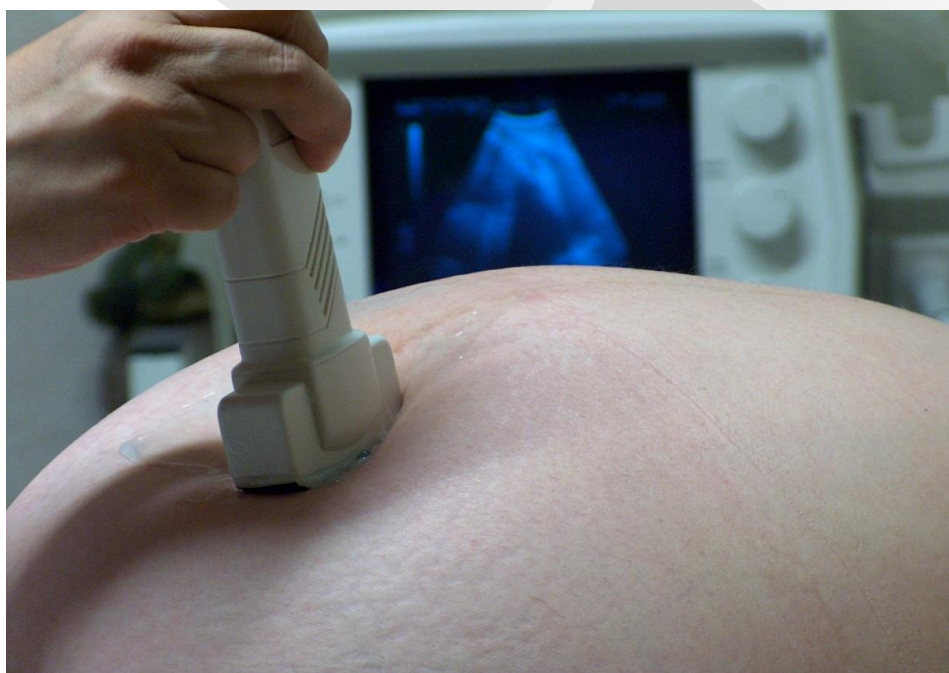


MARTS 2015  
SUNDHEDSSTYRELSEN

# EVALUERING AF ETABLERINGEN AF FAMILIEAMBULATORIERNE

SLUTEVALUERING





MARTS 2015  
SUNDHEDSSTYRELSEN

# EVALUERING AF ETABLERINGEN AF FAMILIEAMBULATORIERNE

SLUTEVALUERING

PROJEKTNR. A008735  
DOKUMENTNR. 5  
VERSION 2  
UDGIVELSESDATO 13.03.2015  
UDARBEJDET ccm, mobr, mbdn  
KONTROLLERET ccm  
GODKENDT ccm



## INDHOLD

1	Indledning	1
2	Baggrund og evalueringsformål	2
2.1	Baggrund	2
2.2	Evalueringsformål og –tilgang	6
3	Resultater	13
3.1	Overordnet status og økonomi	13
3.2	Proces, samarbejde og organisation	15
3.3	Målopfyldelse	34
3.4	Effekten af de gennemførte aktiviteter	46
4	Konklusion	56

## BILAG

Bilag A	Liste over interviewpersoner	61
Bilag B	Kommunal fordeling af henviste til Familieambulatorierne	64
Bilag C	Case historier	71



# 1 Indledning

*"Familieambulatoriet er en tværfaglig enhed, som varetager den specialiserede forebyggende og behandlende svangreomsorg for gravide med rusmiddel problemer. Herudover varetager familieambulatoriet undersøgelse og behandling af det nyfødte barn og moderen i barselsperioden samt opfølgning indtil skolealderen af børn, der har været eksponerede for rusmidler i fostertilværelsen. Dette kræver selvsagt en bred og ofte kompliceret intervention, som vil inddrage parter og instanser på tværs af sektorer over tid. Det er derfor essentielt, at den regionale og kommunale indsats koordineres"<sup>1</sup>.*

Med satspuljeaftalerne forliget for 2007 og 2008 blev det besluttet, at etablere landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen. Det betyder, at der fra 2008 og fremefter er afsat 31,5 mio. kr. årligt til formålet. Det indgår i satspuljeteksten fra 2008, at familieambulatorierne skal evalueres.

COWI har for Sundhedsstyrelsen gennemført evalueringen af etableringen af familieambulatorierne. Kommentarer til et udkast til slutevalueringsrapport blev indhentet i februar 2015 fra alle fem regionale familieambulatorier og Sundhedsstyrelsen. Rapporten foreligger nu i sin endelige udgave.

Evalueringen indeholder ud over denne indledning

- › Kapitel 2, som er en gennemgang af baggrunden for satspuljebevillingen og familieambulatoriernes formål og interventionsmodel, samt af evalueringsformål og tilgang
- › Kapitel 3 indeholder en præsentation og analyse af evalueringens data og
- › Kapitel 4 indeholder evalueringens konklusion.

Rapporten indeholder desuden tre bilag: Bilag A - oversigt over interviewpersoner; Bilag B - oversigt over familieambulatoriernes geografiske dækning og Bilag C – Case historier. Der udover er udarbejdet (ikke inkluderet i denne rapport) et kort 1-2 siders bilag for hver region.

---

<sup>1</sup> *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier*, Sundhedsstyrelsen, 2009, s.7.

## 2 Baggrund og evalueringsformål

I Kapitel 2 gennemgår vi baggrunden for satspuljebevillingen og familieambulatoriernes formål og interventionsmodel, samt evalueringsformål og tilgang

### 2.1 Baggrund

Med satspuljeaftalerne for 2007 og 2008 blev det besluttet at etablere landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen. Det betyder, at der fra 2008 og fremefter er afsat 31,5 mio. kr. årligt til formålet, dvs. et permanent løft. Regionerne har med økonomiaftalen for 2009 forpligtet sig til at oprette disse familieambulatorier. Etableringen af familieambulatorierne har været forsinket, men alle familieambulatorier er etableret og har været i drift siden 2011. Med henblik på at sikre et tilstrækkeligt solidt datagrundlag til brug for evalueringen, er det besluttet, at evalueringen skal dække perioden frem til udgangen af 2014.

I overensstemmelse med initiativet i satspuljeaftalen fremgår det, at midlerne er afsat til oprettelse af et familieambulatorium i hver region efter samme model som på Hvidovre Hospital ("Hvidovre-modellen"). Det fremgår endvidere, at tilbuddet skal være en integreret del af sundhedsvæsnets og sikre løbende opfølgning på barnet og familien frem til skolealderen, og at familieambulatorierne skal ses som supplement til den kommunale indsats over for de relevante familier.

Der blev endvidere med 2008-aftalen afsat 10,7 mio. kr. over en 4-årig periode til etablering og drift af telefonrådgivning og efteruddannelse m.v. på Hvidovre Hospital. Hvidovre Hospital etablerede rådgivningsfunktionen i form af et Videntcenter ("Videntcenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn") i tilknytning til familieambulatoriet med henblik på at sikre videreformidling af den viden og erfaring, der er opbygget igennem mange år om behandling af gravide med et potentielt fosterskadeligt rusmiddelforbrug til de øvrige regioner. Der er med satspuljeaftalerne for henholdsvis 2011, 2012, 2014 og 2015 afsat midler til at videreføre Videntcenterets aktiviteter til og med 2015.



### 2.1.1 Formål med familieambulatorierne

Alkohol- og anden rusmiddelbrug<sup>2</sup> under graviditeten kan resultere i en række skader hos fosteret samt i komplikationer under graviditeten og ved fødslen med risiko for varige skader hos barnet til følge. Hertil kommer, at et potentielt fosterskadeligt rusmiddelforbrug hos moderen og partner eller familien, er helbredsmæssige og psykosociale risikofaktorer i forhold til graviditet, fødsel og barnets trivsel og udvikling. Gravide med et potentielt fosterskadeligt risikoforbrug af rusmidler er derfor en obstetrisk højrisikogrube, og deres børn er en pædiatrisk højrisikogrube.

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for Svangreomsorgen"<sup>3</sup>, kapitel 5 anføres, at samarbejdet omkring gravide med et potentielt fosterskadeligt rusmiddelforbrug og/eller psykisk sygdom er en specialopgave, der kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær og sekundær sektor, og at oprettelse af familieambulatorier mv. for særligt udsatte gravide ved fødestederne kan medvirke til at samle ressourcerne og sikre en tidlig og koordineret indsats.

Formålet med familieambulatorierne er dermed at styrke den regionale forebyggelse og behandling af rusmiddelrelaterede medfødte fysiske, psykiske og sociale skader og sygdomme hos børn. Det var ved etableringen intentionen, at de regionale familieambulatorier skulle medvirke til at optimere det regionale sundhedsvæsens bidrag til den samlede indsats for gravide med et fosterskadeligt rusmiddelforbrug.

Det var fra starten ligeledes intentionen, at de nye ambulatorier ikke skulle medføre ændringer på opgavefordelingen i forhold til kommunerne. Tværtimod blev det anset for vigtigt, at der blev etableret et godt samarbejde mellem familieambulatorierne og de kommunale myndigheder, som har ansvaret for indsatsen på det sociale område og for stof- og alkoholbehandlingen.

På baggrund af de formelle forudsætninger for satspuljebevillingen kan man udvikle en såkaldt *Programteori* eller *Forandringsteori*, der viser sammenhængen mellem input, aktiviteter, resultater og effekter. Dette blev gjort i forbindelse med evalueringens etableringsfase.

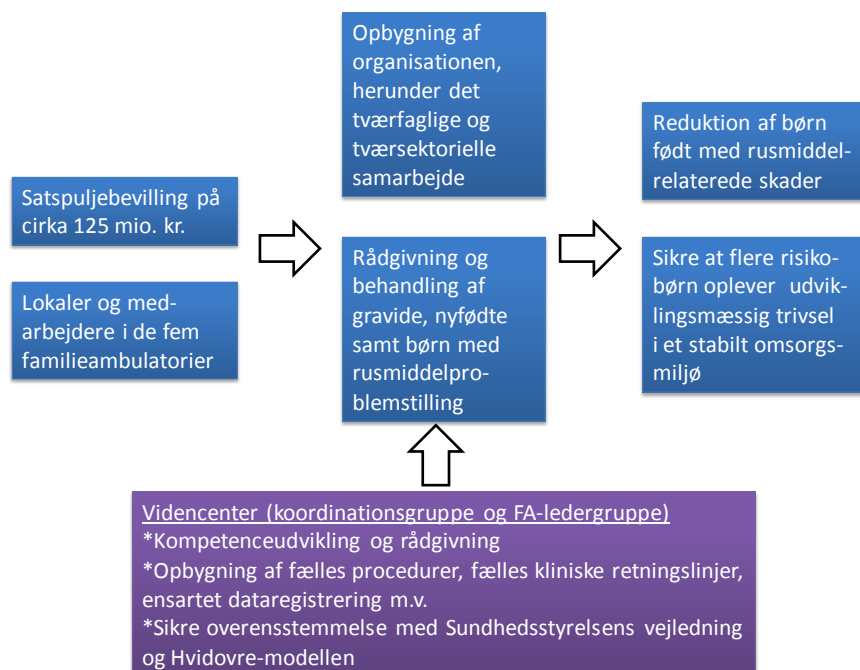
I figuren nedenfor er gengivet, hvordan satspuljen forventes at føre til opbygningen af organisatorisk forankrede familieambulatorier, der varetager rådgivning og behandling af gravide, nyfødte samt børn med en rusmiddelproblematik med henblik på at reducere forekomsten af børn født med rusmiddelskader samt øge forekomsten af børn i udviklingsmæssig trivsel. Det ses også, hvordan det forventes, at Videncenteret bidrager til etableringen af familieambulatorierne.

---

<sup>2</sup> Ved rusmidler forstås følgende: alkohol, illegale stoffer og afhængighedsskabende medikamenter

<sup>3</sup>Kan downloades på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Figur 2-1 Overordnet ramme for satspuljebevillingen (programteori)



Kilde: Figuren er udviklet ifm. udarbejdelsen af "Evaluering af etableringsfasen for de landsdækkende familieambulatorier (2009/10-2011)", COWI evalueringsnotat, marts 2012.

## 2.1.2 FA interventionsmodellen

Som opfølgning på finansloven af 2008 udarbejdede Sundhedsstyrelsen "Vejledning om etablering af familieambulatorier" af 2009, som regionerne er forpligtet til at sikre opfyldelsen af.

Målgruppen for familieambulatoriernes ydelser er:

- › "(1) gravide kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og/eller andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter
- › (2) gravide som inden for de sidste par år har haft et afhængighedsforbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter samt
- › (3) børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler"<sup>4</sup>

Familieambulatoriet har endvidere mulighed for at behandle familier, hvor den gravides partner har et afhængighedsforbrug af rusmidler, som kan have konsekvenser for svangerskabet eller barnets udvikling efter fødslen.

<sup>4</sup> *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier*, Sundhedsstyrelsen, 2009, s. 14. Afsnittet bygger derudover også på *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel*. Sundhedsstyrelsen, 2010.

Svangerskabsjournalen, som udfyldes af almen praktiserende læge, fungerer som det primære screenings/henvisningsredskab i de fleste regioner. Svangerskabsjournalen sendes til obstetrisk afdeling på det sygehus, hvor kvinden ønsker at føde. I svangerskabsjournalen spørges der bl.a. til rusmiddelforbruget, og i de tilfælde, hvor der er tale om et potentielt fosterskadeligt forbrug under graviditeten, som den gravide er ophørt med, et aktuelt forbrug af rusmidler og/ eller et tidligere misbrug, er det hensigten at visitere den gravide til familieambulatoriet.

Familieambulatorierne er bemandet af et team af fagpersoner med forskellig faglig baggrund, som arbejder tværfagligt. Teamet består af:

- › Speciallæger (pædiater, obstetriker eller almen medicin)
- › Jordemødre
- › Psykologer
- › Socialrådgivere
- › Sekretærer

Det særlige ved arbejdsformen er, at de forskellige faggrupper i ambulatoriet sammen kan tackle den gravides og familiernes udfordringer fra mange forskellige faglige vinkler.

Familieambulatorierne er forankret i de gynækologisk-obstetriske afdelinger med regionsfunktion i et tæt samarbejde med de pædiatriske afdelinger med regionsfunktion i socialpædiatri. Som det anbefales i Sundhedsstyrelsens vejledning (*Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier*, Sundhedsstyrelsen, 2009, s. 8) skal ambulatorierne have et tæt samarbejde med den afdeling med regionsfunktion i gynækologi-obstetrik, som følger de sårbare gravide samt med den afdeling med regionsfunktion i pædiatri, som varetager socialpædiatri. Familieambulatoriet skal endvidere have et tæt samarbejde med andre relevante sygehusafdelinger/afsnit, herunder psykiatrisk og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og uden for sygehuset den primære sundhedssektor, relevante kommunale forvaltninger, alkohol- og andre rusmiddel behandlingsinstitutioner og andre instanser, som varetager opgaver i forhold til gravide, børn og børnefamilier.

Ved visitation til familieambulatoriet skal der udarbejdes en behandlingsplan, der beskriver den forventede kontakt til respektive fagpersoner.

I graviditetsperioden overtager familieambulatoriet ansvaret for svangrekonsultationen og den sundhedsfaglige behandling ved jordemoder og læge, herunder af-rusning/afgiftning, screening for og behandling af infektionssygdomme og andre følgesygdomme. Den gravide har samtaler med familieambulatoriets socialrådgiver om sin situation og socialrådgiveren etablerer kontakt til hjemkommunen ved behov og indkalder til tværsektorielle koordinationsmøder. Endelig tilbydes den gravide eventuelt samtaler med en psykolog.

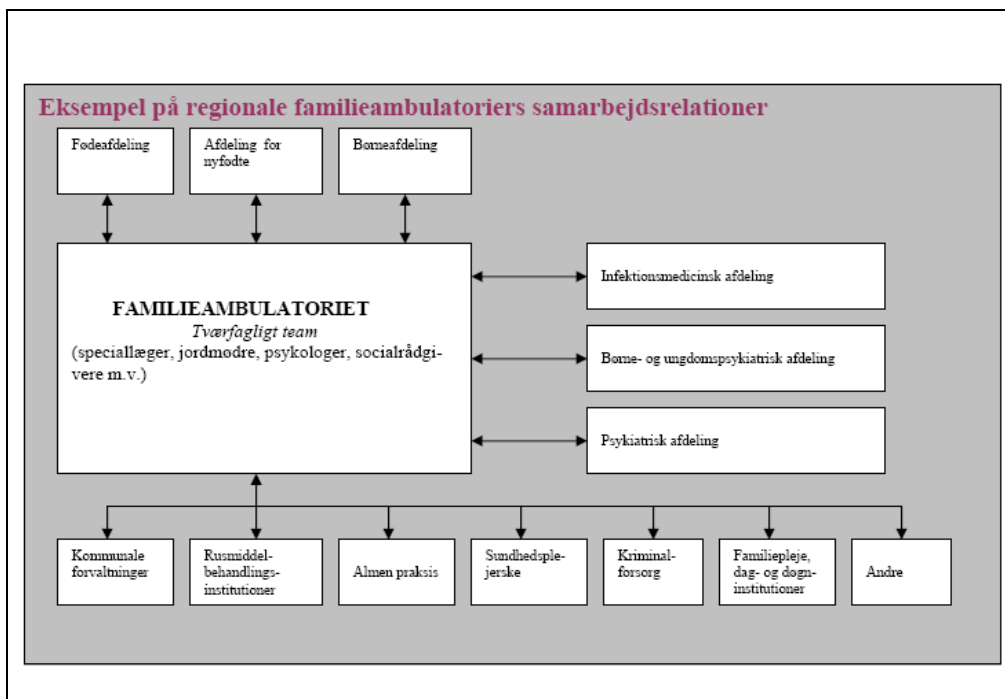
Efter fødslen omfatter interventionen observation og behandling af den nyfødte, støtte til opbygning af forældre-barn kontakten, samt støtte og behandling til moderen/forældrene i barselsperioden. Efter udskrivning følges barnet til skolealderen ved regelmæssige undersøgelser i familieambulatoriet af læge og psykolog. Også i denne del af forløbet varetager socialrådgiveren kontakten til hjemkommunen og

arrangerer tværfaglige og tværsektorielle koordinationsmøder i relation til familien og barnet efter behov.

Familieambulatoriets interventionsmodel indebærer, at familieambulatoriet indkalder andre relevante aktører omkring kvinden/familien til de tværsektorielle koordinationsmøder. Det kan være hjemkommunens socialforvaltning, alkohol- og stofbehandlingen, egen læge, sundhedsplejerske, psykiatrien og evt. kriminalforsorgen.

Samlet kan samarbejdsrelationerne illustreres som i figuren nedenfor, som viser både det tværfaglige team internt på ambulatoriet, ambulatoriets samarbejdende afdelinger på sygehuset og de eksterne, tværsektorielle samarbejdspartnere.

Figur 2-2 Eksempel på regionale familieambulatoriers samarbejdsrelationer



Kilde: Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen, 2010, p. 15.

## 2.2 Evalueringsformål og –tilgang

Formålet med evalueringen af familieambulatorierne og Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn (herefter kaldet Videncenteret) er Jf. kommissoriet for evalueringen, som vist i boksen nedenfor

Evalueringen skal frembringe viden om:

- > **Målopfyldelse** - opfyldelsen af de opstillede delmål i forhold til metoder, indsats, målgrupper etc.
- > **Proces og organisation** - familieambulatoriernes organisering, implementering og forankring af indsatsen
- > **Effekt** - effekten af de gennemførte aktiviteter i familieambulatorierne.

Evalueringen har været opdelt i tre faser:

- 1 **Etableringsfasen**
- 2 **Midtvejsevalueringen**
- 3 **Slutevalueringen**

## Etableringsfasen

Den indledende del af evalueringen havde til formål at vurdere og give processtøtte til etableringen af ambulatorierne, samt ikke mindst at etablere fokus for den videre evaluering af familieambulatorierne og videns- og rådgivningsfunktionen. Evaluators primære dataindsamling i etableringsfasen bestod i afholdelsen af fem opstartworkshops begyndende med Region Hovedstaden i juni, 2010 og afsluttet med workshoppen i Region Sjælland i marts 2011.

Spredningen af opstartworkshops afspejler, at familieambulatorierne ikke startede op samtidig. Region Hovedstadens ambulatorium var allerede etableret, mens de øvrige regioner skulle bruge lidt tid på at etablere basale fysiske og organisatoriske rammer samt rekruttere personale.

Da først disse ting var på plads kunne workshopsene afholdes. Deltagerne bestod af familieambulatoriets medarbejdere og ledere, repræsentanter fra samarbejdende sygehuse og i et enkelt tilfælde også en repræsentant fra regionen. Dagsordenen havde fire hovedtemaer:

- 1 Etablering af succeskriterier for familieambulatoriernes virksomhed
- 2 Interessentanalyse (af interne og eksterne interessenter)
- 3 Problemstillinger vedr. det tværfaglige og -sektorielle samarbejde
- 4 Indikatorer for evaluering af familieambulatoriets virksomhed

Der var således fokus på at etablere et styrings- og ledelsesgrundlag for den daglige drift af ambulatorierne, som de respektive ledelser kunne anvende som organisatoriske målsætninger, samtidig med at de samme mål kunne udgøre et fundament for evalueringen. Dette redegøres der for i *Evaluering af etableringsfasen for de landsdækkende Familieambulatorier for 2009/10-11* (marts 2012, COWI for Sundhedsstyrelsen). Det er opfyldelsen af målsætningerne etableret i denne fase, som midtvejs og slut-evalueringen vurderer på.

Ud over de fem regionale workshops afholdte evaluator en workshop med medarbejderne fra videns- og rådgivningsfunktionen på Hvidovre Hospital. På denne workshop blev der opstillet en programteori for videns- og rådgivningsfunktionen samt arbejdet med indikatorer til brug for evalueringen.

Evaluator deltog endelig i en række møder i den tværgående koordinationsgruppe for de regionale familieambulatorier, i møder med en arbejdsgruppe om dataregistrering samt i en række møder med repræsentanter fra Videncenteret på Hvidovre Hospital.

## Midtvejsevalueringen

Tabellen nedenfor indeholder en oversigt over de indikatorer som midtvejs- (og slut-) evalueringen skal måle på. Indikatorerne er, som beskrevet ovenfor, defineret af Sundhedsstyrelsen, familieambulatoriets ledergruppe og evaluator i evalueringens etableringsfase (jf. Evalueringsnotat, marts 2012).

*Tablet 2-1 Indikatorer for målopfyldelse, organisation, proces og effekt*

<b>Målopfyldelse</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Antal henvisninger - opdelt efter faggruppe/sector</li> <li>&gt; Samlet antal gravide i behandling</li> <li>&gt; Antal børneundersøgelser</li> <li>&gt; Antal behandlingsplaner</li> <li>&gt; Antal opfølgende børneundersøgelser</li> <li>&gt; Antal hjemmebesøg</li> </ul>
<b>Organisation/samarbejde</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Antal samarbejdsaftaler med kommunerne, der er indgået – og hvornår.</li> <li>&gt; Antallet af kommuner, som har udpeget en nøgleperson/nøglepersonkorps i relation til familieambulatoriets virksomhed</li> <li>&gt; At der foreligger samarbejdsaftaler for alle 'formaliserede samarbejder med andre sygehuse (tidligere kaldet center-satellit samarbejder), der opfylder Sundhedsstyrelsens krav til en samarbejdsaftaler</li> <li>&gt; At interne arbejdsgange, instrukser mv. er veletablerede, herunder at der foreligger visitationsretningslinjer, kliniske retningslinjer m.m.</li> <li>&gt; Antallet af afholdte tværsektorielle koordinationsmøder med deltagelse af relevante fagpersoner, herunder de relevante kommunale fagpersoner</li> <li>&gt; Er der afholdt møder med alle praksiskoordinatorer</li> </ul>
<b>Effekt - kendskab/synlighed</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; En høj grad af kendskab og synlighed hos familieambulatoriets eksterne samarbejdspartnere, dvs. i kommunerne, hos praktiserende læger, blandt private aktører mv.</li> <li>&gt; En høj grad af kendskab og synlighed generelt - målt ved antallet af artikler i fagblade, foreningsblade, aviser mv.</li> </ul>
<b>Effekt - tilfredshed</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; En høj grad af tilfredshed med tilbuddet blandt de kvinder, som har modtaget behandling/rådgivning i familieambulatorierne</li> </ul>

Til at indsamle data vedrørende disse indikatorer har evaluator benyttet en række dataindsamlingsredskaber, som er gengivet i tabellen nedenfor.

*Tabel 2-2 Oversigt over dataindsamlingen i forbindelse med midtvejsevalueringen*

<b>FAMILIEAMBULATORIERNE</b>	
<b><i>Evalueringsskabelon</i></b>	En skabelon med evalueringens temaer, som alle fem familieambulatorier skal udfylde.
<b><i>Besøg i alle fem regioner</i></b>	Besøg ved alle fem familieambulatorier. Ved besøgene gennemføres personligt interview med ledelsen og en ledelsesrepræsentant for gynækologisk-obstetriske afdeling samt med medarbejderne som gruppe- og/eller individuelle interview.
<b><i>Telefoninterviewundersøgelse</i></b>	En telefoninterviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes samarbejdspartnere efter en interviewguide, der indeholder både åbne og lukkede spørgsmål. Hver region har udpeget deres 5-10 vigtigste samarbejdspartnere, som har deltaget i interviewundersøgelsen.
<b>VIDENCENTERET</b>	
<b><i>Interviewundersøgelse</i></b>	Evaluator foretager besøg ved Videncenteret. Der er gennemført personligt interview med lederen og gruppeinterview med medarbejdere.
<b><i>Spørgeskema til kursister</i></b>	Der blev udsendt et spørgeskema til et udvalg af Videncenterets kursusdeltagere.

Det skal endeligt nævnes, at evaluator i fasen frem til midtvejsevalueringssrapporten forelå har deltaget i møder i den tværgående koordinationsgruppe for de regionale familieambulatorier, og at evaluator har deltaget i familieambulatoriernes årsmøde, i en workshop om den kliniske database samt i møder efter behov med repræsentanter for Videncenteret ved Hvidovre Hospital.

Dataindsamlingsaktiviteter i forbindelse med midtvejsevalueringen blev gennemført i perioden august-oktober 2012. Midtvejsevalueringssrapporten forelå i oktober 2012 og godkendtes endeligt i januar 2013 (*Midtvejsevaluering af Familieambulatorierne*, januar 2013. COWI for Sundhedsstyrelsen).

### ***Tekst boks – Uddrag af de overordnede konklusioner i midtvejsevalueringen***

Familieambulatorierne oplevede i deres opstartsfasen en række forhindringer, der var medvirkende til at forsinke opstarten og indtaget af patienter i tilbuddene - og som resulterede i en forskydning af etableringsperioden med støtte fra satspuljen med to år. Der er siden da og frem til sidst i 2012 sket væsentlige fremskridt vedrørende etablering af familieambulatorier i alle regioner.

I 2011 er alle familieambulatorierne kommet i drift. Der er etableret formaliserede samarbejdsaftaler og udefunktioner med samarbejde sygehuse. Flere steder er der ligeledes indgået skriftlige samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne eller bilateralt med kommunale parter om familieambulatoriets virksomhed. Datagrundlaget for familieambulatoriernes virksomhed lader fortsat en del tilbage at ønske på nuværende tidspunkt, men der er med en bevilling fra TrygFonden igangsat et arbejde med at etablere en landdækkende klinisk database.

Familieambulatoriernes samarbejdspartnere er generelt meget tilfredse med samarbejdet med familieambulatorierne. Overordnet finder samarbejdspartnere, at familieambulatoriernes tilbud er meget relevante. Såvel interne som eksterne samarbejdspartnere peger dog også på, at der er potentiale for yderligere at styrke samarbejdet og dialogen.

## Slutevaluering

Interview- og spørgeskemaundersøgelsen til slutevalueringen har fundet sted september – oktober 2014. Den er bevidst tilrettelagt således, at man for sammenlignelighedens skyld indsamlede data vedrørende de samme indikatorer og med de samme dataindsamlingsredskaber som ved midtvejsevalueringen (som anført i tabellerne ovenfor). Med tre vigtige forskelle:

- › Videncenteret har ikke i slutevalueringen været genstand for den samme interesse som ved midtvejsevalueringen, primært fordi Videncenteret ikke længe varetager uddannelsesaktiviteter. Evalueringen dækker dog fortsat centerets koordinerende og videndelende rolle.
- › Den anden vigtige forskel er, at slutevalueringen har fået adgang til et data-træk fra Dansk Familieambulatoriedatabase (herefter forkortet FA databasen), som blev leveret 4. februar 2015<sup>5</sup>. I tekstboksen nedenfor viser vi de data fra databasen, som det var aftalt Videncenteret skulle sikre levering af. Det er en vigtig forudsætning for evalueringen, at databasen har vist sig at være langt vanskeligere at etablere end først antaget – og at de data, som nu er tilgængelige, må anses for at være foreløbige og indikative. Der skal fortsat arbejdes med data i databasen og evaluator har ikke – til trods for flere udsættelser netop mhp. at afvente en solid intern validering af data i familieambulatorierne

---

<sup>5</sup> Databasen er fortsat under udvikling og undergår for tiden en tilpasning, således at der fokuseres på de vigtigste data. Tallene er således foreløbige. Databasen administreres af Region Syddanmark (Sundhedsområdet, Sundhedssamarbejde og Kvalitet), som også har foretaget udtrækket i samarbejde med en læge fra Hvidovre hospital. COWI har efterfølgende haft mulighed for at stille opklarende spørgsmål til materialet. Evalueringen baserer sig på de data, der var tilgængelige ved trækket den 4. februar



– haft mulighed for at foretage en tilbundsående egen validering af det modtagne datasæt.

**Tekstboks – Data vedrørende familieambulatoriernes effekt**

Det er på møder ml. Sundhedsstyrelsen, lederne af familieambulatorierne, Videncenteret og evaluator aftalt at data angivet i tabellen nedenfor leveres til evaluator som udtræk fra Dansk Familieambulatoriedatabase mhp. anvendelse i slutevalueringen.

Tabel Forslag til indikatorer (effekt) – så vidt muligt for 2012, 2013 og 2014

**Indikatorer: Effekt**

- > Forekomsten af børn med FAS/FAE
- > Forekomsten af børn, som udvikler abstinenser
- > Forekomsten af børn, der fødes med misdannelser (2013 og 2014)
- > Antal gravide som overholder forløbsplanen – dvs. tager imod tilbuddet og gennemfører et forløb i FA
- > Antal gravide som afslutter forløbet i utide
- > Antal gravide som ophører med risikoforbrug under graviditeten, differentieret på alkohol, stoffer – og stoffer igen differentieret på smertestillende og andre stoffer
- > Antal gravide som nedtrapper risikoforbrug under graviditeten, differentieret på alkohol, stoffer – og stoffer igen differentieret på smertestillende og andre stoffer
- > Antal spontane/provokerede aborter
- > Børnenes fødselsvægt
- > Børnenes apgar-score
- > Antal for tidligt fødte
- > Antal børn som er vækstretarderet
- > Opsporing og opfangning – antal mødre og børn
- > Totalt antal forløb – og forløbenes respektive kompleksitet
- > Antal forløb per kommuner.
- > Antal henvisninger fra FA til alkohol- og stof ambulatorier
- > Antal forløb opgjort på hhv. rusmiddel, alkohol problem og blanding
- > Data over hvem der henviser: selv-henvendende, praktiserende læge (vandrejournal som går til obstetrisk afdeling), obstetrisk afdeling, socialforvaltning, alkohol- og stofambulatorierne. Disse data vil også indikere hvem der ikke henviser – og dermed hvem der især skal oplyses om FAs eksistens og fordele, dvs. hvem der skal være målgruppen for den fremadrettede formidlingsstrategi.

- > Endelig er det en forskel, at der i slutevalueringen er lagt vægt på at dække brugerperspektivet. Der er derfor gennemført interview med patienter, pårørende og plejefamilier der har eller har haft kontakt til familieambulatorierne, ligesom ambulatorierne til brug for evalueringen har udarbejdet *typiske bruger cases*, der beskriver kontakten mellem ambulatoriet og dets klienter.

Der er til slutevalueringen gennemført i alt 25 interview og gruppeinterview ved familieambulatorierne med i alt 40 personaler her fra eller fra samarbejdende sy-

gehusafdelinger (Se Bilag A for en oversigt over interviewede). Der er gennemført 10 bruger interview personligt eller per telefon.

Endelig er der gennemført i alt 35 telefoninterview med ambulatoriernes eksterne samarbejdspartnere<sup>6</sup>. Ambulatorierne er blevet bedt om at pege på – og oplyse kontakt telefonnumre på samarbejdspartnere – og evaluator har efterfølgende interviewet et udsnit af disse<sup>7</sup>.

Det skal endeligt nævnes, at evaluator i fasen fra midtvejs- til slutevaluering har deltaget i møder i den tværgående koordinationsgruppe for de regionale familieambulatorier, deltaget i familieambulatoriernes årsmøder, i lanceringen af den kliniske database, samt i en række koordineringsmøder med Sundhedsstyrelsen.

---

<sup>6</sup> Rapporten gør udstrakt brug af citater fra interviewene. Citaterne er tilpasset for at sikre anonymitet og læsbarhed. F.eks. har vi ikke medtaget "æh" og "øh", ligesom citatet kan være kortet ned. Jvf. anbefalinger fra Steiner Kvale, Nake B. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag, København. Alle citater kan henføres til interviewreferater, som kun COWI har adgang til.

<sup>7</sup> Der må forventes en moderat positiv bias blandt udsnittet af samarbejdspartnere. Hensigten har ikke været at foretage en repræsentativ undersøgelse blandt disse og undersøgelsen omfatter da heller ikke kommuner, som ambulatorierne ikke samarbejder med. Formålet har været at indhente eksempler på gode og knap så gode sider af samarbejdet.

## 3 Resultater

Evalueringen skal frembringe viden om følgende tre forhold (se også kap 2):

- > **Proces og organisation** - familieambulatoriernes organisering, implementering og forankring af indsatsen
- > **Målopfyldelse** - opfyldelsen af de opstillede delmål i forhold til metoder, indsatser, målgrupper etc.
- > **Effekt** - effekten af de gennemførte aktiviteter i familieambulatorierne.

Kapitlet starter med en gennemgang af budgetter og regnskaber relateret til satspuljebevillingen, hvorefter data og analyse vedrørende de tre forhold præsenteres.

### 3.1 Overordnet status og økonomi

Familieambulatorierne i de fem regioner kom i gang på forskellige tidspunkter. Nedenstående tabel giver et overblik over, hvornår de enkelte familieambulatorier har været klar til at modtage de første patienter/gravide. Samtidig indeholder tabellen oplysninger om familieambulatoriernes budget og forbrug fra 2010 og frem til nu.

Tabel 3-1 Opstartstidspunkt, budget og forbrug i årene 2012-2014.

	Tidspunkt for opstart af familieambulatoriet	Samlet satspuljebudget (PL 2008)	Familieambulatoriets budget	Familieambulatoriets forbrug
<b>Region Hovedstaden</b>	Maj 2011 (satspulje-udvidelsen)	36 mio. kr.	2012: 9.500.000 2013: 9.600.000 2014: 9.700.000	2012: 9.500.000 2013: 9.600.000
<b>Region Midtjylland</b>	Februar 2011	24 mio. kr.	2012: 6.432.000 2013: 6.561.000 2014: 6.600.000	2012: 6.774.000 <sup>8</sup> 2013: 7.307.000 <sup>9</sup>
<b>Region Nordjylland</b>	Oktober 2010	12 mio. kr.	2012: 4.086.000 <sup>10</sup> 2013: 3.725.000 <sup>11</sup> 2014: 3.300.000	2012: 3.314.000 2013: 3.305.000
<b>Region Sjælland</b>	Februar 2011	17 mio. kr.	2012: 4.710.000 2013: 4.800.000 2014: 6.158.000 <sup>12</sup>	2012: 3.832.000 2013: 4.977.000
<b>Region Syd-danmark</b>	Oktober 2010	25 mio. kr.	2012: 7.590.000 2013: 7.723.000 2014: 6.701.000	2012: 7.762.000 <sup>13</sup> 2013: 7.748.000 <sup>14</sup>

Anm.: Budget og forbrug afrundet til hele tusinde.

Kilde: Regionernes udfyldte evalueringsskabeloner.

Det er evaluators vurdering, at familieambulatorierne i det store hele følger de reviderede planer for forbrug af satspuljemidlerne.

#### Midler ud over satspuljen

Familieambulatorierne får tilført langt størstedelen af de økonomiske midler fra satspuljen. Enkelte familieambulatorier har dog økonomiske midler fra andre kilder. Således modtager

- › Familieambulatoriet i Region Hovedstaden 2,1 mio. kr. i supplerende bevilling fra Region Hovedstaden. Derudover fik ambulatoriet i 2010 en bevilling til gratis prævention for familieambulatoriets patienter fra Indenrigs- og Socialministeriets pulje 'Sundhed til Socialt Udsatte' på i alt 521.750 kr. fordelt over perioden fra 2010 til 2013.
- › Familieambulatoriet i Region Midtjylland har ikke modtaget midler ud over satspuljebevillingen siden midtvejsevalueringen, men har tidligere modtaget

<sup>8</sup> Overforbrug på 342.000 kr. i 2012.

<sup>9</sup> Overforbrug på 746.000 kr. i 2013.

<sup>10</sup> Budgettet for 2012 er tilført 146.000 kr. i ubrugte midler fra 2011.

<sup>11</sup> Budgettet for 2013 er tilført 525.000 kr. i ubrugte midler fra 2012.

<sup>12</sup> Budgettet for 2014 er tilført ubrugte midler fra 2011 og 2012.

<sup>13</sup> Overforbrug på 172.000 kr. i 2012.

<sup>14</sup> Overforbrug på 25.000 kr. i 2013.

en fondsbevilling på 250.000 kr. til dækning af omkostninger til præventionsmidler og transport af patienter.

- › Familieambulatorieriet i Region Syddanmark i 2013 50.000 kr. fra både Det Obelske Familiefond og Ole Kirks Fond samt 75.000 kr. fra VMOK Fonden. Derudover har Familieambulatoriet i Region Syddanmark tidligere modtaget fondsmidler til dækning af præventionsmidler (350.000 kr.), transport og telefonudgifter (100.000 kr.), en bærbar ultralydsskanner (ca. 300.000 kr.) samt 900.000 kr. til økonomisk rådgivning til sårbare og udsatte familier.

Region Nordjylland og Region Sjælland har ikke modtaget økonomiske midler ud over satspuljemidlerne.

## 3.2 Proces, samarbejde og organisation

I dette kapitel belyses organisering, ledelse og samarbejde i relation til familieambulatoriernes virksomhed. Oplysningerne i kapitlet bygger primært på familieambulatoriernes udfyldte evalueringsskabeloner og evaluators besøg og tilhørende interviewundersøgelse i de fem regioner.

### 3.2.1 Forskellige organisationsmodeller

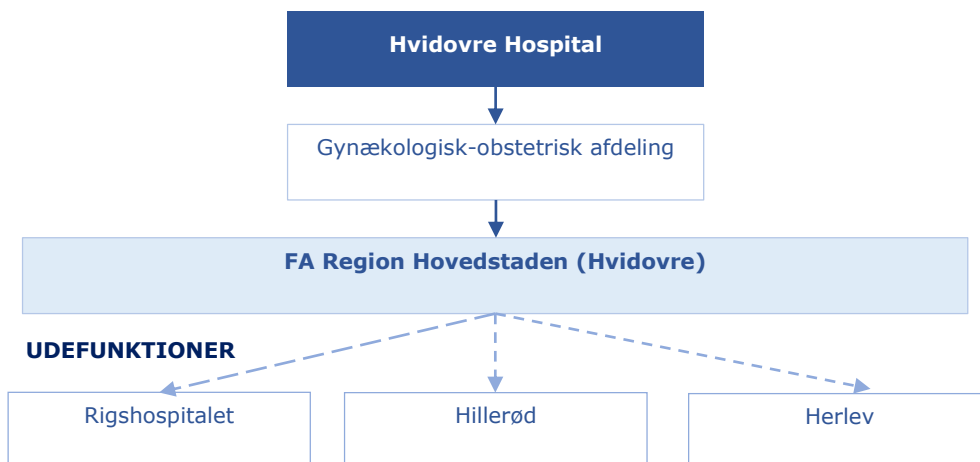
Det er gennemgående for familieambulatoriernes organisering, at de i alle fem regioner er organiseret under gynækologisk-obstetrisk afdeling på et sygehus med regionsfunktion i dette speciale og med pædiatri med neonatologisk kompetence. Familieambulatorierne er derimod organiseret forskelligt hvad angår 'udefunktioner', dvs. ambulatoriets tilbud på andre sygehuse i regionen udover 'hovedfunktionen'. Nedenfor beskrives de fem forskellige organiseringer.

#### Organisering af Familieambulatoriet i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er familieambulatoriet etableret under Gynækologisk-obstetrisk afdeling på Hvidovre Hospital. Den økonomiske ledelse varetages af afdelingsledelsen på den gynækologisk-obstetriske afdeling, imens lederen af familieambulatoriet er faglig leder.

Ambulatoriet har tre tværfaglige teams, som dækker Hvidovre samt regionens øvrige tre fødesteder: Herlev, Hillerød og Rigshospitalet. På de tre hospitaler er familieambulatoriet til stede én dag om ugen (udfunktioner). Organiseringen er illustreret i figuren nedenfor.

Figur 3-1: Figuren illustrerer organiseringen af Familieambulatoriet i Region Hovedstaden.

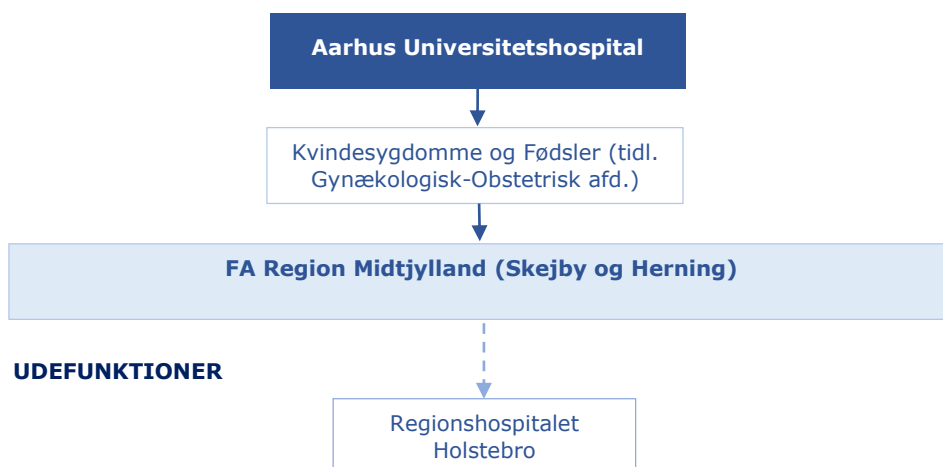


Familieambulatoriet beskæftiger to overlæger (2,0 årsværk), tre speciallæger (3,0 årsværk), en reservelægevikar (1,0 årsværk), fire jordemødre (3,6 årsværk), fire psykologer (3,8 årsværk), tre socialrådgivere (3,0 årsværk), en administrativ medarbejder (0,7 årsværk) og tre lægesekretærer (2,7 årsværk). Derudover havde ambulatoriet pr. september en vakant socialrådgiverstilling.

### Organisering af Familieambulatoriet i Region Midtjylland

I Region Midtjylland er Familieambulatoriet etableret på Aarhus Universitetshospital under afdelingen Kvindesygdomme og Fødsler (Tidligere Gynækologisk-Obstetrisk afdeling). Familieambulatoriet er organiseret med to geografiske placeringer, således at familieambulatoriets tilbud udbydes på Skejby Sygehus og på Hospitalsenheden Vest, med fysisk placeringer på Herning Sygehus. Herudover har familieambulatoriet en udefunktion på Holstebro Sygehus, der ligeledes organisatorisk er en del af Hospitalsenheden Vest. Udefunktionen omfatter, at der en gang om ugen er en jordemoder og en socialrådgiver, der kører fra deres base på Herning Sygehus for at være til stede på Holstebro Sygehus. For at konsultere en pædiater, obstetriker eller psykolog, skal patienter der ellers tilses i Holstebro, henvende sig i Herning. Organiseringen af familieambulatoriet i Region Midtjylland er illustreret i Figur 3-2 nedenfor.

Figur 3-2: Figuren illustrerer organiseringen af Familieambulatoriet i Region Midtjylland.



I Region Midtjylland har familieambulatoriet, i modsætning til de øvrige regioner, en lægefaglig og socialfaglig leder, der er sideordnet. Ledelsen af familieambulatoriet varetager både den faglige og personalemæssige ledelse, imens gynækologisk-obstetrisk afdeling står som bevillingsmodtager og allokerer midlerne til familieambulatoriet.

Familieambulatoriet er i alt normeret til 13,3 årsværk fordelt således at den fælles ledelse omfatter lægefaglige ledelse (0,5 årsværk), socialfaglig ledelse (ét årsværk) samt lægesekretær (1,4 årsværk). Familieambulatoriet på Skejby Sygehus beskæftiger en obstetrisk speciallæge (0,5 årsværk), pædiatrisk speciallæge (0,5 årsværk), jordemødre (2,3 årsværk), psykolog (1 årsværk), socialrådgiver (1,5 årsværk), sygeplejerske (0,7 årsværk) og lægesekretær (0,8 årsværk). I alt 7,3 årsværk. Familieambulatoriet i Herning beskæftiger en obstetrisk speciallæge (0,25 årsværk), pædiatrisk speciallæge (0,25 årsværk), jordemor (1 årsværk), psykolog (0,5 årsværk), socialrådgiver (0,8 årsværk) og lægesekretær (0,8 årsværk). I alt 3,1 årsværk.

### Organisering af Familieambulatoriet i Region Nordjylland

I Region Nordjylland er Familieambulatoriet etableret på Aalborg Universitetshospital, under Gynækologisk-obstetrisk afdeling. Ambulatoriet har et kontinuerligt samarbejde med regionens fødesteder, men ikke nogen udefunktion. I Region Nordjylland varetages den økonomiske ledelse af afdelingsledelsen på den gynækologisk-obstetriske afdeling, mens lederen af familieambulatoriet er faglig leder. Organiseringen af Familieambulatoriet i Region Nordjylland er illustreret Figur 3-3.

Figur 3-3: Figuren illustrerer organiseringen af Familieambulatoriet i Region Nordjylland.



Familieambulatoriets leder er beskæftiget på halv tid (0,5 årsværk) i familieambulatoriet og udfylder funktionen som specialeansvarlig for obstetrik. Ambulatoriets øvrige medarbejdere omfatter yderligere én speciallæge i pædiatri på halv tid (0,5 årsværk). Derudover beskæftigede ambulatoriet to jordemødre på fuld tid i en distriktsjordemoderordning frem til januar 2014 (herefter en jordemoder på fuld tid) (2 årsværk), to socialfaglige koordinatore på fuld tid (2 årsværk), én psykolog (18 timer, svarende til knap 0,5 årsværk) samt en sekretær på fuld tid (1 årsværk).

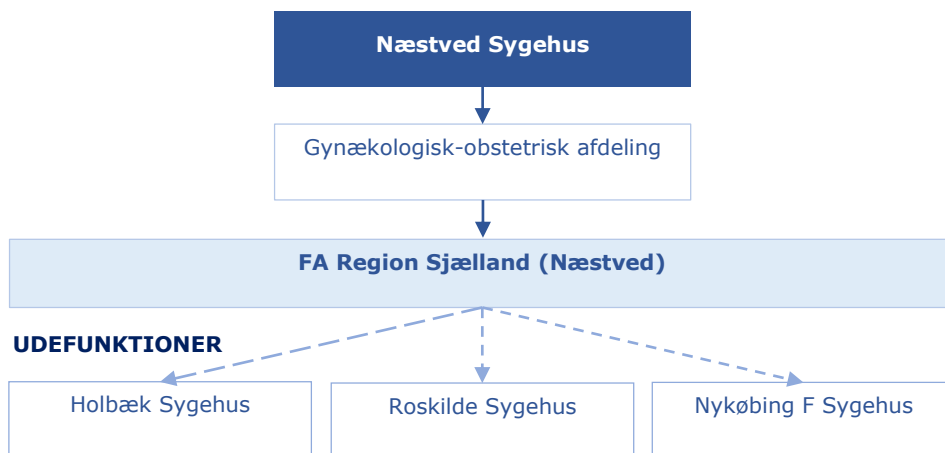
### Organisering af Familieambulatoriet i Region Sjælland

Familieambulatoriet i Region Sjælland er etableret på Næstved Sygehus, under Gynækologisk-obstetrisk afdeling. I Region Sjælland varetager familieambulatoriets leder den daglige økonomiske- og faglige ledelse, imens den overordnede ledelse varetages af afdelingsledelsen på den gynækologisk-obstetrisk afdeling.

Familieambulatoriet har tre udefunktioner, på sygehusene i Holbæk, Roskilde og Nykøbing F. Organiseringen er illustreret i figuren nedenfor.

Familieambulatoriet har en grundbevilling på 8,5 årsværk, som har været fordelt på: Sekretær (1,0 årsværk), jordemoder (1,9 årsværk), socialrådgiver (1,6 årsværk), psykolog (2,0 årsværk) og speciallæge (2,0 årsværk). I 2014 har der imidlertid været tale om en ekstrabevilling (på grund af tidligere ubrugte midler) således, at fordelingen i 2014 var: Sekretær (1,0 årsværk), administrativ medarbejder (1,0 årsværk), jordemoder (2,4 årsværk), socialrådgiver (1,6 årsværk), psykolog (2,9 årsværk) og speciallæge (3,0 årsværk).

Figur 3-4: Figuren illustrerer organiseringen af Familieambulatoriet i Region Sjælland.

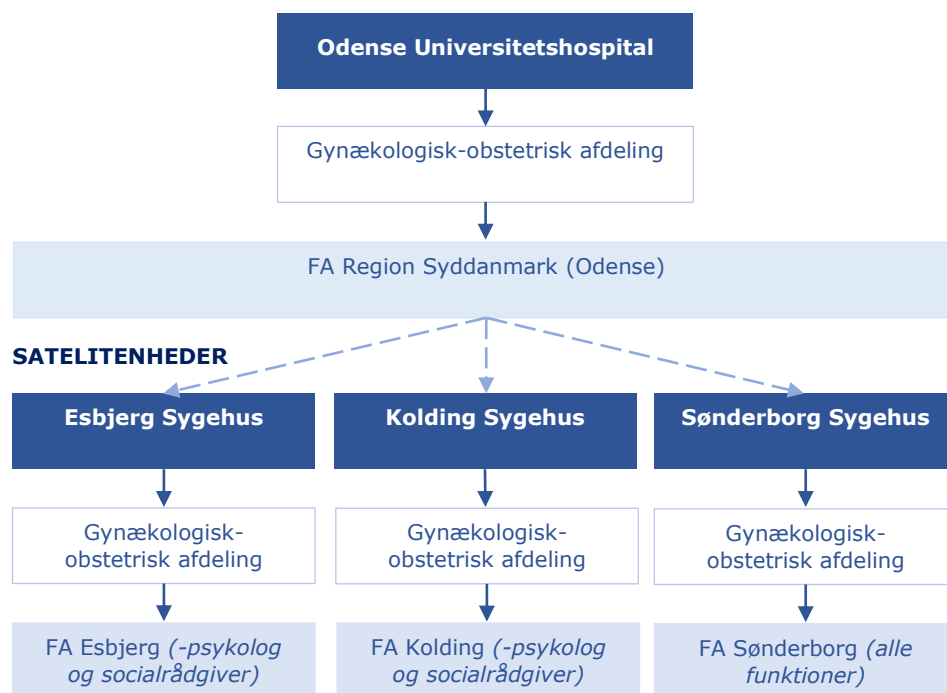


### Organisering af Familieambulatoriet i Region Syddanmark

Familieambulatoriet i Region Syddanmark er etableret på Odense Universitetshospital, under Gynækologisk-obstetrisk afdeling, og har derudover tre satellitenheder på sygehusene i Esbjerg, Kolding og Sønderborg (nu Aabenraa) (se Figur 3-5 nedenfor). På sygehuset i Aabenraa (tidligere Sønderborg) er alle faggrupper dækkende familieambulatoriets funktioner tilknyttet, mens der alene er tilknyttet jordemoder og obstetriker i Esbjerg og Kolding (alle tre steder med begrænset åbningstid). Børneforløbene varetages i Esbjerg og Kolding af udkørende pædiater og psykolog fra Aabenraa et par gange om måneden.



Figur 3-5: Figuren illustrerer organiseringen af Familieambulatoriet i Region Syddanmark.



Lederen af familieambulatoriet varetager den faglige ledelse på tværs af de fire sygehuse, imens personaleledelsen ligger hos afdelingsledelsen på de respektive sygehuse, hvorfra medarbejderne allokeres efter en fast fordelingsnøgle. I alt beskæftiger familieambulatoriet 10,5 årsværk, fordelt på: Speciallæge (1 årsværk), obstetriker (1,6 årsværk), pædiater (1,3 årsværk), jordemor (2 årsværk), psykolog (1,6 årsværk), socialrådgiver (1,5 årsværk) og sekretær (1,5 årsværk).

### Opsamling

Personalet på ambulatorierne og de kommunale partnere er overordnet tilfredse med de tværfaglige teams – og den ydelse og kontinuitet i forhold til kontakten til familierne, som tværfagligheden muliggør.

Som det fremgår af gennemgangen er familieambulatorierne organiseret forskelligt – særligt hvad angår anvendelsen af udefunktioner. Forskellighederne afspejler regionale, organisatoriske og geografiske forskelle i regionerne.

Det er ikke muligt for evaluatoren at vurdere, hvilken organisering der er mest hensigtsmæssig for familieambulatorierne. Vi kan konstatere, at de forskellige modeller har respektive fordele/ulemper. Ved meget store geografiske afstande - som i eksempelvis Region Syddanmark – kan det være en fordel med udefunktioner og med personale som har deres personalemæssige forankring lokalt. Dette giver mulighed for at være tilstede lokalt og reducerer de gravides og familiernes afstand til ambulatoriet, hvilket igen kan være med til at holde frafaldsprocenten nede. Til gengæld giver det nogle ledelsesmæssige og faglige udfordringer at 'styre' personalet, der er ansat under anden ledelse – og selve ydelsen kan med tiden udvikle sig forskelligt de forskellige steder, fordi man udvikler lidt forskellige vaner og tilgange til interventionsmodellen.

Omvendt i regioner, hvor personalet er ansat ved det centrale familieambulatorie – og herfra skal dække udefunktionerne. Det giver mulighed for at lede og koordinere personalet centralt og for at bevare en ensartet faglig tilgang til ydelserne. Omvendt giver det mange timers transport på landevejene for at køre til og fra udefunktionerne. Tid som måske ellers kunne være brugt med patienterne.

### 3.2.2 Udefunktioner

Familieambulatoriet i Region Nordjylland har som det eneste af de fem ambulatorier ikke etableret udefunktioner. De øvrige fire ambulatorier har i varierende omfang valgt at etablere en sådan funktion.

Nedenstående tabel giver et overblik over, hvorvidt der er formaliserede samarbejdsaftaler og aftaler om udgående funktion med andre sygehuse i de forskellige regioner. Tabellen viser kun de skriftlige aftaler, og "nej" i et felt indikerer derfor ikke nødvendigvis, at der ikke eksisterer samarbejde med andre sygehuse, fødesteder og lokale jordemoderkonsultationer. Det bemærkes, at den parallelle organisation med etablering af familieambulatoriet på to matrikler, der anvendes i Region Midtjylland ikke fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 3-2: Oversigt over formaliserede samarbejdsaftaler og udgående funktioner

	Formaliserede samarbejder med andre sygehuse i regionen	Aftaler om udgående funktion med andre sygehuse i regionen
<b>Region Hovedstaden</b>	Rigshospitalet Nordsjællands hospital Herlev hospital	Rigshospitalet (herunder aftale med Fødeafdelingen og børneafdelingen i Rønne) Nordsjællands hospital Herlev hospital
<b>Region Midtjylland</b>	Nej – men se fodnote <sup>15</sup>	Holstebro Sygehus
<b>Region Nordjylland</b>	Nej	Nej
<b>Region Sjælland</b>	Nykøbing F Sygehus, barsels- og børneafdelingen	Holbæk sygehus Roskilde sygehus Nykøbing F sygehus
<b>Region Syddanmark</b>	Sønderborg sygehus, obstetrik og pædiatri. Kolding sygehus, obstetrik Esbjerg sygehus, obstetrik	Sønderborg sygehus, pædiatri. Kolding sygehus, obstetrik og pædiatri. Esbjerg sygehus, obstetrik og pædiatri.

Kilde: FAernes udfyldte evalueringsskabeloner.

<sup>15</sup> Familieambulatoriet har samarbejde med Hospitalsenhed Vest i den forstand, at familieambulatoriet er etableret som en parallel, ligeværdig organisation med fysisk placering på Skejby Sygehus og Herning Sygehus.

### 3.2.3 Interne og eksterne samarbejdspartnere

Familieambulatorierne tilkendegiver, at deres vigtigste interne samarbejdspartnere typisk er obstetriske og gynækologiske afdelinger, svangre - og barselafsnit, pædiatriske afdelinger, neonatal afdelinger, psykiatriske afdelinger, jordemoderpraksis og infektionsmedicinske afdelinger. For de familieambulatorier, der ikke har etableret en udgående funktion på regionens øvrige fødesteder er der typisk et tæt samarbejde med fødestederne. Familieambulatorierne har i varierende grad skriftlige aftaler med interne partnere - og i mange tilfælde er smerteklinikkerne på sygehusene ikke omfattet i samarbejdet i tilstrækkelig grad.

Tabellen herunder giver et skematisk overblik over familieambulatoriernes vigtigste interne regionale og eksterne kommunale og private samarbejdspartnere, samt et overblik over formaliseret og ikke-formaliseret samarbejde med kommunerne.

Tabel 3-3 Vigtigste samarbejdspartnere

	Interne samarbejdspartnere	Eksterne samarbejdspartnere
<b>Region Hovedstaden</b>	<p>Gynækologisk/obstetrisk afd. samt børneafdelingen på Hvidovre Hospital.</p> <p>Gynækologisk-obstetrisk afd. samt børne- og ungeafdelingen på Nordsjællands Hospital.</p> <p>Gynækologisk obstetrisk afd. og børneafdelingen på Herlev Hospital</p> <p>BørneUngeklivnikken, neonatalklinikken og obstetrik klinik på Rigshospitalet.</p> <p>Desuden infektionsmedicinsk, psykiatrisk, distriktspsykiatrien og spædbarns-/ børnepsykiatrisk afdeling.</p>	<p>Formaliseret samarbejde med Reden.</p> <p>Familieprojektet (under Dag- og Døgncentret)</p> <p>Socialforvaltningens børne- og familieafsnit (Kbh.)</p> <p>Center for familiepleje</p> <p>Glostrup Observations- og Behandlingshjem</p> <p>Bagsværd observationshjem</p> <p>Rådgivningscentre</p>
<b>Region Midtjylland</b>	<p>Børneafdeling A, Fødeafdelingen og afdelingen Kvindesygdomme og Fødsler på Skejby Sygehus.</p> <p>Børneafdelingen og Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Hospitalsenheden Vest, Herning.</p> <p>Aarhus Jordemorparksis.</p> <p>"Team for sårbare gravide", tværgående samarb. ml regionens sygehuse.</p>	<p>Kommunale stof- og alkoholambulatorier i Aarhus og Randers, samt ikke-formelt samarbejde med 15 kommuner</p> <p>Formelt samarbejde med den kommunale sundhedspleje via sundhedsaftaler.</p> <p>Formelt samarbejde med Mødrehjælpen.</p> <p>Formelt samarbejde med Børne og familiecenter Herning.</p>
<b>Region Nordjylland</b>	<p>Gynækologisk-obstetrisk afd. samt Børneafdelingen på Aalborg Universitetshospital</p> <p>Gynækologisk/obstetrisk afd. Sygehus Vendsyssel</p> <p>Gynækologisk/obstetrisk afd. på Sygehus Thy/Mors</p> <p>Psykiatrien i Region Nordjylland</p>	<p>Samarbejder med den kommunale sundhedspleje via sundhedsaftaler.</p> <p>Samarbejder med kommunale misbrugscentre via sundhedsaftaler.</p>
<b>Region Sjælland</b>	<p>Gynækologisk/obstetrisk afd. og børneafdelingen på Nykøbing F sygehus.</p> <p>Gynækologisk/obstetrisk afd. samt børneafdelingen på Næstved Sygehus.</p> <p>Gynækologisk/obstetrisk afd. på Holbæk sygehus.</p> <p>Gynækologisk/obstetrisk afd. på Roskilde Sygehus.</p>	<p>Center for afhængighed i Guldborgsund Kommune</p> <p>Misbrugscenteret i Slagelse Kommune.</p> <p>Familieinstitutioner (F.eks. Elmehuset)</p> <p>Mødrehjælpen</p> <p>TUBA</p> <p>Løbende ikke-formaliseret samarbejde med de kommunale socialrådgivere, sundhedspleje og misbrugscentre.</p>
<b>Region Syddanmark</b>	<p>Gynækologisk Obstetrisk afdeling og H.C. Andersen Børnehospital på Odense Universitetshospital.</p> <p>Familiecenteret på Sygehus Sønderjylland, Sønderborg.</p> <p>Gynækologisk-Obstetrisk afdeling på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg.</p> <p>Gynækologisk Obstetrisk afdeling på Sygehus Lillebælt, Kolding.</p> <p>Smertecenter Syd.</p>	<p>Samarbejdsaftale med kommunale stof- og alkoholambulatorier</p> <p>Reden i Odense</p> <p>ProVest</p> <p>Mødrehjælpen</p> <p>Mødrehuset i Svendborg</p>

Kilde: FAernes udfyldte evalueringsskabeloner.

Familieambulatoriernes eksterne samarbejdspartnere omfatter primært kommunale aktører samt en række private aktører. Blandt disse aktører fremhæves den kommunale sundhedspleje, familieafdeling/småbørnsteam i kommunerne, behandlingscentre inden for alkohol og rusmidler, observations- og behandlingshjem, kommunale sagsbehandlere, Mødrehjælpen samt familiehuse. Samarbejdet med de eksterne samarbejdspartnere er typisk ikke-formaliseret

### Samarbejde med kommunerne

Kommunerne har ansvaret for sundhedsplejen, alkohol- og stofbehandling og børne-familieområdet. Familieambulatoriernes samarbejde med kommunerne er centralt både i forbindelse med opsporing og opfølgning på kvinderne i graviditetsperioden – og ikke mindst i forhold til samarbejdet om barnet frem til skolealderen:

*"Hos mange gravide med rusmiddelproblemer ses betydelige og komplekse helbreds-mæssige, psykiske og social problemer. For at kunne tilbyde den gravide/familien bedst mulig hjælp og en helhedsorienteret indsats, er det nødvendigt at medinddrage andre professionelle aktører og myndighedsudøvere.... Disse kan omfatte forskellige forvaltninger i kommunen, sundhedsplejersker....."* (Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 2009, s.10).

I tabellen nedenfor viser vi en oversigt over de indgåede aftaler mellem familieambulatorierne og kommunerne.

Figur 3-6 Familieambulatoriernes samarbejde med kommuner

	Aftaler med kommuner
<b>Region Hovedstaden</b>	Ikke-formelle samarbejdsaftaler med samtlige 29 kommuner i regionen.
<b>Region Midtjylland</b>	Formelt samarbejde med Aarhus Kommune. Samarbejdsaftaler med de resterende 18 kommuner forventes indgået primo 2015.
<b>Region Nordjylland</b>	Formelt samarbejde med alle 11 kommuner i regionen via sundhedsaftaler.
<b>Region Sjælland</b>	Formelle samarbejdsaftaler med 3 ud af 17 kommuner i regionen. Uformelt samarbejde med de resterende 14 kommuner.
<b>Region Syddanmark</b>	Overordnet aftale med alle 22 kommuner i regionen via sundhedsaftale. Selvstændig formel aftale med Odense og Kerteminde Kommuner.

Kilde: FAernes udfyldte evalueringsskabeloner.

Etablering af samarbejdsaftaler med kommunerne er en central del af satspuljebestillingens krav til ambulatorierne. Som det fremgår af tabellen ovenfor, har de fem ambulatorier i de fleste tilfælde samarbejde med kommunerne uden en egentlig formel samarbejdsaftale. Antallet af formelle samarbejdsaftaler er således begrænset. For en del kommuner er skriftlige samarbejdsaftaler under udarbejdelse og forventes færdiggjort i 2015.

Det er evaluators vurdering, at indgåelse af aftaler fortsat bør være en prioritet. En formel aftale sikrer ikke i sig selv et godt samarbejde, men gode beskrivelser af

opsporings- og henvisningspraksis – og gode nedskrevne procedurer for samarbejde omkring de gravide, børnene og deres familier er væsentlige for at sætte fokus på området, sikre tydelig rolle- og ansvarsfordeling i det konkrete samarbejde om den tidlige afdækning, henvisning og selve indsatsen – samt regulere det, hvis der opstår problemer eller misforståelser. Dette fremhæves da også i flere interview:

- › *"Vi oplever, at der er stor udskiftning i familieafdelingerne, hos praktiserende læger og jordemorhusene, hvilket gør det til en udfordring dels at blive kendt hos de relevante samarbejdspartnere og dels at holde FA på dagsordenen"* (Interview, FA personale).
- › *"I hverdagen fungerer en mundtlig forventningsafstemning fint, men hvis der skulle opstå et samarbejde, der går i mudder, kunne det være fint at have en mere formel aftale. Det er nemmest at lave en aftale i fredstid"* (Interview, ekstern samarbejdspartner).
- › *"Samarbejdet med kommunerne er meget båret af personer og nogle er svære at have konstruktivt samarbejde med"*, (Interview, intern samarbejdspartner)

Siden 2008, da satspuljebevillingen til familieambulatorierne blev afsat, er samarbejde mellem kommuner og regioner blevet struktureret og systematiseret igennem indgåelse af lovbestemte sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne er dermed en formalisering af samarbejdsrelationerne – og det er naturligvis vigtigt, at ambulatoriernes ydelser og anvendelse af disse kan genfindes her.

Nedenfor gennemgår vi familieambulatoriernes placering i den seneste/aktuelle version af sundhedsaftalerne. I dette afsnit refereres til sundhedsaftaler, som dækker evalueringssperioden (2010-2014 og 2011-2014)<sup>16</sup>.

Familieambulatoriet er ikke beskrevet i **Region Hovedstadens [sundhedsaftale for 2011-2014](#)**. Begrundelsen fra Koncern Plan og Udvikling i Region Hovedstaden er, at Sundhedsaftalen er mere overordnet og ikke beskriver enkelte konkrete funktioner el. sundhedstilbud.

Familieambulatoriet i **Region Midtjylland** er beskrevet i den [Administrative Sundhedsaftale 2011-2014](#) i [Tillægsaftale for samarbejde om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatorierne](#). Heraf fremgår det bl.a., at målgruppen omfatter gravide med et risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin (inkl. gravide som inden for de sidste par år har haft et risikoforbrug). Derudover omfatter målgruppen børn i alderen 0-7 år som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler samt gravide hvis partner har et risikoforbrug. Af tillægsaftalen fremgår det desuden at Familieambulatoriet – som hovedregel – har det overordnede ansvar for den samlede indsats og at omfanget

---

<sup>16</sup> Bemærk at den seneste generation af Sundhedsaftalerne 2015-17 p.t. er til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

af samarbejdet afhænger af familiens belastningsgrad. Samarbejde med øvrige aktører er ikke beskrevet nærmere.

Familieambulatoriet i **Region Nordjylland** er beskrevet i [Samarbejdsaftale om forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse](#). Heraf fremgår det at familieambulatoriet er *"et specialtilbud til gravide med forbrug af alkohol og andre afhængighedsskabende rusmidler"*. For en beskrivelse af samarbejde med øvrige aktører henvises til projektbeskrivelse for Familieambulatoriet.

Familieambulatoriet i **Regionen Sjælland** er beskrevet i [Sundhedsaftalen 2010-2014](#) i afsnittet 'Aftale om sårbare gravide og sårbare familier'. I aftalen beskrives de forskellige aktørers roller og ansvarsområder, hvor det fremhæves at Familieambulatoriet er den centrale enhed, som skal sikre et sammenhængende tilbud til gravide med problemer med alkohol og/eller andre rusmidler/afhængighedsskabende medikamenter samt børn i alderen 0-7, som i forstertilværelsen har været udsat for rusmidler. Derudover fremgår det, at Familieambulatoriet også *"kan tage sig af gravide uden for den primære målgruppe, hvor der potentielt kan være svære problemer"*. Derudover er samarbejdet med en række andre aktører, f.eks. kommunale misbrugsenheder, sundhedsplejen og det lokale sygehus, beskrevet i 'Værktøjskassen'. I praksis har Familieambulatoriet kun behandlet brugere, som lå inden for målgruppen.

Familieambulatoriet i **Region Syddanmark** er beskrevet i [Grundaftale for Sundhedsaftalerne 2011-2014](#). Heraf fremgår det, at målgruppen omfatter: 1) gravide med misbrug af rusmidler, alkohol og/eller medicin samt gravide i substitutionsbehandling, 2) Gravide, der har været afhængige af rusmidler, alkohol eller medicin inden for de sidste par år før graviditeten, 3) Børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler, eller formodes at have været det. Derudover fremgår det, at Familieambulatoriet også varetager gravide udviklingshæmmede og gravide med alvorlige psykiske lidelser. Ift. eksternt samarbejde fremgår det, at Familieambulatoriet er et supplement til den kommunale indsats, og at Familieambulatoriet varetager den koordinerende, vejledende og informerende opgave samt den sundhedsfaglige indsats omkring målgruppen.

Sundhedsaftalerne eksisterede ikke da initiativet med familieambulatorierne først blev iværksat. Det er evaluators vurdering, at Sundhedsaftalerne i sig selv har bidraget til at gøre ambulatorierne mere kendte og integreret i det samlede regionale sundhedstilbud – samt gjort relationen til kommunerne mere tydelig. Dette er der også flere interviewede der peger på: *"Sundhedsaftalerne er altafgørende. Det er det, der gør at tingene glider i praksis"* (interview, eksternt samarbejdspartner).

Det er samtidig evaluators vurdering, at de mere overordnede sundhedsaftaler ikke er nok. Det var fra starten et krav til familieambulatorierne, at de skal indgå individuelle samarbejdsaftaler med alle kommuner. Som evalueringen viser senere (se afsnit 3.3.3) er der stor forskel på den 'kommunale dækningsgrad'. Individuelle samarbejdsaftaler bør derfor efter evaluators opfattelse fortsat være en strategisk prioritet i forhold til alle kommuner, fx startende med kommuner, hvorfra man har meget få familier/gravide tilknyttet. Og for eksempel for at regulere, når der sker personaleudskiftninger – og samarbejdet 'starter forfra' med nye fagpersoner: *"Der hvor samarbejdet kan være svært, det er ift. kommunens sagsbehandlere. De har*

*udpeget fire sagsbehandlere, som deltager i de tværfaglige møder, men det er bare ikke altid de samme sagsbehandlere, som bliver sat på sagen. Det betyder, at de ikke kender os godt nok, og derfor heller ikke får informeret og inddraget os godt nok. Der kan vi tydeligt mærke forskel på, om det er den faste gruppe eller nogle af de andre sagsbehandlere (Interview, FA personale).*

En indikator på det konkrete tværsektorielle samarbejde med kommunerne er antallet af tværsektorielle møder, der afholdes vedrørende den enkelte gravide eller det enkelte barn. Tabellen nedenfor viser antal tværsektorielle koordinationsmøder afholdt om gravide i de enkelte familieambulatorier. Tabellen viser relativ stor variation mellem regionerne i antallet af møder. I tre regioner (Sjælland, Midtjylland og Nordjylland) ses et faldende antal møder i 2014, sammenlignet med 2013 (for Region Syd foreligger der ikke tal for 2014).

Tabel 3-4 Hvor mange tværsektorielle koordinationsmøder om gravide har I afholdt (opdelt/år)?

Region Hovedstaden <sup>17</sup>	Region Midtjylland	Region Nordjylland <sup>18</sup>	Region Sjælland	Region Syddanmark
2012: 69	2012: -	2012: 75	2012: 19	2012: 173
2013: 115	2013: 100	2013: 80	2013: 44	2013: 173
2014: 153	2014: 87 <sup>19</sup>	2014: 60	2014: 41	2014: -

Kilde: FAernes udfyldte evalueringsskabeloner.

I figuren nedenfor viser vi de tilsvarende tal for tværsektorielle koordinationsmøder på børnedelen. Figuren viser relativ stor variation mellem regionerne i antallet af møder. Tre regioner (Sjælland, Nordjylland og Midtjylland) har afholdt et faldende antal møder i 2014, sammenlignet med 2013. For Region Hovedstaden stiger antal børnemøder konstant over årene (for Region Syd foreligger der ikke tal for 2014).

<sup>17</sup> Til opgørelsen bemærker Familieambulatoriet i Region Hovedstaden at: "Den opdeling, som vi opererer med er: *Med eller uden deltagelse af pt.* Møder uden deltagelse af pt. vil som oftest dreje sig om et barn, men ikke nødvendigvis altid. Tallene rummer derfor en vis usikkerhed.

<sup>18</sup> Der er i perioden 1. januar 2012 til 1. september 2014 afholdt i alt 266 teammøder. 215 teammøder fordelt på 87 kvinder.

<sup>19</sup> Opgjort pr. 16. september 2014.



Figur 3-7 Hvor mange tværsektorielle koordinationsmøder om børn har I afholdt (opdelt på år)?

Region Hovedstaden <sup>20</sup>	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
2012: 270	2012: -	2012: 16	2012: 18	2012: 49
2013: 289	2013: 52	2013: 18	2013: 30	2013: 101
2014: 341	2014: 17 <sup>21</sup>	2014: 17	2014: 19	2014: -

Kilde: FAernes udfyldte evalueringsskabeloner.

### Institutioner på misbrugsområdet

Blandt de eksterne samarbejdspartnere fremhæver alle familieambulatorier, at de samarbejder med kommunale og private institutioner på misbrugsområdet. Set i dette lys er disse institutioner fortsat underrepræsenteret i forhold til familieambulatoriets angivelser af konkrete nøglesamarbejdspartnere, hvor kun to af ambulatorierne angiver et misbrugscenter. Dette indikerer, at der stadig er potentiale for et stærkere samarbejde imellem disse institutioner og familieambulatorierne.

### Samarbejdspartneres vurdering af samarbejdet med familieambulatorierne

I dette afsnit belyser vi, hvordan familieambulatoriernes samarbejdspartnere vurderer samarbejdet. Data i afsnittet bygger primært på en interviewundersøgelse med 35 samarbejdspartnere. I forbindelse med de gennemførte interviews er informanten blevet bedt om at svare på en række kvantificerbare spørgsmål om samarbejdet med familieambulatorieret<sup>22</sup>.

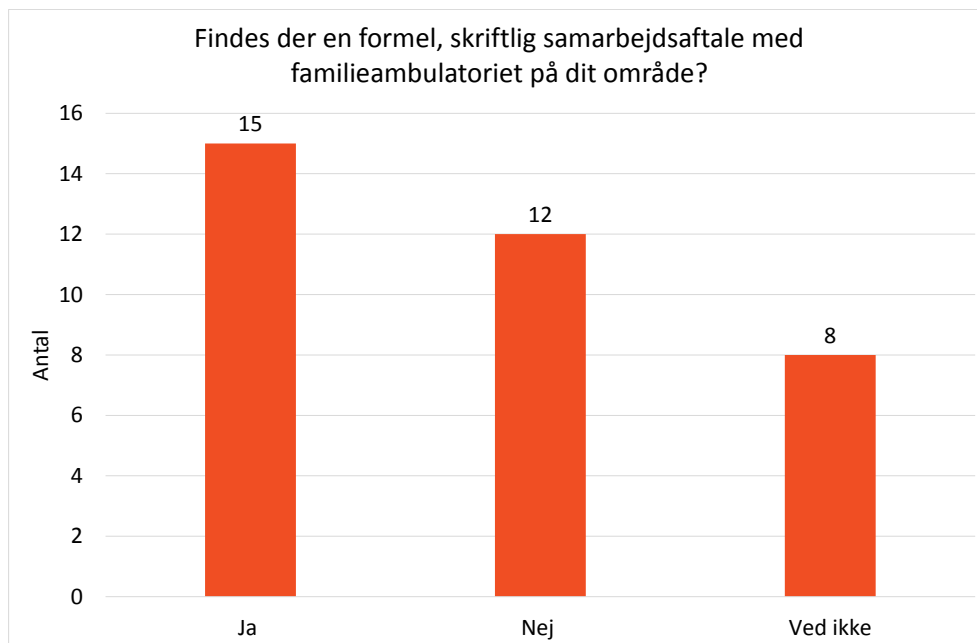
<sup>20</sup> Til opgørelsen bemærker Familieambulatoriet i Region Hovedstaden, at: "Den opdeling, som vi operer med er: *Med eller uden deltagelse af pt.* Møder uden deltagelse af pt. vil som oftest dreje sig om et barn, men ikke nødvendigvis altid. Tallene rummer derfor en vis usikkerhed.

<sup>21</sup> Opgjort pr. 16. september 2014. Der er i perioden 1. januar 2012 til 1. september 2014 afholdt i alt 266 teammøder, 51 teammøder vedrørende 18 forskellige børn.

<sup>22</sup> Det skal bemærkes, at vi har interviewet samarbejdspartnere, som ambulatorierne selv har angivet som deres 'vigtigste'. Der er således ikke foretaget en generel tilfredshedsundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af partnere og potentielle partnere (se også metodeafsnit 2.2).

I interviewundersøgelsen har vi spurgt, om samarbejdspartnerne er bekendte med, om der foreligger en samarbejdsaftale med deres afdeling/organisation. Ud af de 35 adspurgte svarer 15, at der foreligger en sådan aftale, imens 12 og 8 svarer henholdsvis "nej" og "ved ikke".

Figur 3-8: Findes der en formel, skriftlig samarbejdsaftale med familieambulatoriet på dit område?



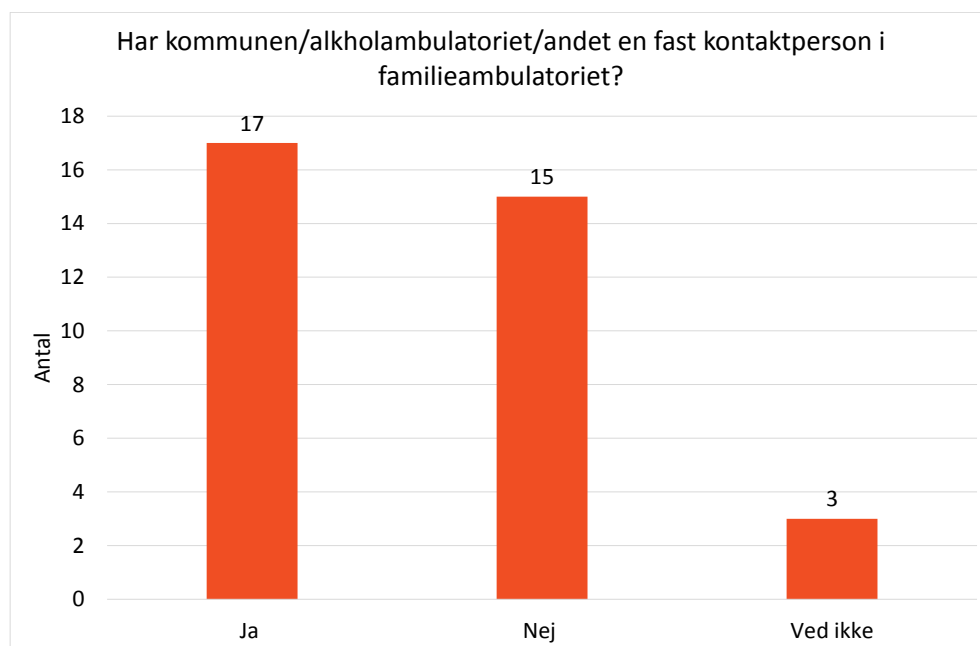
N = 35

Kilde: COWI interviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes samarbejdspartnere

Samarbejdsaftalerne med de kommunale parter angiver blandt andet faste kontaktpersoner for samarbejdet. Uagtet om der er indgået en formel samarbejdsaftale, vurderer samarbejdspartnere dog at samarbejdet med familieambulatorierne er relativt velfungerende, og der er ikke umiddelbart en sammenhæng imellem skriftlige samarbejdsaftaler og kvaliteten af samarbejdet.

Cirka halvdelen af de adspurgte samarbejdspartnere angiver, at de har en fast kontaktperson i familieambulatoriet. Den anden halvdel har ikke en fast samarbejdspartner uden at de dog opfatter dette som en barriere for samarbejdet. Flere af disse samarbejdspartnere fortæller, at de plejer at ringe til den samme person i familieambulatoriet, når der opstår behov for det uanset om der er en samarbejdsaftale eller ej.

Figur 3-9 Har I en fast kontaktperson på familieambulatoriet?



N = 35

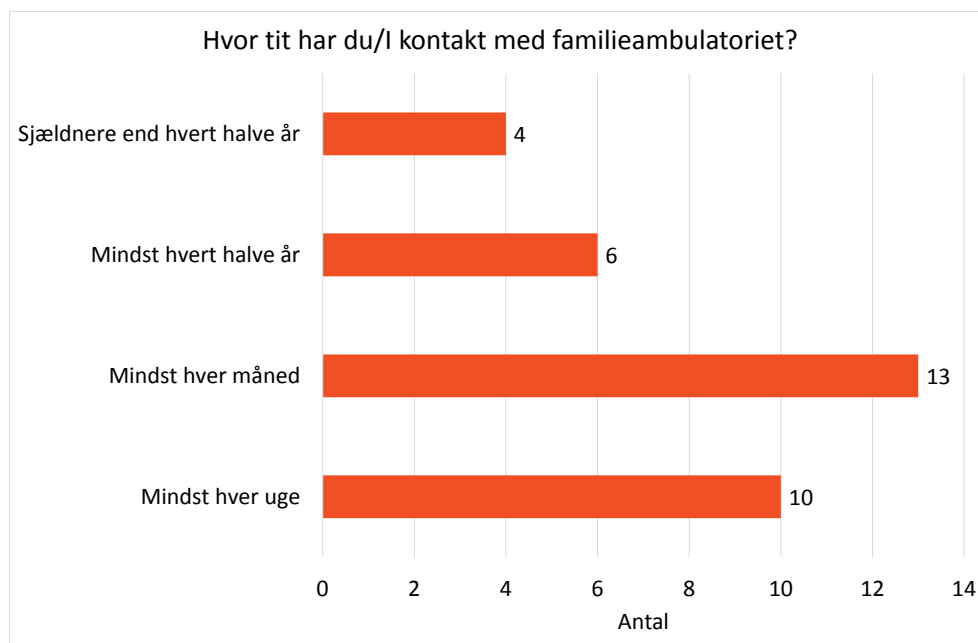
Kilde: COWI interviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes samarbejdspartnere

Givet det forhold, at vi her har talt med de samarbejdspartnere som er blandt dem, som har det tætteste samarbejde med familieambulatorierne, forekommer det lidt overraskende, at det kun er cirka halvdelen, som har en fast kontaktperson i familieambulatoriet.

Blandt de interviewede samarbejdspartnere varierer det i sagens natur meget, hvor ofte de har kontakt med familieambulatorierne, afhængigt af antallet af sager. 10 af de 35 informanter har kontakt med Familieambulatorierne mindst hver uge, og 13 har mindst hver måned. I de fleste tilfælde er det interne samarbejdspartnere og de store kommuner, der har hyppigst kontakt med familieambulatorierne. For flere af de eksterne samarbejdspartnere er kontakten til familieambulatoriet forholdsvis sjælden, men de oplever alligevel familieambulatoriet som en tilgængelig samarbejdspartner. Dette kommer til udtryk ved, at der er lange perioder, hvor der ikke er anledning til samarbejde, men at der på baggrund af en enkelt sag er perioder med hyppig kontakt.

Det varierer meget, hvor hyppig kontakt de forskellige informanter har haft med FA. En af informanterne påpeger dog: *"Ifølge samarbejdet, så er det ikke kvantiteten, men kvaliteten der er afgørende. Vi kontakter hinanden når vi skal og fordi vi gerne vil det gode samarbejde"* (Interview, ekstern partner)

Figur 3-10 Hvor tit har du/I kontakt med familieambulatoriet?



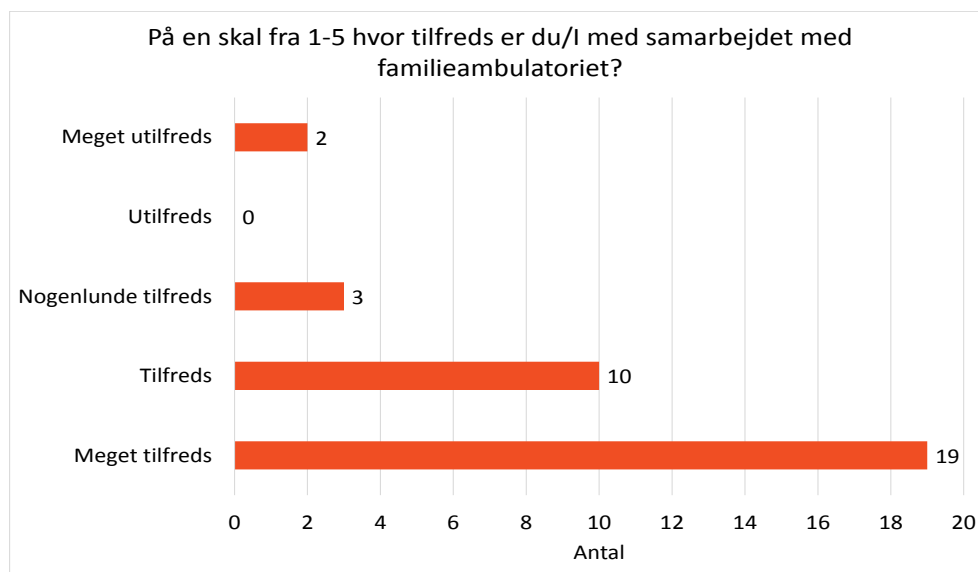
N = 32 (3 har ikke svaret på spørgsmålet)

Kilde: COWI interviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes samarbejdspartnere

### Tilfredshed med samarbejdet

Der er gennemgående stor tilfredshed med familieambulatorierne. 19 og 10 af de adspurgte angiver at være henholdsvis "meget tilfreds" og "tilfreds" med deres samarbejde med familieambulatoriet.

Figur 3-11: På en skala fra 1-5 hvor tilfreds er du/I med samarbejdet med familieambulatoriet?



N = 34 (1 har ikke svaret på spørgsmålet)

Kilde: COWI interviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes samarbejdspartnere

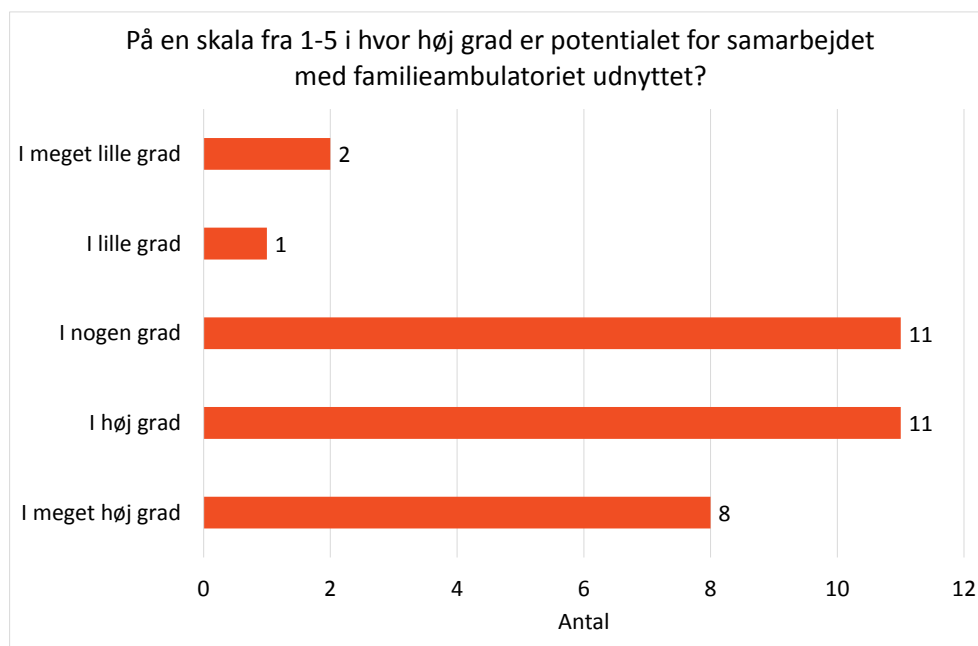
Et gennemgående udsagn fra denne gruppe af informanter er, at de oplever familieambulatorierne som et relevant tilbud, når de står med kvinder og/eller børn i ambulatoriernes målgruppe, f.eks. *"FA stiller med en masse ekspertise i form af deres forskellige fagligheder. De fodrer os med oplysninger. Det er rigtig vigtigt, at de er samlet et sted, så man kan få en samlet dækning af familiens situation"* (Interview, ekstern samarbejdspartner).

Enkelte af familieambulatoriernes samarbejdspartnere er nogenlunde tilfredse eller meget utilfredse. For denne relativt lille gruppe gælder det typisk, at de ikke føler sig inkluderet i samarbejdet med ambulatorierne eller er utilfredse fordi de før etableringen af familieambulatorierne selv varetog indsatsen over for ambulatoriernes målgruppe og oplever familieambulatoriets tilbud som utilstrækkeligt i forhold til den oprindelige indsats.

Det gennemgående udsagn fra samarbejdspartnerne er, at potentialet for samarbejde med familieambulatorierne i et vist omfang er udnyttet. Der er i høj grad sammenhæng imellem den store gruppe af samarbejdspartnere, der er tilfredse med samarbejdet og de, der mener, at samarbejdet i nogen grad er udnyttet. For denne gruppe af samarbejdspartnere er et gennemgående udsagn, at de oplever stor værdi af familieambulatoriernes tilbud og ønsker et øget samarbejde: *"Der er helt sikkert noget som kunne blive bedre, men jo bedre vi kender hinanden, desto bedre fungerer samarbejdet. Og så får familierne et bedre forløb. Det er nogle sårbare familier, hvor det hurtigt vender, så man skal kunne reagere hurtigt"* (Interview, ekstern samarbejdspartner).

Kun ganske få peger på et stort uudnyttet potentiale: "Der er plads til forbedringer. Det er ærgerligt med de skrappe inklusionskriterier – og så har de begrænsede ressourcer, hvilket betyder at vi ikke altid kan holde det antal møder, vi godt kunne tænke os. Det betyder også at vi ikke har så meget tid til videndeling. De har så meget viden, som vi godt kunne lære af" (Interview, ekstern samarbejdspartner).

Figur 3-12: På en skala fra 1-5 i hvor høj grad er potentialet for samarbejdet med familieambulatoriet udnyttet?



N = 33 (2 har ikke svaret på spørgsmålet)

Kilde: COWI interviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes samarbejdspartnere

### 3.2.4 Videncenteret og FA ledergruppen

I dette afsnit behandler vi Videncenteret og arbejdet i familieambulatoriernes koordinations- og ledergruppe.

#### Videncenteret

En stor del af Videncenterets arbejde er at forestå ledelsen og sekretariatsbetjeningen af den tværregionale ledergruppe, der behandler generelle, fælles anliggender. Videncenteret har stået for at arrangere FA årsmøderne; for at koordinere udviklingen af fælles kliniske retningslinjer og; for erfaringsudveksling mellem personer i respektive faggrupper. Denne del af Videncenterets arbejde er efter evaluators vurdering gennemført som forventet<sup>23</sup>.

Endvidere bistår Videncenteret med gennemførelsen af konkrete projekter, der besluttes i regi af ledergruppen. Siden midtvejsevalueringen har et sådant projekt særligt været udviklingen af FA databasen. Databasen har i udgangspunktet været meget ambitiøst lagt an – og styregruppen for Dansk Familieambulatoriedatabase

<sup>23</sup> Bemærk at Videncenterets kursusvirksomhed, telefon- og e-mailrådgivningen, hjemmeside, etc. er behandlet i midtvejsevalueringen.

er i samarbejde med ledergruppen for familieambulatorierne godt i gang med at tilpasse database ambitionerne. Siden midtvejsevalueringen og op til og under slut-evalueringen har Videncenteret ligeledes haft ansvaret for og en aktiv rolle i at:

- › videreudvikle FA forandringsteorien (se også kap. 2),
- › fortsætte arbejdet med at udvikle fælles retningslinjer for det tværfaglige behandlingsforløb,
- › udvikle en fælles formidlingsstrategi, herunder fælles hjemmeside.

Endelig ville man forvente, at Videncenteret ville have spillet en pro-aktiv rolle i forbindelse med at etablere overblik, f.eks. over målgruppen (størrelse, demografi, etc.) og den kommunale dækningsgrad (hvide pletter på landkortet, etc.).

Evalueringens data peger på, at Videncenteret ikke i tilstrækkelig grad har spillet en sådan aktiv og pro-aktiv rolle.

Dette understøttes da også af enkelte aktører: *"Videncenteret har set med vores øjne ikke en gang på jorden efter udløbet [af satspuljebevillingen til Videncenteret]. Vi kan fortælle dem hvordan vi gør – men har ikke fået noget retur."* (Interview, FA personale).

## FA-ledergruppen

Med henblik på at sikre et operationelt forum for koordination, videndeling og beslutninger er der i 2012 oprettet en Familieambulatorieledergruppe (også kaldet FA-ledergruppen). Ved midtvejsevalueringen var der stor tilfredshed med arbejdet i denne gruppe. Det er der fortsat, dog peger flere på, at der fokuseres meget på at skabe lighed ambulatorierne imellem, mens de i dag i virkeligheden – og af naturlige årsager, er forskellige på en række punkter<sup>24</sup> – og at det er godt:

*"Der bliver fokuseret meget på forskellighederne imellem os. Men vi har alle samme mål – vi gør det bare lidt forskelligt – og det synes jeg er OK. Vores forløbsbeskrivelser er jo næsten ens"* (Interview, FA personale).

Samtidig er der naturligvis en grænse for, hvor meget de fem ambulatorier kan udvikle sig i forskellig retning. Dette anerkendes da også. Og som én udtrykker det:

*"Jeg kunne godt tænke mig at blive inddraget mere og have en mere formel kontakt til de andre. Som det er nu, løser vi bare tingene hen ad vejen, men det kunne være godt med en evaluering af, hvad der går godt og mindre godt, og om vi gør det rigtige"* (Interview, FA personale).

Det er altså med andre ord fortsat behov for udvikling af fælles kliniske retningslinjer og generel videndeling ambulatorierne imellem.

<sup>24</sup> Forskellighederne fremgår blandt andet af gennemgangen i afsnit 3.2.1 og 3.2.2.

### 3.2.5 Variationer over interventionsmodellen

De fem regioners forskellige geografi har haft betydning for organiseringen af familieambulatorierne, herunder behovet for at etablere udefunktioner. Dette har igen betydning for familieambulatoriernes muligheder for at udbyde en ensartet tværfaglig indsats, i overensstemmelse med intentionerne i interventionsmodellen. I praksis er der blandt andet derfor i dag en vis variation i, hvordan de fem familieambulatorier implementerer interventionsmodellen (den oprindelige model er beskrevet i kapitel 2). Variationerne indeholder blandt andet:

- › Psykologer har ikke mulighed for at deltage i undersøgelser af kvinden i graviditetsforløbet, men møder første gang kvinden i forbindelse med børneundersøgelserne
- › Socialrådgiver deltager kun i graviditetsforløbet, da der ikke er ressourcer til at socialrådgiveren også deltager i børneundersøgelserne, som i følgende citat: *"Når socialrådgiverne kun er tilknyttet før fødslen, betyder det at psykologen i princippet kommer til at udføre socialfagligt arbejde efter fødslen"* (interview, FA personale).
- › Pædiater er naturligvis relevant i forhold til børneforløbene, men jf. den 'rene' Hvidovre model skulle pædiater møde den gravide og evt. barnefar inden fødslen, således at pædiateren ikke er et nyt ansigt, når børneundersøgelserne går i gang. Dette sker langt fra altid.

Det er evaluators vurdering, at ovenstående tilpasninger er praktisk og pragmatiske tilpasninger af en model til en praktisk og logistisk virkelighed, som har været nødvendig. Med det stigende patientpres, som må forventes efterhånden som kendskabet til ambulatorierne bliver endnu mere udbredt og de kommer op på 'fuld kapacitet' på børneforløbene, kan man tilsvarende forvente yderligere behov for tilpasninger af interventionsmodellen.

## 3.3 Målopfyldelse

I afsnittet nedenfor gennemgår vi de områder, hvor data kan bruges til at beskrive målopfyldelsen, dvs. antal henvisninger, dækningsgrad ift. målgruppen (mørketal), dækningsgrad ift. kommunerne, antal afsluttede forløb og antal børneforløb<sup>25</sup>.

### 3.3.1 Udvikling i henvisninger

Familieambulatorierne er afhængige af at en række eksterne samarbejdspartnere henviser relevante gravide. Det gælder f.eks. de praktiserende læger, jordmødre og obstetriske afdelinger, samt evt. socialforvaltninger, alkoholambulatorier, m.fl. Det er vigtigt, at de har kendskab til familieambulatoriernes tilbud og målgruppe.

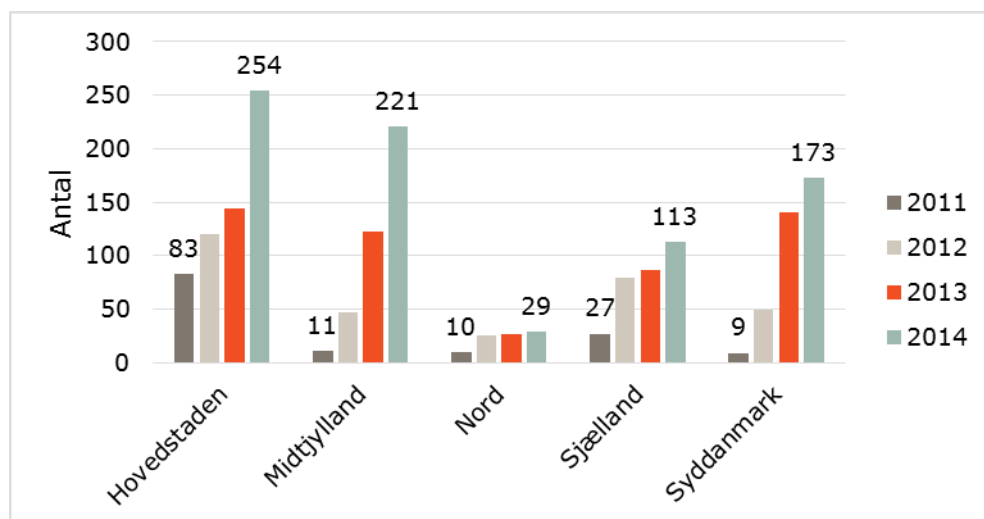
<sup>25</sup> Det skal bemærkes at afsnit 3.3 og 3.4 i udstrakt grad baserer sig på tal fra FA databasen, Databasen er under fortsat udvikling og familieambulatorierne forbeholder sig ret til at tage forbehold i relation til tallenes validering.



Det har været forventningen, at henvisningerne til familieambulatorierne ville stige i perioden i takt med at de er blevet mere kendte og en etableret del af regionens tilbud. I dette afsnit ser vi derfor nærmere på udviklingen i antallet af henvisninger til familieambulatorierne i perioden 2011-2014. Dernæst ser vi på, hvor stor en andel af de henviste, som rent faktisk takker ja til familieambulatoriernes tilbud og andelen som ligger inden for familieambulatoriets målgruppe. Og endelig på hvilke aktører, som henviser flest brugere til familieambulatorierne. Opgørelserne er baseret på Dansk Familieambulatoriedatabase. Det skal bemærkes, at databasen stadig er ny og derfor forbundet med en vis usikkerhed, idet data ikke er blevet ensrettet fuldstændigt på tværs af ambulatorierne.

Figur 3-13 viser antallet af henvisninger (det vil sige antallet af nye brugere) til de fem regionale familieambulatorier i perioden 2011-2014. For alle regionerne ses en klar stigning i antallet af henvisninger. Samlet set blev der i 2011 henvist 140 brugere til familieambulatorierne, mens der i 2014 blev henvist 790 gravide. I alt blev der i hele perioden henvist 1.771 gravide. Tallene tyder derfor på, at kendskabet til familieambulatorierne har været stigende i perioden.

Figur 3-13 Antal henviste gravide fordelt på år og region i periode 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.771)

Note: Opgørelsen er baseret på alle henviste gravide (inkl. gravide uden for målgruppen og gravide som efterfølgende ikke gennemfører et forløb)

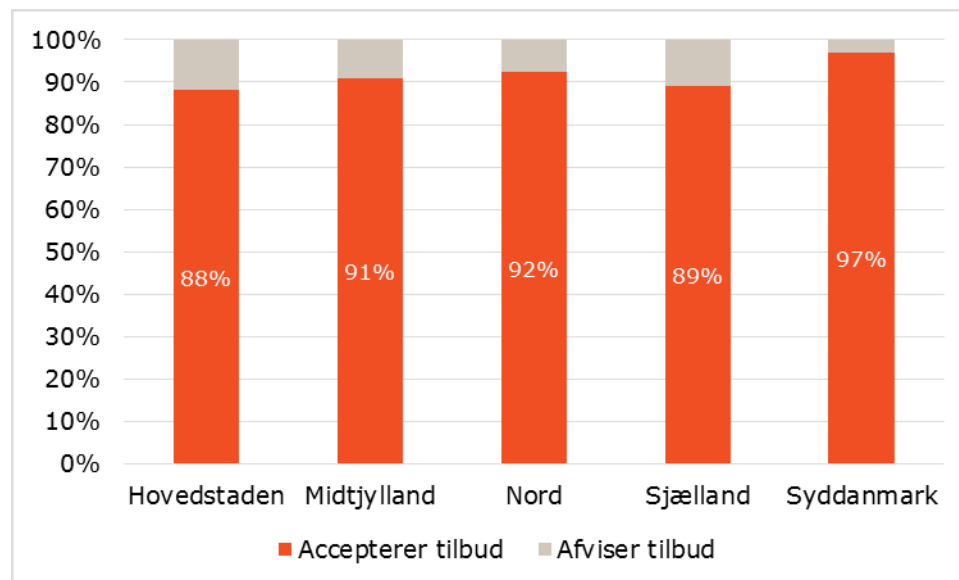
Som tallene tydeligt viser, får familieambulatorierne i dag flere patienter henvist – og kan dermed tilbyde hjælp til flere kvinder i målgruppen. Hvilket også er FA personalets helt klare fornemmelse. Som det udtrykkes af en af FA lederne:

- › "Vi [sundhedsvæsnet, red.] fanger flere i dag end vi gjorde for 10 år siden. Der er kæmpe forskel. Og de får jo et helt andet tilbud end dengang. Så det er helt anderledes. Også videnskæssigt – vi er bedre klædt på rent kompetencemæssigt. Vi er nu en velbeskrevet enhed på sygehuset", (Interview, FA personale)

### 3.3.2 Andel gravide som accepterer tilbuddet

Figur 3-14 viser andelen af henviste som accepterer henholdsvis afviser familieambulatoriets tilbud.

Figur 3-14 Andel af patienter som accepterer/afviser tilbud i de fem regioner i perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.771)

Note: Opgørelsen er baseret på alle henviste gravide (inkl. gravide uden for målgruppen og gravide som efterfølgende ikke gennemfører et forløb)

Som det fremgår af figuren accepterer langt størstedelen - mellem 88-97% - tilbuddet.

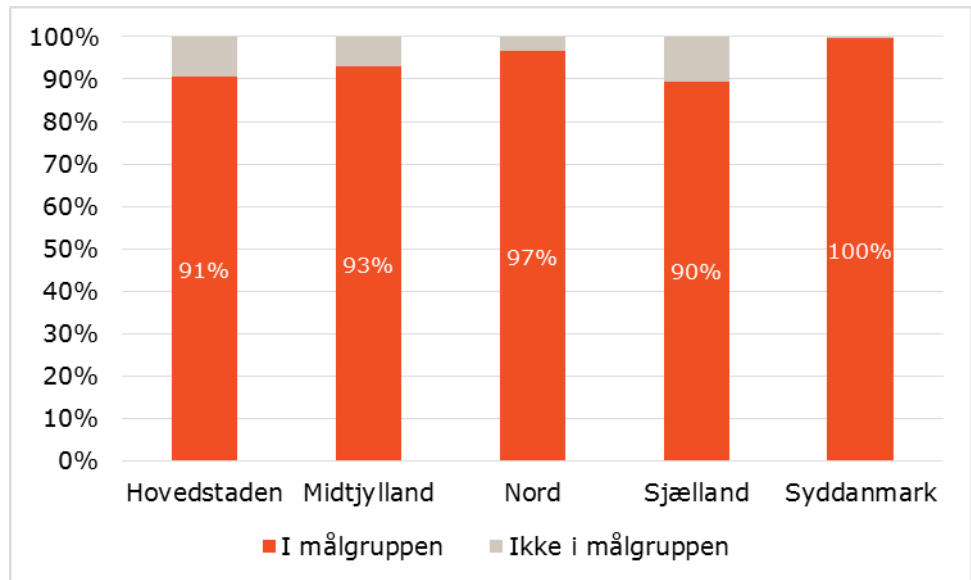
Tallene i figuren stemmer godt overens med, hvordan det opleves af personalet på ambulatorierne. Når først kvinderne har fået en henvisning til ambulatoriet, er man dygtige til at forklare fordelene ved at blive fulgt i ambulatoriet – og det er sjældent, det ikke lykkes at fastholde kvinderne i graviditetsforløbet:

- › "Vi tænker lidt 'strategisk' i forhold til at møde den kommende bruger. Jordemoderen inddrages i en tillidsskabende rolle. Indsatsen udfoldes gradvist, sådan at den gravide vænner sig til FA" (Interview, FA personale).
- › "Mekanismen er, at de fleste kvinder siger ja, efter en eller to konsultationer – nogle gange flere. Når først samarbejdet er etableret, er der meget begrænset frafald" (Interview, FA personale).

### 3.3.3 Andel henvisninger inden for målgruppen

Langt de fleste henvisninger ligger inden for målgruppen af gravide. Figur 3-15 viser, at mellem 90-100% af de henviste ligger i målgruppen baseret på en opgørelse fra ambulatoriernes database.

Figur 3-15 Andel af henvisninger som ligger inden for målgruppen i perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.771)

Note: Opgørelsen er baseret på alle henviste gravide (inkl. gravide uden for målgruppen og gravide som efterfølgende ikke gennemfører et forløb)

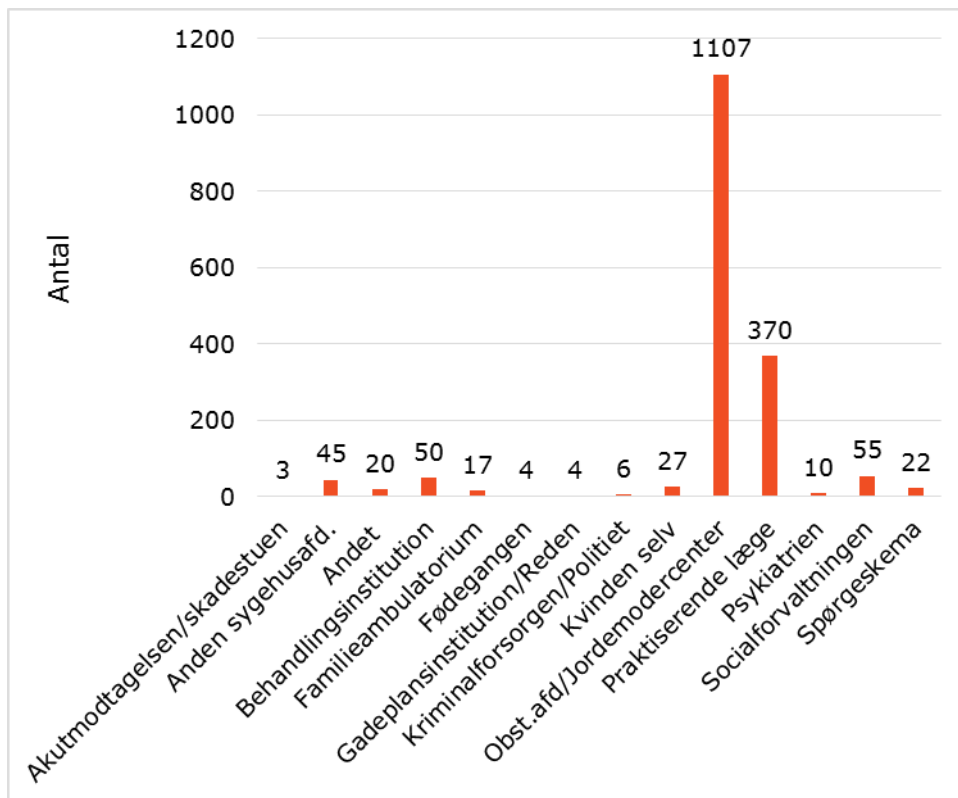
Data viser ikke noget om, hvilken kategorier af gravide der vælger at takke nej til tilbuddet.

### 3.3.4 Henvisninger fordelt på henvisende aktør

Figur 3-16 viser antallet af henvisninger fordelt på henvisende aktør. Opgørelsen viser alle henvisninger fra hele perioden (2011-2014) på tværs af alle fem regioner. Som det fremgår af figuren kommer henvisningerne helt overvejende fra de visitende obstetriske afdelinger/jordmødre centre (1.107) og fra de praktiserende læger (370). Disse to grupper står tilsammen for 1.740 henvisninger svarende til 85% af alle henvisninger.

Det skal dog bemærkes at opgørelsen fra databasen ikke nødvendigvis afspejler den aktør, som opsporer den gravide. F.eks. har Region Sjælland den praksis, at den praktiserende læge ikke henviser direkte til familieambulatoriet. Den praktiserende læge noterer i vandrejournalen, hvis der er tale om en patient med et forbrug af smertestillende medicin, alkohol eller andre rusmidler. Henvisningen vil derefter typisk ske via en obstetrisk visitorator – som derfor registreres som den henvisende aktør<sup>26</sup>.

Figur 3-16 Antal henvisninger fordelt på henvisende aktør i perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.740)

Note: Opgørelsen er baseret på alle henviste gravide, hvor der er angivet en henvisende aktør (inkl. gravide uden for målgruppen og gravide som efterfølgende ikke gennemfører et forløb)

<sup>26</sup> I praksis kan man dermed bruge databasen til meget lidt hvad dette angår. Talene og de tilhørende konklusioner skal behandles med meget stor varsomhed.

### 3.3.5 Dækningsgrad ift. målgruppen - mørketal

Alle aktører er enige om, at man indenfor misbrugsområdet må regne med et 'mørketal', altså i det konkrete tilfælde, at ikke alle kvinder i den relevante målgruppe kommer i kontakt med et familieambulatorie. Forbrug af rusmidler er et tabubelagt område og at det især kan være vanskeligt at opspore kvinder med et alkoholforbrug i graviditetsperioden vidner følgende interview citater om:

- › *"Det er meget lettere at opspore kvinder med et illegalt forbrug. Mange læger skriver noter, hvis der er et aktuelt eller et tidligere forbrug. Men dem med alkohol finder vi også hos de velfungerende kvinder og det er et kæmpe tabu, Jeg spørger altid ind til alkohol og de siger stort set alle sammen nej. Og så forklarer jeg hvad det kan gøre ved børnene. Jeg håber det kan få dem til at stoppe, men der er meget få læger der noterer noget om alkohol [i svangrejournalen]"* (Interview, intern samarbejdspartner).
- › "Alkoholmisbrug er meget tabubelagt og forbundet med skam og skyld. Det kræver en stor grad af tillid at tale om det, så der er tale om et meget stort mørketal", (Interview, FA personale).
- › *"I mine 19 år er det meget få alkoholikere vi har mødt!!"*, (Interview, ekstern samarbejdspartner).
- › *"Vi har aldrig haft et forløb med alkoholforbrug"*, (Interview, ekstern samarbejdspartner).
- › *"Det er et samfundsproblem at lidt alkohol er ok – og så længe det er sådan kommer vi ikke videre. Der skal en holdningsændring til"* (Interview, intern samarbejdspartner)

Spørgsmålet er naturligvis hvor stort mørketallet er? Familieambulatorierne har, som vi så ovenfor, fået mange flere henvisninger med årene. Men hvor stor en del af målgruppen dækker de? Antallet af henvisninger vil bl.a. afhænge af befolkningsgrundlaget og antallet af fødsler i de forskellige regioner. Derfor har vi i nedenstående tabel sat antallet af henvisninger i forhold til antallet af fødsler – og igen sammenholdt dette med et anslået tal for kvinder i målgruppen. Det skal understreges, at der her er tale om et estimat. Reelt kender sagkundskaben ikke omfanget af målgruppen af de årsager vi netop har nævnt: der er tale om et mørketal, netop fordi det er tabubelagt.

Vi har benyttet antallet af henvisninger i 2014, hvor familieambulatorierne var fuldt oppe at køre og sammenlignet med fødselstallet i 2013 (som er de nyeste tal fra Danmarks Statistik). Til at anslå antallet af kvinder i målgruppen har vi anvendt en mindre pilotundersøgelse af andelen af gravide med forbrug af medicin og stoffer i Region Syddanmark som viste, at ca. 3,6 % af de gravide blev testet positiv. Undersøgelsen er baseret på urinprøver fra 608 gravide fra Region Syddanmark. Urinprøverne blev testet for opiater, cannabis, benzodiazepiner, amfetamin og me-

tamfetamin, kokain og metadon (bemærk: ikke testet for alkohol)<sup>27</sup>. Baseret på disse tal samt fødselstallet i de forskellige regioner har vi beregnet det forventede antal kvinder i målgruppen.

*Tabel 3-5 Oversigt over befolkning og fødsler i regionener, antal henvisninger til familieambulatorierne (antal og procent af fødselstallet) samt forventet antal kvinder i målgruppen baseret på fødselstal og stikprøveundersøgelse af rusmiddelforbrug blandt gravide*

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
<b>Befolkningstal, 2013<sup>1</sup></b>	1.747.596	1.276.604	580.886	816.460	1.201.955
<b>Antal fødsler 2013</b>	19.973	12.913	5.221	6.463	11.303
<b>Antal henvisninger til FA i 2014 (andel henviste per antal fødsler)</b>	<b>254</b> (1.3%)	<b>221</b> (1.7%)	<b>29</b> (0.6%)	<b>113</b> (1.4%)	<b>173</b> (1.5%)
<b>Anslået antal kvinder i målgruppen</b>	719	465	188	233	406

\* Forventet/anslået antal kvinder i målgruppen baseret på estimat f.eks. artikel fra Region Syddanmark

<sup>1</sup>Statistikbanken (4.kvartal 2013).<sup>1</sup>Statistikbanken (antal levendefødte)

Som det fremgår af tallene, blev der i 2014 henvist langt færre kvinder end den anslåede målgruppe. Tallene skal tages med alle mulige forbehold. For eksempel er det værd at bemærke, at til disse tal skal derudover lægges, at tabellens anslåede målgruppe netop ikke medtager kvinder med at forbrug af alkohol. Der er således næppe grund til at antage, at den anslåede målgruppe er mindre end tallene vist i tabellen<sup>28</sup>.

Selvom tabellens tal for den anslåede målgruppe skal behandles med forsigtighed er de ikke desto mindre efter evaluators opfattelse under alle omstændigheder vigtige af to årsager: for det første viser de, at det fremadrettet er vigtigt for familieambulatorierne at danne sig et overblik over omfanget af sin målgruppe, som forudsætning for at kunne tilbyde sine ydelser til denne gruppe og for det andet viser

<sup>27</sup> Rausgaard m.fl. (2014). Prevalence of substance abuse in pregnancy among Danish women. ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.

<sup>28</sup> Som det fremgår af tabellen er andelen af henvisninger ud af det totale antal fødsler lavest i Region Nordjylland, mens de øvrige regioner ligger mere lige. Det skal dog tages med i betragtning, at antallet af fødsler ikke afspejler det faktiske antal gravide, som ligger inden for Familieambulatoriets målgruppe, idet socioøkonomiske forskelle mellem regioner ikke er medtaget i beregningen. F.eks. viser [Den Nationale Sundhedsprofil](#), at ift. landsgennemsnittet, så er andelen af personer der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikoinddrag ved alkohol lavere i Region Nordjylland (6,8%) og Region Midtjylland (7,8%) ift. Region Hovedstaden (9,9%). Ligeledes viser tal fra [Statistikbanken](#) (tallene er baseret på data fra 2010 (opdateres ikke længere)) at andelen af borgere i ambulans/døgnbehandling for stofmisbrug er højest i Region Syddanmark (3,4%), Hovedstaden (3,0%) og Sjælland (2,7%) og lavest i Region Midt (2,0%) og Region Nordjylland (1,5%).

tallene, at med en bedre dækning af målgruppen end den aktuelle vil interventionsmodellen fremadrettet blive udfordret yderligere i forhold til hvor mange ydelser man kan tilbyde den enkelte kvinde/familie.

### 3.3.6 Dækningsgrad ift. målgruppen – kommuner

I Bilag B har vi vedlagt en række kort, som viser hvilken bopælskommune kvinder henvist til Familieambulatoriet kommer fra, henholdsvis for hele landet og for hver region<sup>29</sup>. Bemærk at registreringen er baseret på kvindens aktuelle postadresse/bopælskommune, men ikke nødvendigvis den kommune som henviste på henvisningstidspunktet.

Som det kan ses af kortene har flest kvinder bopæl i de kommuner, hvor familieambulatorierne er lokaliseret, hvilket ikke i sig selv er overraskende.

Af kortene – og af tabellen herunder – fremgår ligeledes, at der fortsat er tre kommuner, hvorfra der ikke er registreret nogle gravide. I alt 40 kommuner har 9 eller færre kvinder over de fire år som tallene dækker<sup>30</sup>. Eller altså kun cirka to kvinder i gennemsnit per år.

*Tabel 3-6 Antal kommuner som har henholdsvis ingen, 1-2, 3-9 og 10 eller flere henviste i et familieambulatorie, 2011-14*

Kategori	Antal kommuner
Ingen henviste til FA	3
1-2 henviste til FA	8
3-9 henviste til FA0	29
10+ henviste til FA	58
<b>Total</b>	<b>98</b>

Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase

Ikke alle kommuner har lige mange borgere, der falder inden for de relevante målgrupper – og tallene vil naturligvis variere med kommunens befolkningsstørrelse (tallene er angivet på kortene). På den baggrund er tallene ikke i sig selv overraskende. Pointen er snarere, at der er stor forskel på - afhængigt af hvilken kommune man bor i - hvor sandsynligt det er, at en kvinde som falder inden for målgruppen, har et forløb i familieambulatoriet. Bor man i en stor kommune og fysisk tæt på et ambulatorie er det mere sandsynligt at man tilknyttes og gennemfører et forløb – end hvis man bor i en mindre kommune langt fra et ambulatorie.

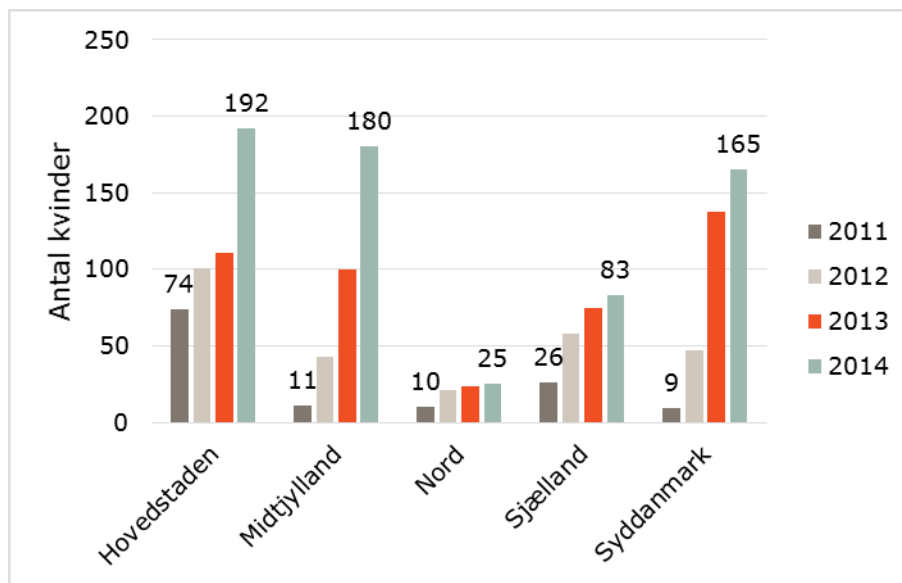
<sup>29</sup> Vær opmærksom på, at ambulatorierne her muligvis anvender forskellig praksis. Nogle opgiver kommune på henvisningstidspunkt – andre kvindens aktuelle bopælskommune (og opdaterer denne ved flytning). Dette skal harmoniseres fremadrettet.

<sup>30</sup> Der er dog en del kvinder, som har en postadresse/bopæl uden for den region, som Familieambulatoriet er placeret i. Kvinder med en postadresse/bopælsadresse, der ikke er ligger i den region som Familieambulatoriet er placeret i, er ikke medtaget (da vi ikke ved fra hvilken region kvinden i så fald er henvist fra).

### 3.3.7 Afsluttede graviditetsforløb

I dette afsnit ser vi nærmere på de kvinder, som har afsluttet et forløb i familieambulatorierne. Figur 3-17 viser den årlige fordeling af antal kvinder, som har været fulgt i FA til og med barslen (bemærk at figuren således ikke viser det samlede antal kvinder, som behandles i regi af familieambulatorierne på et givet år). Som det fremgår af figuren, har Region Hovedstaden flest kvinder fulgt frem til og med barsel i starten af perioden, hvilket hænger sammen med, at familieambulatoriet allerede var etableret ved satspuljebevillingens start (selvom ambulatoriet altså først dækkede hele regionen fra 2011 og frem).

Figur 3-17 Antal kvinder fulgt i FA frem til og med barsel fordelt på år og region



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.493)

Note: Opgjort ved udskrivning

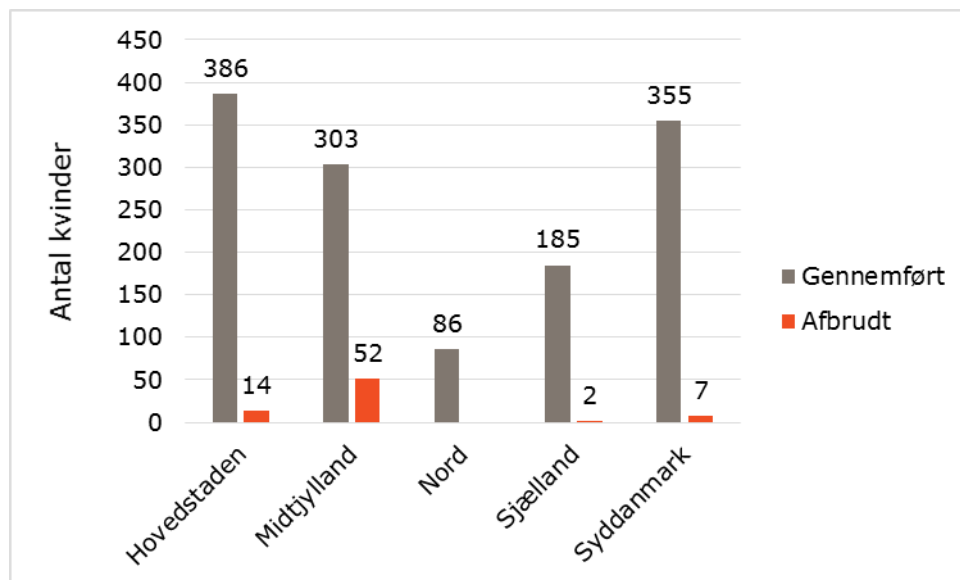
For alle regioner ses en støt stigning i antallet af gravide der bliver fulgt til og med barsel. Dette er dels udtryk for at familieambulatorierne har oplevet en stigning i henvisninger generelt dels et udtryk for det meget lave frafald i graviditetsperioden.



### 3.3.8 Gennemførelse henholdsvis afbrydelse af forløb

Figur 3-18 viser antal kvinder, som gennemfører hele graviditetsforløbet i FA og antallet, som afslutter forløbet i FA i utide (dvs. før barsel) for perioden 2011-14.

Figur 3-18 Antal kvinder som gennemfører/afbryder forløb fordelt på region for perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.390)

Som det fremgår af figuren gennemfører langt de fleste kvinder forløbet. I Region Hovedstaden afbryder 14 ud af 400 deres forløb, i Region Midtjylland afbryder 52 ud af 355 deres forløb, i Region Sjælland afbryder 2 ud af 187 deres forløb, i Region Syddanmark afbryder 7 af 351 deres forløb<sup>31</sup>. I Region Nordjylland er der ingen afbrydelser af forløb.

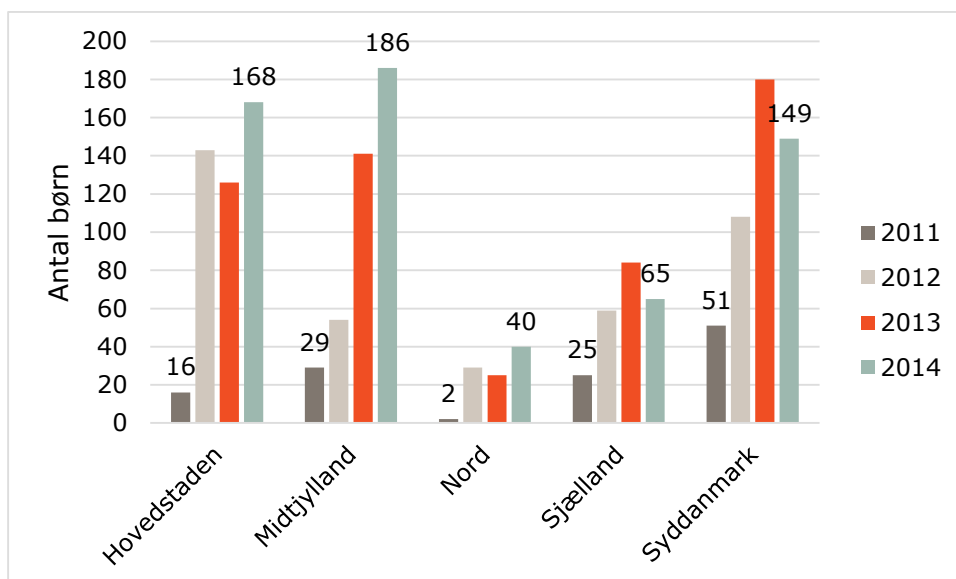
Tallene viser, at når først kvinderne er blevet opsporet og henvist, så har familieambulatorierne god succes med at fastholde kvinderne i forløbet. Totalt set gennemfører 95% af de henviste kvinder deres forløb frem til og med barslen.

<sup>31</sup> Der er meget få der afbryder forløbet. Det er derfor ikke muligt at dele op per år.

### 3.3.9 Børn og børneundersøgelser

Som tallene med det stigende antal henvisninger viser, er de regionale familieambulatorier stadig i en opbygningsfase. Hvis det lægges til grund, at alle fem regionale ambulatorier var færdig-etableret i starten af 2011, så vil de først have været igennem en fuld cyklus med udgangen af 2017 (kvinder henvist i starten af graviditetsperioden i starten af 2011, som har født slut 2011 og hvis børn er fulgt frem til og med det sjette leveår). Det endelige antal børneforløb kan man således ikke kende før 2017. Figur 3-19 viser udviklingen i antal børneforløb. Generelt er der som forventet en støt stigning i tallene, som afspejler det voksende antal henvisninger.

Figur 3-19 Antal børn fordelt på år og region i perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.680)

Note: Opgjort ved udskrivning

Den voksende belastning, dette udgør, vækker da også stor bekymring blandt ambulatorierne<sup>32</sup>:

- > "Belastningen er stor, hvilket er et problem for at holde kvalitet og skabe udvikling", (Interview, FA personale).
- > "De økonomiske resurser rækker grundlæggende ikke til behovet, og vi er nødsagt til at udskrive børn, så snart de er socialt og sundhedsmæssigt vel-fungerende", (Interview, FA personale).

<sup>32</sup> Overraskende nok falder antal børneforløb fra 2013 til 2014 i to regioner. Det har ikke været praktisk muligt for evaluatoren at afklare årsagerne i detalje. I Region Syddanmark forklarer man en del af frafaldet med, at ambulatoriet har været nødt til at afslutte børn (dem med lavest belastningsgrad) pga. personale- og kapacitetsmangel. Desuden blev man i starten pålagt af regionen at lave opfølgende undersøgelser på ikke-rusmiddeleksponerede børn. Disse forløb har de været nødt til at afslutte.

- › *"Der er mangel på resurser – de er ved at dø i deres egen succes", (Interview, intern samarbejdspartner).*
- › *"Ressourcefordelingen er jo helt gal. Vi får jo kun 1/11 af satspuljemidlerne. Det er alt for lidt – vi bruger simpelthen så mange ressourcer på de her familier, og de er meget udfordrende", (Interview, intern samarbejdspartner).*

Frafaldsproblemstillingen gælder primært børnedelen, dvs. perioden fra udskrivelsen af mor/barn fra barselgangen og frem til skolealderen. Denne problemstilling er derfor behandlet i det følgende. Der foreligger endnu ikke pålidelige tal for frafald i børneforløbene. Fordi ambulatorierne først vil være igennem en fuld cyklus i 2017 vil det være vanskeligt og behæftet med stor usikkerhed at udfærdige en sådan statistik indtil da. At der er en frafaldsproblematik er der dog ingen tvivl om. Det ved man både blandt FA lederne selv ligesom tallene i Figur 3-19 kan være en indikation her på. Men vi ved altså ikke, hvor stort frafaldet er.

Interviewundersøgelsen viser, at der gøres et stort arbejde for at følge op på børnene. I tekstboksen nedenfor har vi samlet interviewresultater relateret til den systematiske opfølgning der finder sted i alle fem regionale ambulatorier.

#### **Tekstboks – Systematisk opfølgning med henblik på at minimere frafald**

Jeg følger op på familierne og børnene. Det er lettere i graviditetsperioden. Der kommer patienterne ofte af sig selv. De vil gerne have at vide, om deres ufødte barn har det godt. Men det bliver vanskeligere når først barnet er født. Familierne flytter meget ofte – og vi har et hyr med at spore deres nye adresser. Det er ret ofte at familierne udebliver fra aftaler. Vi kan sagtens have en dag med tre familier, hvor der ikke er nogen, som dukker op uden at have meldt afbud. Vi følger op på dem ved at ringe til kommune, til pårørende, spørge folkeresteret, etc. (fra interview i forbindelse med evalueringen).

At der er tale om en udsat målgruppe kommer til udtryk i barneforløbsfasen. Den gravide kvinde vil gå meget langt for at beskytte det ufødte barn. Data viser ikke noget om hvorvidt og hvor hurtigt de sociale og/eller andre problemer, som var den oprindelige årsag til at man blev henvist til familieambulatorierne, viser sig igen. Dermed kan data heller ikke belyse hvorvidt kvinden og/eller barnefar får tilbagefald i forhold til sit forbrug af rusmidler.

Det er evaluators vurdering på baggrund af interview med personalet, at familieambulatoriet gør en stor indsats for at fastholde børnene i et forløb frem til skolealderen. Det vurderer vi på baggrund af udtalelser fra både interne og eksterne samarbejdspartnere, samt fra forældre og plejefamilier:

- › *"Familieambulatoriet er med til at sætte fokus på at gøre det, der er bedst for familierne. De bærer en kultur ind, hvor man ser anderledes på misbrug og vores tilgang bliver derfor mere nuanceret, fordi vi forstår det bedre. Der er en anden snak om og opmærksomhed på de her familier" (Interview, intern samarbejdspartner).*

- › "Det har været helt afgørende for mig, at Familieambulatoriet har taget sig af transport, så jeg undgik stress i en periode, der i forvejen var svær" (Interview, bruger).
- › "Familieambulatoriet taler med barnets stemme og kan derfor lettere overbevise familierne" (Interview, ekstern samarbejdspartner).
- › "Jeg oplevede stor og positiv opmærksomhed på mit barn efter fødslen, men da jeg selv fortsat havde det svært, savnede jeg hjælp, der var rettet mod mig selv" (Interview, bruger).
- › "I min første graviditet stod jeg helt alene, frustreret og afmægtig med et barn der græd hele døgnet rundt og i det hele taget ikke udviste normal adfærd. I anden graviditet har udfordringerne med barnet været stort set de samme, men ambulatoriet har været en kæmpe hjælp" (Interview, bruger).

Som interviewene viser, gøres der en dedikeret indsats. Både i forhold til at udvise forståelse og empati, men også i forhold til små praktiske ting. Dækning af transportudgifter er en af de små ting, som kan betyde meget for fastholdelsen. At afstanden til ambulatoriet kan spille en rolle for fremmødet i børneforløbene er der dog ingen tvivl om<sup>33</sup>.

### 3.4 Effekten af de gennemførte aktiviteter

Da det i løbet af evalueringsprocessen stod klart, at familieambulatorierne ville etablere en klinisk database, besluttede Sundhedsstyrelsen, at evalueringen skulle drage nytte af dette i forhold til at anvende databasens oplysninger i relation til at vise ambulatoriernes effekt. Lederne af ambulatorierne, styrelsen og evaluator blev derefter enige om en række indikatorer som kan pege på effekter af indsatsen (se Tabel 2-1 Indikatorer for målopfyldelse, organisation, proces og effekt).

I dette afsnit belyser vi, hvilken effekt familieambulatorierne har haft på de gravide og børnene. Det gør vi ved at se på udviklingen i en række kvalitetsindikatorer. I forhold til kvinderne ser vi på udviklingen i deres forbrug af nogle af de mest hyppigt benyttede medikamenter/rusmidler og på antallet af spontane/provokerede aborter. I forhold til børnene ser vi på hvor mange børn som udvikler føtal alkohol syndrom og abstinenser<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Det kan bemærkes at familieambulatoriet i Region Syddanmark har prioriteret fondsmidler til transportudgifter.

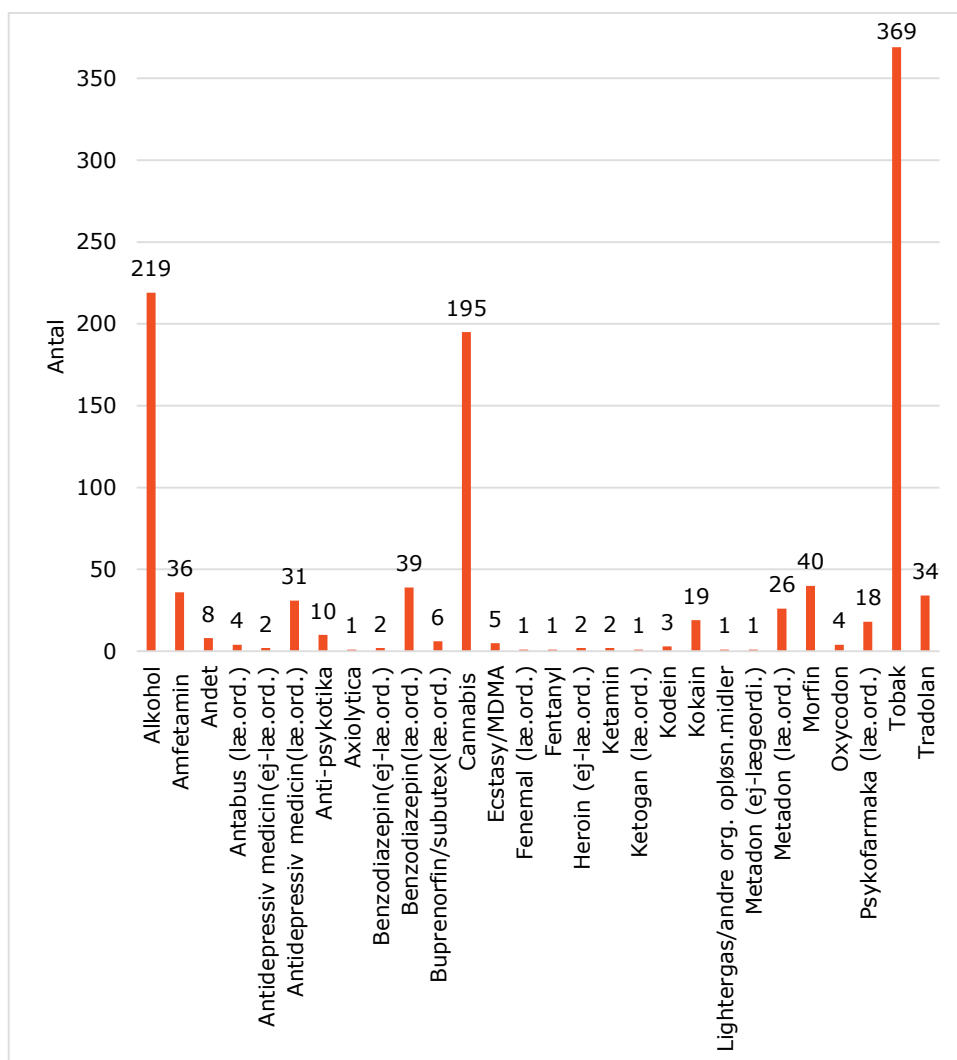
<sup>34</sup> Det skal dog bemærkes, at vi ikke ved, hvordan det var gået kvinderne og børnene, hvis de ikke var blevet henvist til familieambulatoriet. Der er med andre ord ingen kontrolgruppe.

### 3.4.1 Udvikling i forbrug

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvor mange kvinder som enten nedsætter eller ophører med deres forbrug, og hvor mange hvis forbrug forbliver uændret eller stiger.

Analyserne er baseret på data fra Dansk Familieambulatoriedatabase. Datasættet består af oplysninger om udvikling i forbrug af rusmidler og type af rusmidler opgjort ved udskrivning. Det vil sige, at oplysningerne kun findes for kvinder med et afsluttet forløb. Det samlede datasæt bestod af 1.932 registreringer fordelt på forskellige forløb og kvinder. Oplysninger om rusmiddelforbrug manglede i 504 af disse registreringer. Datasættet er derudover rensset for dupletter (hvor alle oplysninger for den samme kvinde var identiske). Figur 3.20 er derfor baseret på 1.084 registreringer.

Figur 3-20 Antal kvinder med et forbrug af et eller flere rusmidler/medikamenter (2011-14)



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (det samlede antal rusmidler er 1.084)

Note: Medikamenter/rusmidler, som er registreret flere gange ved den samme kvinde, tælles kun en gang.

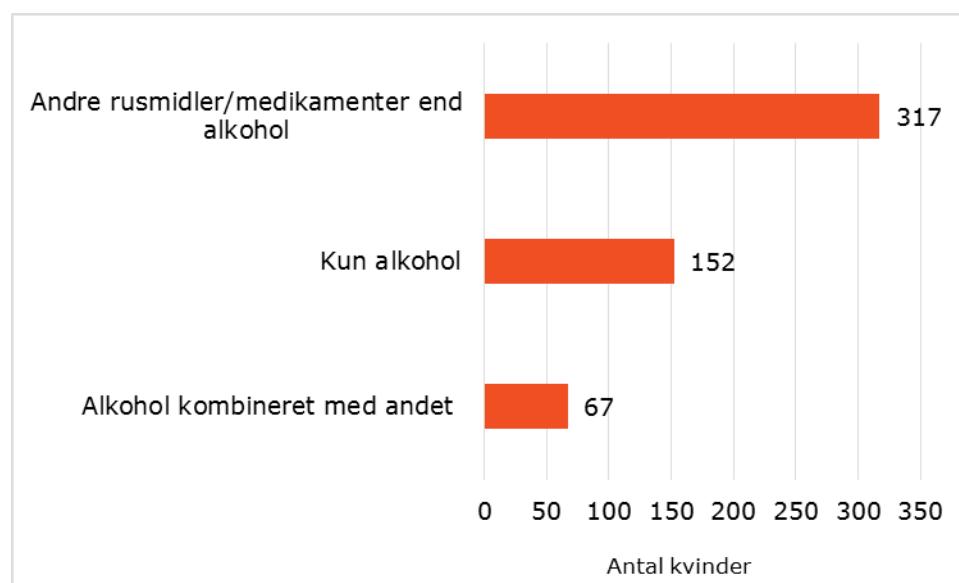
Figur 3-20 viser, hvor mange kvinder, der har et forbrug af forskellige rusmidler. De to mest hyppigt benyttede rusmidler/medikamenter er alkohol og cannabis. Kvin-

derne kan godt forbruge flere medikamenter/rusmidler, f.eks. fordi de har et kombineret forbrug eller i forbindelse med forskellige forløb ved familieambulatorierne. Af figuren fremgår det, at alkohol (219 kvinder) og cannabis (196 kvinder) er de hyppigst benyttede rusmidler efterfulgt af morfin (40), læge-ordineret benzodiazepin (39 kvinder) og amfetamin (36 kvinder). Derudover kommer et meget stort antal kvinder (369) med et tobaksforbrug).

Når figuren viser et hyppigt forbrug af alkohol, skyldes det at mange kvinder har et blandingsforbrug, hvor alkohol ofte indgår som ét af rusmidlerne.

Som vist i ovenstående figur, er i alt 219 kvinder registreret med et forbrug af alkohol. I Figur 3-21 viser vi, hvordan kvinderne fordeler sig i forhold til, om de har et kombineret forbrug af alkohol og andre rusmidler/medikamenter, kun et forbrug af alkohol eller et forbrug af andre rusmidler/medikamenter andet end alkohol<sup>35</sup>. Analysen er baseret på i alt 537 kvinder, hvor der i databasen var angivet mindst et rusmiddel/medikament (andet end tobak).

Figur 3-21 Antal kvinder med et forbrug kun af alkohol, et kombineret forbrug eller andet forbrug end alkohol i perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=537)

Note: Opgjort ved udskrivning. Opgjort for kvinder, hvor der er registreret mindst et rusmiddel på tværs af den enkelte kvindes samlede forløb (undtagen tobak).

Som det fremgår af figuren, har 151 kvinder et forbrug, hvor alkohol er angivet som det eneste rusmiddel/medikament, mens 67 kvinder har et blandet forbrug af alkohol og andre rusmidler/medikamenter, mens de resterende 317 er registreret med andre rusmidler/medikamenter end alkohol.

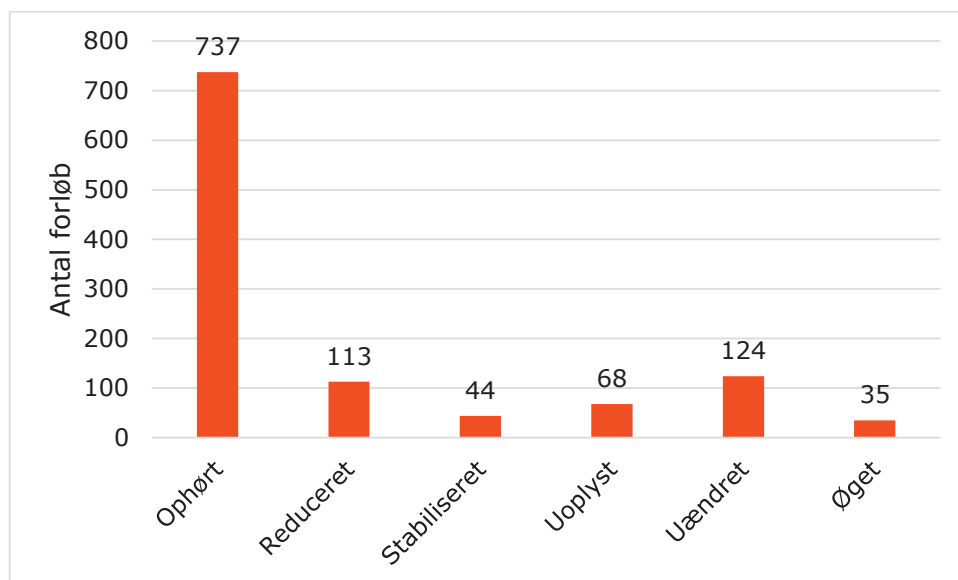
Der er således 28 % af kvinderne, hvor alkohol er det eneste rusmiddel. Ifølge familieambulatorierne udgøres denne gruppe typisk af unge med et 'binge drinking'

<sup>35</sup> Tobak er ikke medregnet i analysen

forbrug før erkendt graviditet. Den største gruppe af kvinder udgøres dog af gruppen med et forbrug andet end alkohol (60%).

Figur 3-22 viser antallet af forløb, hvor kvinden enten ophører, reducerer eller stabiliserer sit forbrug samt kvinder, der har et øget eller uændret forbrug ved endt graviditet. Som det fremgår af figuren, ender størstedelen af forløbene med at kvinderne helt stopper med deres forbrug (737 ud af 1.121 forløb). Det skal bemærkes, at målet dog ikke altid er, at kvinderne helt stopper deres forbrug – men derimod at det stabiliseres. Det gælder bl.a. kvinder i behandling med metadon eller subutex, som indgår i et led af behandlingen, og hvor det vurderes at der er en høj risiko for tilbagefald. Det gælder også de kroniske smertepatienter, hvor et fuldstændigt ophør kan betyde, at smertene bliver så overvældende at patienten immobiliseres helt. Ifølge familieambulatorierne, er langt de fleste af de gravide, der fortsat har et forbrug efter deres forløb, smertepatienterne.

Figur 3-22 Udvikling i forbrug (antal forløb) i perioden 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.121 forløb)

Note: Opgjort ved udskrivning (analysen er rensset for dupletter – det vil sige forløb hvor år, region, patient og forløbsudvikling var identisk)

Samlet set er det evaluators vurdering på baggrund af tallene i FA databasen, at familieambulatorierne bidrager til en væsentlig reduktion af de gravides rusmiddelforbrug mens de følges i ambulatoriet og frem til udskrivning efter barsel. Rusmiddelforbrug kan generelt betragtes som risikoadfærd i forhold til hyppigheden af fosterskader. Evaluator kan ikke på baggrund af tallene sige noget om i hvilken udstrækning risikoen for eller hyppigheden af fosterskader er blevet reduceret som følge af familieambulatoriernes virksomhed.

### 3.4.2 FAS, abstinenser og aborter

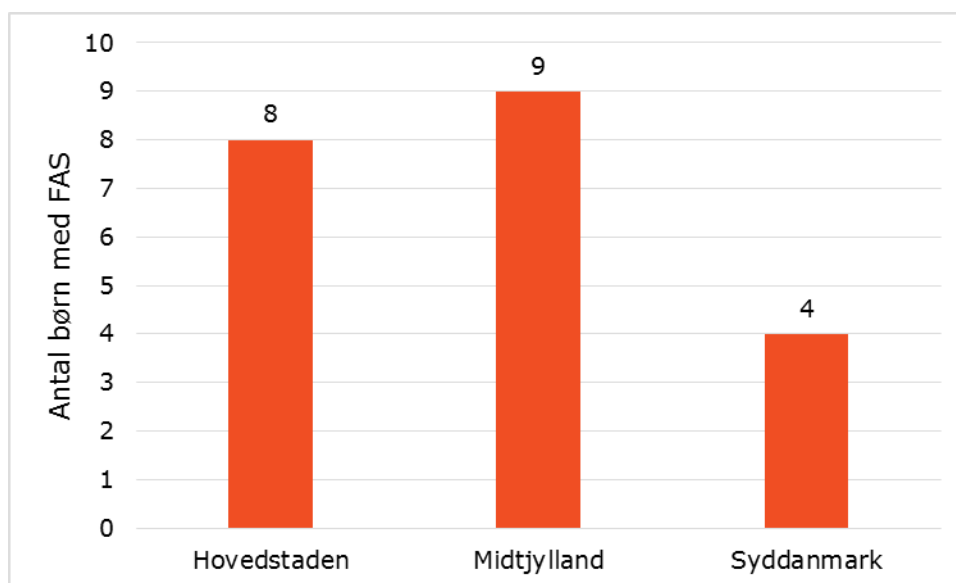
Oprindeligt har den samlede familieambulatorie model udgangspunkt i et obstetrisk regi. Børneforløbene er relativt nye. Dette kan ifølge flere familieambulatorie ledere

være en del af forklaringen på, at data på børneområdet også er mere begrænset end på graviditetsdelen.

FA databasens egne tal er ikke godt egnede til at sige noget om årsagen til ændringer i forekomsten af fosterskader og provokerede og spontane aborter. Nedenfor præsenterer vi nogle af de mere beskrivende tal, som databasen indeholder. Det skal dog bemærkes, at tallene ikke er dækkende for alle relevante udfald. Det har dog ikke været muligt at medtage informationer om fosterskader andet end føtalt alkohol syndrom og abstinenser, grundet datakvaliteten. Der er derfor begrænsede data, som relaterer sig til effekter på børneforløbene.

Figur 3-23 viser antal børn som fødes med FAS (føtalt alkohol syndrom) fordelt på region over fire år. Det drejer sig i alt om 21 børn. Der er ingen registreringer i Region Nordjylland og Region Sjælland. De fleste registreringer ses i Region Hovedstaden, som også har det største antal forløb<sup>36</sup>. Da der kan være stor forskel på, hvornår diagnosen stilles, kan der derfor være en stor underrapportering i Databasen (som kun indeholder information om FAS, hvis diagnosen stilles inden for det første år). Derudover kan børnene blive henvist efter fødslen (og dermed allerede have udviklet FAS, når de begynder ved familieambulatoriet).

Figur 3-23 Forekomst af børn med føtalt alkohol syndrom fordelt på region (antal) i årene 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=21)

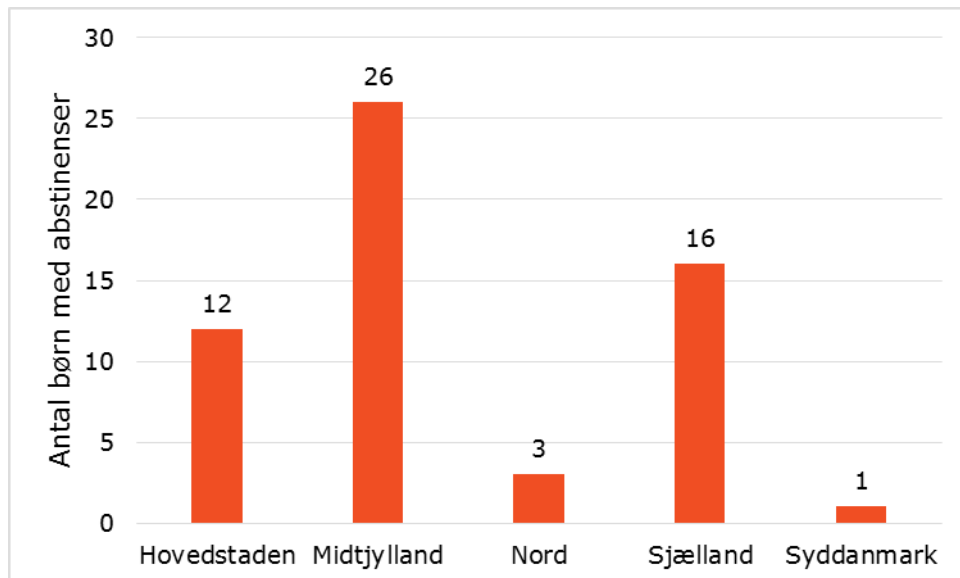
Figur 3-24 nedenfor viser antallet af børn, som udvikler abstinenser efter fødslen fordelt på regionerne. Forskellen afspejler, at der er stor forskel på, hvor mange børn, der er i de forskellige regioner. Da der kun er meget få registreringer, er det ikke muligt at sige noget om udviklingen over tid. Tallene giver dog ikke et fyldestgørende billede af, hvor mange af børnene som reelt er belastede af følgevirkninger af, at blive udsat for rusmidler, f.eks. i form af sansevanskeligheder, misdannelser o. lign. Derudover kan de regionale forskelle i forekomsten ikke tolkes, som

<sup>36</sup> På baggrund af de tilgængelige data, er det ikke muligt at vurdere, om der er sket et fald i forekomsten over tid.



forskelle i effekten, da antallet af registrerede børn med abstinenser og FAS afhænger af antallet af børn totalt set samt sammensætningen af brugerne (deres risikoprofil).

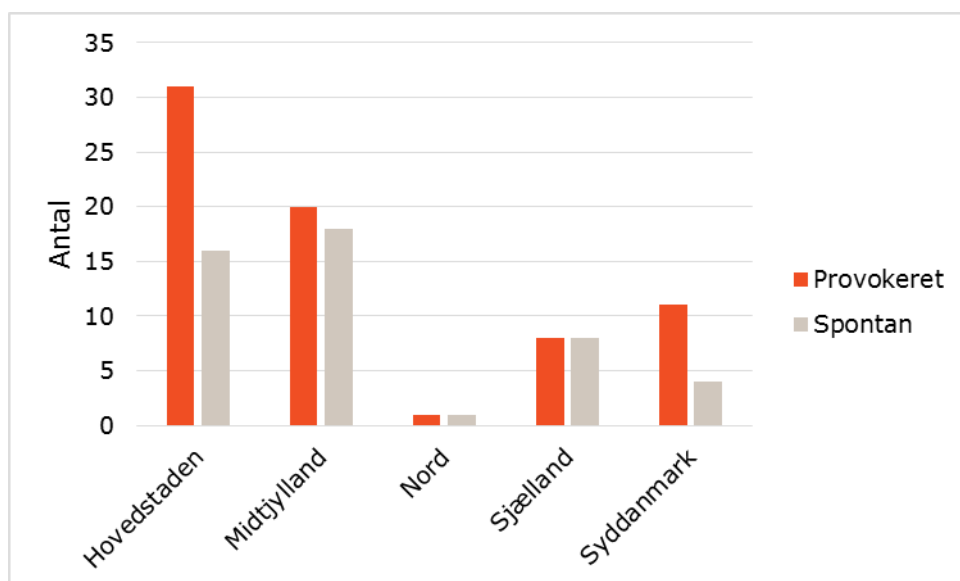
Figur 3-24 Forekomst af børn, som udvikler abstinenser (antal totalt for årene 2011-14)



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=58)

Figur 3-25 viser antallet af spontane og provokerede aborter fordelt på region. Tallene reflekterer, at der er stor forskel på antallet af gravide i regionerne. Det skal derudover bemærkes, at en spontan abort er en indikator på et negativt fødselsudfald (grundet helbredsmæssige komplikationer), mens provokerede aborter knytter an til, at graviditeten er uønsket, hvilket både kan skyldes sociale eller helbredsmæssige årsager. Det skal bemærkes, at der kan være en underrapportering af aborter, fordi kvinder, som ønsker en provokeret abort, typisk ikke ses af familieambulatorierne, men visiteres videre til den relevante gynækologiske afdeling.

Figur 3-25 Antal spontane og provokerede aborter fordelt på region i årene 2011-14



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=118). Note: Opgjort ved udskrivning

### 3.4.3 Brugerperspektivet

I dette afsnit præsenterer vi resultaterne af en interviewundersøgelse blandt familieambulatoriernes patienter samt kondenserede case beskrivelser udarbejdet af familieambulatorierne. I alt gennemførte vi otte interviews med patienter, hvoraf tre interviews var med plejefamilier. Ud over case beskrivelser og interviews med patienter, har vi i forbindelse med en besøgsrunde på alle familieambulatorierne talt med medarbejderne om deres vurdering af brugernes udbytte. Dette materiale er også medtaget i afsnittet og fungerer som supplement til brugerinterviewene.

Vi har valgt at præsentere resultaterne for plejefamilierne separat, da deres situation er markant anderledes end de øvrige informanter.

#### Plejefamilierne

Ingen af de tre plejefamilier havde tidligere haft kontakt med familieambulatorierne, som de alle vurderer meget positivt. Plejefamilierne fremhæver både støtte af emotionel og praktisk karakter og fremhæver familieambulatoriernes særlige viden og ekspertise: *"De [familieambulatoriet] har en viden, som man ikke kan få fra bøger"*. Ifølge plejefamilierne findes denne viden hverken hos egen læge eller kommunen, fordi de ikke har erfaringer nok med børnene. En anden plejeforældre forklarer endvidere, at det giver større tryghed *"at de professionelle kan fortælle, at vi gør det rigtige"*. På den måde yder medarbejderne i familieambulatorierne også støtte af mere følelsesmæssig karakter ift. at klare de udfordringer, der ligger i, at have et barn med særlige behov.

Udover at bidrage med viden og vejledning fremhæver plejefamilierne også hjælp i forhold til samarbejde med den kommunale sagsbehandling og med at skabe forståelse for deres plejebørns særlige behov i daginstitutioner og blandt de øvrige instanser. I tekstboksen viser vi en case story vedrørende en plejefamilie, udarbejdet af familieambulatorierne selv og i Bilag C har vi vedhæftet yderligere to case stories.

En af plejefamilierne fortæller bl.a., at familieambulatoriet deltog i et møde med kommunen og hjalp med sikre, at deres plejebarn kom i en specialinstitution. Familien vurderer, at plejebarnet *"ikke var kommet så langt uden deres hjælp"*. Plejeforældrene har derigennem en opfattelse af, at have en "sparringspartner", som kan tale deres sag. Det kan f.eks. handle om at forklare andre, at børnene har behov for at bliver skærmet for alt for mange stimuli og forklare at det ikke er udtryk for at plejeforældrene er overbeskyttende. En anden plejeforælder fortæller f.eks., at børnehaven var bekymret for hans plejebarns udvikling *"her var de [Familieambulatoriet] inde over og forklare, at for de her børn der ser man altså ikke de store fremskridt – det handler mere om trivsel"*.

Personalet fra familieambulatorierne vurderer også, at plejefamilierne er meget glade for tilbuddet. De forklarer bl.a., at de dårligst fungerende børn typisk kommer i plejefamilie, og at plejefamilierne derfor har et stort behov for vejledning, fordi det kræver en stor indsats og specialviden, hvis plejeforløbet skal lykkes: *"Det at have de her børn – det kan være meget belastende selv for velfungerende familier... (...)...Vi havde en familie som stod og græd da vi afsluttede, fordi de følte sig helt alene"*. (Interview, FA personale).

### **Historien om Mette – om den rolle en plejefamilie spiller og om FAs samarbejde med kommunen**

Mette er 17 år og gravid. Hun ses første gang af en læge i sygehus regi på grund af sin unge alder. Her møder hun med sin kæreste. De er begge positivt indstillede over for graviditeten. Mette har kontakt med kommunen, som har etableret et skoleforløb på fire time om ugen. Mette henvises til Familieambulatoriet, da en urinprøve viser positiv for hash. 27 uger henne graviditeten konstateres en svær vækstretardering af fosteret og ved 28. uge genfindes en positiv test for hash. Personalet på Familieambulatoriet bliver mere og mere bekymrede; Mette taber sig og barnet vokser ikke som det skal. Mette indlægges derfor for at få ro på situationen og sikre at hun får regelmæssige måltider og mindre udsættelse for hash. Mette udskriver dog sig selv, men kommer til regelmæssige kontrol.

Otte uger før termin foretages et akut kejsersnit og barnet indlægges på neonatalafdelingen. Mettes kæreste er på dette tidspunkt i fængsel, men får lov at deltage i fødslen. Kommunen beslutter at barnet skal anbringes og finder en plejefamilie under indlæggelsen på hospitalet. Plejemoren kommer daglig på neonatalafdelingen, hvor barnet observeres for abstinenser. Her forberedes plejemoren til at skulle have barnet. Mette og hendes kæreste får samvær med barnet 1 time 2 gange om ugen.

Barnet ses i Familieambulatoriet, da han er tre måneder gammel. Her vurderer personalet, at plejemoren har en god kontakt med barnet, som også vurderes til at være aldersvarende i sin udvikling. Han har dog svært ved at falde i søvn, sover uroligt om natten og bliver urolig og utryk, når han overvældes af stimuli. Familieambulatoriet vurderer derfor, at det er vigtigt at skærme barnet.

Mette bor ikke i samme region som sin mor, og det er kommunen på morens adresse som har ansvaret for Mette, da hun ikke er fyldt 18. Det er dog kommunen på barnets fødested, som får ansvaret for barnet. Familieambulatoriet skal derfor koordinere indsatsen mellem de to kommuner. Familieambulatoriet rådgiver bl.a. kommunens socialrådgiver om forældrenes samvær med barnet. Efter seks måneder er drengens udvikling stadig aldersvarende, men han er dog stadig sensitiv over for lys og lyde.

*(Kilde: Baseret på kondenseret case beskrivelse udarbejdet af FA. Navnene er opdigtede for at sikre brugerens anonymitet. Case tilpasset af evaluatør.)*

Plejefamilierne vurderer også at børneundersøgelserne og de psykologiske tests er et godt redskab til at følge med i børnenes udvikling.

Personalet beretter, at familierne kan opleve stor frustration ift. barnets udvikling og derfor har behov for at få vide, at de gør det rigtige. Samtidigt har de ofte også behov for opbakning i forhold til de kommunale forvaltninger, som ikke altid har en forståelse for børnenes behov: *" Vi råder dem til at skærme børnene, hvor forvaltningerne oplever, at de er meget pylrede, men hvor vi så kan støtte dem i, at de gør det rigtige. Det, de kan være frustrerede over, er, at deres egne ord ikke vejer tungt nok i forvaltningen, fordi de ikke har den samme faglighed som vi har som fag-professionelle".*

Kvinderne selv

Brugere med et aktuelt eller tidligere forbrug af alkohol, rusmidler og og/eller smertestillende medicin vurderer også generelt indsatsen som positiv – omend lidt mere blandet end plejefamilierne. Personalet i Familieambulatoriet og deres samarbejdspartnere har selv peget på, at det ikke er alle, som reagerer lige positiv på at blive henvist til Familieambulatoriet, da det godt kan opleves som stigmatiserende og skamfuldt. Dette billede genfinder vi også i interviewene med brugerne. En af informanterne forklarer, at hun var meget skeptisk over for hvad Familieambulato-

riet kunne tilbyde, fordi det var hendes indtryk, at det var *"et sted for familier med problemer"*, hvilket hun ikke selv kunne genkende sig i. Informanten forklarer dog, at hun senere blev meget positivt overrasket: *"Men det billede fik de [Familieambulatoriet] fuldstændigt vendt – det er for alle og jeg tror det redder mange"*. En anden informant pointerer bl.a. at det var afgørende, at medarbejderne lagde vægt på, at indsatsen var for barnets skyld.

Det er ikke alle de interviewede patienter, som har helt samme positive oplevelse, f.eks. forklarer en af informanterne, at hun oplever, at hun helt generelt bliver sat i bås, fordi hun tidligere har haft en depression: *"De gamle ting hænger fast ved os – og forfølger os. De tror ikke på, at det ser anderledes ud i dag. De har ikke lyttet – især socialrådgiveren"*.

Der er også flere kvinder, som peger på, at de har haft et rigtigt godt samarbejde med socialrådgiverne. Informanterne fremhæver både den faglige, praktiske og emotionelle støtte, de har fået. Én fortæller blandt andet at socialrådgiverne hjalp hende med at udfylde papirer til kommunen og hjalp med at sikre at hendes søn fik den hjælp han havde brug for. Samtidigt forklarer hun, at hun også har kunnet bruge socialrådgiveren som aflastning for sine frustrationer.

Flere interviewede peger på, at personalet er imødekommende og støttende og er gode til at overlevere informationer, når der sker noget nyt: *"Det starter allerede med sekretæren, hvor man føler sig taget godt imod...Det er personligt, og det er jo vigtigt for det er jo en hel familie det drejer sig om"*. En anden fremhæver genkendelighed og kontinuitet, som blandt andet betød, at hun ikke skulle fortælle sin historie flere gange. Dette understreges også af en tredje, som peger på, at det er en stor fordel at Familieambulatoriet er en samlet enhed *"så man ikke skal henvende sig syv forskellige steder"*. Hun fremhæver også, at Familieambulatoriet kender familien og at hun altid kunne ringe ind. Hendes søn lider af astma og hun har flere gange oplevet at blive afvist i lægevagten *"fordi de ikke kunne se på ham at han er syg"*. Det skete ikke hos familieambulatoriet *"fordi her tror de på mig"*. Hun fortæller endvidere, om et tidspunkt, hvor hendes søn blev indlagt på intensiv *"og så stod der pludseligt en medarbejder fra Familieambulatoriet, som bare lige ville tjekke op på hvordan det gik"*. En anden forklarer også, at forløbet gav hende stor tryghed i forbindelse med at hun skulle trappe ud af sit metadonforbrug: *"Jeg havde det rigtigt dårligt og rystede over det hele og jeg havde det forfærdeligt. Så ringede jeg til Familieambulatoriet, som indlagde mig, så jeg kunne få lidt ro på. Så de tog hånd om mig"*.

Samlet set vurderer kvinderne familieambulatorierne positivt og de vurderer, at indsatsen har gjort en stor forskel for dem selv og deres børn.

Familieambulatorierne vurderer selv, at brugerne generelt er positive. Flere medarbejdere peger på, at brugerne oftest er glade for jordmødrene, som giver dem opmærksomhed og omsorg: *"Der er mange af de her patienter, som aldrig har oplevet, at have en person som ville dem, og som ikke forsvinder. Det er den personkontakt, som jordemødrene giver dem, som får dem til stabilisere"*.

Personalet peger på, at de hjælper kvinderne til at få opmærksomhed på deres barn gennem den hyppige kontakt, hvilket er med til at motivere kvinderne til at reducere eller ophøre med deres forbrug. De vurderer bl.a. at det er med til at fo-

rebygge lange indlæggelser efter fødslen, fordi barnet ikke får abstinenser: *"Hver dag tæller for et foster, så hvis bare vi kan reducere indtaget eller hjælpe med at stabilisere forbruget, så gør det en stor forskel."*

Relationen til brugerne kan dog godt være kompleks, hvorfor flere medarbejdere peger på at deres oplevelser kan være lidt mere blandet: *"Og forældrene bliver rigtigt kede af det hvis barnet skal fjernes – der kan de godt føle sig dolket af jordmoderen, selvom vi forklarer dem, at vi har underretningspligt. Men jo mere direkte vi er, jo bedre er kontakten"*

Flere medarbejdere peger også på, at en del patienter er meget negative, når de bliver henvist. Den typiske reaktion er at blive væk fra aftalerne. Det er et gennemgående tema, at der hvor vanskelighederne opstår er, når kvinderne har en sag i kommunen og er bange for, hvad familieambulatoriet fortæller videre. Derudover forklarer medarbejderne, at der er en del kvinder, som ikke føler sig som en del af målgruppen: *"Mange som kommer her, føler ikke, at de er misbrugere. Her hjælper vi med at få fokus på, at det handler om barnet, og de fleste vil jo gerne deres barn det bedste. Vi hjælper dem også med at erkende, at de måske ikke selv kan tage sig af deres barn"*.

Derudover fortæller medarbejderne, at en del af kvinderne har meget dårlig samvittighed, fordi de ikke har vidst at de var gravide, mens de havde et forbrug: *"Her kan vi hjælpe med at komme over den dårlige samvittighed – og de føler det som en sikkerhed, at de bliver undersøgt her, så de kan få at vide, at de ikke har skadet deres barn"*

Medarbejderne peger på, at tillid er centralt for samarbejdet med kvinderne. Flere peger på at tilgængelighed og kontinuitet i forløbet fra graviditet til børneforløben spiller en vigtig rolle for at skabe en tillidsfuld relation, men at denne overgang ikke altid fungerer optimalt, fordi indsatsen i børneforløben har mere funktion af kontrol. Nogle af kvinderne kan derfor godt opleve børneundersøgelserne som "en eksamenssituation". Flere medarbejdere peger på, at deres vigtigste funktion ift. børneforløben er at sikre, at barnet får den fornødne støtte derhjemme eller at sikre at barnet kommer i de rigtige institutioner.

## 4 Konklusion

De regionale familieambulatorier er oprettet som et resultat af en satspuljebevilling givet i 2008 og på baggrund af en organiserings- og interventionsmodel, der på det tidspunkt havde været anvendt ved Hvidovre hospital i en årrække. Det er evalueringens hovedkonklusion, at alle fem regionale ambulatorier i dag er vel etablerede i gynækologisk-obstetrisk afdeling og indgår som en fast bestanddel af de regionale sundhedstilbud til den relevante målgruppe, nemlig gravide kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter; gravide som inden for de sidste par år har haft et afhængighedsforbrug af rusmidler eller afhængighedsskabende medikamenter samt; børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler<sup>37</sup>.

Familieambulatorierne leverer en sundheds- og en social ydelse, hvis kompleksitet ikke må undervurderes. Ambulatoriernes indsats er kompliceret på en række forskellige dimensioner:

- › Den går på tværs af faggrænser: jordemoder, obstetriker, psykolog, pædiater, socialrådgiver og sekretær
- › Den er tværsektoriel og går dermed på tværs af regions- og kommunegrænser og hænger sammen med for eksempel rusmiddelcentrenes indsats.
- › Den vedrører en målgruppe med meget komplekse fysiske afhængigheds- og sociale problemer og
- › Den vedrører både gravide kvinder, deres ufødte børn, familier (primært barnefader), børn op til skolealderen – og i nogen tilfælde børnenes plejefamilier.

Det er ligeledes en del af hovedkonklusionen, at familieambulatorierne givet *sværhedsgraden* af de patienter og emner de arbejder med, leverer en indsats som i høj grad er værdsat af de samarbejdende kommuner, rusmiddelcentre samt samarbejdspartnere internt på sygehusene. Og en indsats som ligeledes er værdsat af

---

<sup>37</sup> Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. COWI, 2013 (pp 18-19) fandt at "*Gruppens problematikker er derfor komplicerede og mange facetterede og der er behov for tæt støtte og opfølgning. Forløbet bør være flerstrengt og involvere behandling såvel som sociale foranstaltninger, med henblik på at sikre en optimal støtte for kvinderne og det ufødte barn.*" Familieambulatorierne rammer netop denne målgruppe.

patienterne. Dette baserer evaluatoren på relativt få interview med patienter, pårørende og plejefamilier, som understøttes af interviewdata fra interview med samarbejdspartnere, FA personalets egne vurderinger og ikke mindst af det forhold, at frafaldsprocenten blandt kvinderne er meget lav: Meget få kvinder afviser tilbuddet og totalt set gennemfører 95% af de henviste kvinder deres forløb.

Ambulatorierne er succesfuldt etableret blandt andet på baggrund af en dedikeret indsats blandt det involverede personale. Indsatsen er karakteriseret ved engagerede 'ildsjæle'. Ambulatorierne er nu veletablerede men har samtidig fremadrettet en række udfordringer, hvor engagement og 'ildsjæle-indsats' ikke alene er tilstrækkeligt. Udfordringerne omfatter:

- › Ledelseskompetencer i ambulatorierne til at kunne håndtere en stadig mere udfordret ressourcesituation bliver i høj grad et succeskriterie fremadrettet.
- › Der er fortsat mange kommuner, som har meget få kvinder/familier der bliver fulgt i ambulatorierne. Henvisningsgraden og dermed dækningsgraden varierer meget.
- › Der er indgået meget få konkrete kommunale samarbejdsaftaler.
- › Samarbejdet med kommunale alkohol- og stofmisbrugsbehandlingssteder kan forbedres væsentligt.

Dette og andre forhold sættes der fokus på i de følgende detaljerede konklusioner, som supplerer den overordnede konklusion.

### Målopfyldelse

Antallet af henvisninger er steget markant i perioden. Denne udvikling viser blandt andet, at kendskabet til familieambulatorierne blandt samarbejdspartnere er steget. Samtidigt viser evalueringen en række skævheder i henvisningsmønstrene og at der stadig er en del kvinder i målgruppen, der ikke opspores. Det er en konklusion fra evalueringen, at der skal arbejdes systematisk med at rette op på disse skævheder og sikre øget opsporing. Der er flere områder, hvor der skal sættes ind:

- › Langt de fleste henvisninger kommer fra jordemødre.
- › Som udgangspunkt er alle gravide kvinder til 1. svangrebesejg hos egen læge. Man må derfor forvente, at de praktiserende læger opsporer og henviser hovedparten af kvinderne til ambulatorierne. Det er dog kun 24% af kvinderne henvist til familieambulatorierne, som er henvist af egen læge<sup>38</sup>. Fremadrettet er der en væsentlig opgave i at forbedre dette. Familieambulatorierne kan her lære af hinanden. Et familieambulatorie modtager 39% af sine henvisninger fra egen læge, et andet kun 3%. En medvirkende årsag til den store forskel kan være, at der har været gennemført kommunale forsøgsprojekter i den første region<sup>39</sup>. En anden forklaring kan være forskelle i opfølgelsesmetoder.

<sup>38</sup> Tallene i afsnittet er hentet fra FA databasen. De er foreløbige og konklusionerne der baserer sig på tallene må ligeledes anses for at være foreløbige.

<sup>39</sup> Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. COWI, 2013 (s. 19) peger på "...at introduktionen af et øget, systematisk fokus på alkohol i for-

Uanset forklaring er pointen, at ambulatorierne kan lære af hinanden, blandt andet om hvordan man skaber kendskab og opmærksomhed blandt praktiserende læger.

- › Kommunerne er relativt svagt repræsenteret i henvisningsmønsteret, selvom de qua socialforvaltninger, sundhedsplejersker, alkohol- og stofmisbrugsbehandlinger, etc. har en meget bred kontaktflade til målgruppen. Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. COWI, 2013 (s. 24) peger på eksempler på, hvordan man kan styrke samarbejdet mellem familieambulatorie og kommune, som også er relevant her: "*Samarbejdet mellem det regionale familieambulatorium og kommunerne er beskrevet i en samarbejdsaftale i regi af sundhedsaftalen, der beskriver rammerne for samarbejdet både før og efter fødslen....Aftalen beskriver blandt andet indhentelse af samtykke til overførelse af information mellem parterne. Desuden beskriver aftalen udarbejdelsen af handleplaner og behandlingsplaner. Planen beskriver den langsigtede kommunale indsats og de sundhedsfaglige tilbud til familien/barnet.*"
- › Familieambulatorierne er blevet kendt og anerkendt. Det er især de store kommuner og kommuner lokaliseret i fysisk nærhed af de sygehuse, hvor familieambulatorierne er fysisk tilstede, der har borgere i et forløb ved ambulatorierne. Evalueringen viser samtidig, at der fortsat er '*hvide pletter*' på landkortet. Der er således enkelte kommuner, hvorfra der ikke er patienter og i alt har 40 kommuner ingen eller få forløb (9 eller færre)<sup>40</sup>. Det skal dog bemærkes at oplysningerne er baseret på brugerens seneste adresse, hvilket ikke altid vil være den henvisende kommune, f.eks. hvis brugeren er flyttet. Forholdet indikerer dog, at variationen mellem kommunerne er en del af '*mørketal*' problemet – og problemstillingen må medtænkes i det fremadrettede arbejde<sup>41</sup>.
- › Der er et stort '*mørketal*' af potentielle patienter<sup>42</sup>. Evaluator foreslår fremadrettet, at samarbejdet med de kommunale rusmiddel- og alkohol centre intensiveres og at regionerne og kommunerne overvejer, hvordan man kan nå de mange potentielle patienter, som ikke nås i dag.

---

*bindelse med svangrekonsultationerne både i almen praksis og i jordemoderpraksis, kan være med til at opspore gravide med et risikabelt forbrug af alkohol."*

<sup>40</sup> Data i afsnittet er hentet fra FA databasen. De er foreløbige og konklusionerne der baserer sig på tallene må ligeledes anses for at være foreløbige.

<sup>41</sup> Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. COWI, 2013 (s. 19) peger på endnu en '*mørketal*' problemstilling: "*Ingen af projekterne har opsporet mere ressourcestærke gravide med et risikoforbrug af alkohol. Denne gruppe er muligvis endnu mere vanskelig at opspore end de socialt udsatte, der som oftest har vist sig at have kontakt til kommunen i forvejen.*"

<sup>42</sup> Tallene i afsnittet er hentet fra FA databasen. De er foreløbige og konklusionerne, der baserer sig på tallene, må ligeledes anses for at være foreløbige.



Det er en konklusion, at familieambulatorierne endnu ikke har været igennem en fuld cyklus – og at man først i 2017 vil have børn, der har været igennem et fuldt forløb (fra mor er blevet fulgt i graviditetsperioden til barnet selv har nået skolealderen). Ambulatorierne mærker allerede i dag det stigende arbejdspress, som er forbundet med det voksende børnetal. Selve interventionsmodellen bliver dermed også udfordret. Det er evaluators forslag, at dimensioneringen af interventionsmodellen revurderes i forhold til den samlede ressourcebelastning over de syv år fra første henvisning af en gravid til afslutningen af børneforløbet. Ligeledes kan ressourcebelastningen og fordelingen imellem faggrupperne genovervejes i denne sammenhæng.

## Effekt

Der kan ud fra en ren evidensbaseret betragtning ikke konkluderes noget håndfast om familieambulatoriernes effekt. Det tillader data ganske simpelt ikke.

Baseret på tal i FA databasen peger evalueringen på, at størstedelen af kvinderne som følges i familieambulatorierne ophører med forbrug af alkohol og cannabis i graviditetsperioden, som er langt de hyppigst benyttede rusmidler<sup>43</sup>. Tallene siger dog ikke noget om tilbagefald efter endt graviditetsforløb.

Der er registreret gennemsnitligt fem børn årligt med FAS, mens der er registreret lidt flere børn, der udvikler abstinenser ved fødslen. Det er dog ikke muligt at afgøre, hvorvidt disse antal er relateret til familieambulatoriets indsats.

Samlet set er det evaluators vurdering på baggrund af tallene i FA databasen, at familieambulatorierne bidrager til en reduktion af de gravides rusmiddelforbrug mens de følges i ambulatoriet og frem til udskrivning efter barsel<sup>44</sup>. Rusmiddelforbrug kan generelt betragtes som risikoadfærd i forhold til forekomsten og hyppigheden af fosterskader. Evaluator kan ikke på baggrund af tallene sige noget om i hvilken udstrækning risikoen for eller hyppigheden af fosterskader er blevet reduceret som følge af familieambulatoriernes virksomhed.

## Organisering

Familieambulatorierne må forvente en støt stigende patientpopulation efterhånden som opsporingen bliver forbedret, mørketallet bliver reduceret og børnepopulatio-

---

<sup>43</sup> En helt ny rapport fra Københavns Universitet anslår, at alkoholforbrug under graviditet generelt er faldet: *"Samlet set tyder opgørelserne i denne rapport på, at alkoholforbruget i forbindelse med graviditet er faldet i løbet af de sidste 15 år. I år 2013 rapporterede 83 % af de gravide et alkoholforbrug omkring 12. graviditetsuge på nul genstande pr. uge, mens 40 % angav mindst én forekomst af episodisk højt alkoholforbrug, typisk tidligt i graviditetsforløbet."* Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Rapport udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Gitte Lindved Petersen, Ulrik Schiøler Kesmodel og Katrine Strandberg-Larsen, marts 2015, s. 8).

<sup>44</sup> Afsnittet er baseret på data hentet fra FA databasen. De er foreløbige og konklusionerne der baserer sig på tallene må ligeledes anses for at være foreløbige.

nen er komplet i 2017. Det kommer til fremadrettet at stille krav til ambulatoriernes driftskompetencer, herunder stordriftskompetencer. Det er evaluators konklusion, at dette fremadrettet er et meget vigtigt fokuspunkt. Ambulatorierne er nu godt etableret – fremadrettet skal selve driften sikres og kvaliteten af indsatsen løbende forbedres. For eksempel må man forvente, at jo bedre man bliver til at forhindre fosterskader på børnene (pga. tidlig opsporing og de gravides ophør med rusmiddelforbrug), jo færre børn skal man rent faktisk efterfølgende følge frem til skolealderen.

Det er en konklusion, at dette også kommer til at stille krav til interventionsmodellen og den tværfaglige organisering. Koordinering og videndeling mellem familieambulatoriets faggrupper har været vigtig i etableringsfasen for at opnå den gensidige forståelse og respekt for hinandens fagligheder. Men koordinering og videndeling er også tidskrævende og det stigende patientpres vil fremadrettet stille krav til at så meget personaletid som muligt rettes mod patientkontakt. Den tilpasning af den 'rene' Hvidovre model, der af praktiske og ressourcemæssige årsager allerede har fundet sted, vil dermed nødvendigvis skulle fortsætte.

Familieambulatorierne er generelt set blevet en eksplicit del af sundhedsaftalerne mellem de kommunale og regionale parter. Det er en konklusion, at en væsentlig organisatorisk milepæl dermed er nået, hvilket giver gode overordnede forudsætninger for, at fortsætte det tværsektorielle samarbejde fremadrettet. Rammer som skal indholdsfyldes konkret. Der er stadig for få konkrete samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne med kommunerne på familieambulatoriets område. Dette skal der rettes op på fremadrettet i prioriteret rækkefølge – f.eks. i forhold til de kommuner der i forhold til indbyggertal i dag henviser få og meget få gravide i målgruppen. Det samme gælder samarbejdet med de kommunale og private rusmiddelinstitutioner. Evaluator foreslår, at samarbejdet med denne gruppe institutioner fremadrettet skal prioriteres strategisk, f.eks. ved at familieambulatorierne henviser sine patienter til behandling ved alkohol- og rusmiddelinstitutionerne.

FA ledergruppen har sikret en stabil organisatorisk ramme omkring etableringen af ambulatorierne og deres drift. Samarbejdet på tværs sikrer videndeling. Videncenteret har i opstartsfasen og frem til midtvejsevalueringen spillet en central rolle i forhold til at koordinere, sprede viden, oprette hjemmeside, gennemføre eksterne kurser og give telefonrådgivning, samt ansøge om midler til oprettelse af FA databasen. Der var da også på dette tidspunkt generelt tilfredshed med Videncenterets indsats. Siden da og op til og under slut-evalueringen har Videncenteret ikke fungeret tilstrækkeligt tilfredsstillende. Centeret skulle blandt andet videreudvikle FA forandringsteorien, fortsætte arbejdet med fælles retningslinjer for det tværfaglige behandlingsforløb, udvikle en fælles formidlingsstrategi og videreudvikle den fælles hjemmeside, ligesom det ville være forventeligt at Videncenteret havde etableret overblik over f.eks. målgruppen (størrelse, demografi, etc.) og den kommunale dækningsgrad. Der er således fortsat en række fremadrettede behov på tværs af ambulatorierne og det er ikke afklaret hvorvidt og hvordan de kan løses.

## Bilag A Liste over interviewpersoner

### Region Hovedstaden

#### *Ansatte*

- › Pernille Ploug, Jordmoderen i familieambulatoriet
- › Amandip Christiansen Kaur, lægesekretær i familieambulatoriet
- › Stine Theut, Psykolog i familieambulatoriet
- › Lone Kristensen, socialrådgiver i familieambulatoriet
- › Lene Avlund Olsen, speciallæge i familieambulatoriet
- › Anne Thalsgaard Jørgensen, overlæge St. Hans
- › Birgit Bødker, overlæge på Hillerød Hospital
- › May Olofson, leder af familieambulatoriet

#### *Interne samarbejdspartnere*

- › Anne Vils Pedersen, vicechefjordmoder, Herlev Hospital
- › Benedikte Pallesgaard, barselsafdelingen, Hvidovre Hospital
- › Rikke Louise Stenkjær, afdelingssygeplejerske, Rigshospitalet

#### *Eksterne samarbejdspartnere*

- › Christina Wind, projektmedarbejder på Reden
- › Katrine Nordbjærg Thomasen, Københavns Kommune
- › Klaus Wilman, Center for Familiepleje
- › Linda Malmgren, Gladsaxe Kommune
- › Lisbeth Blom, Sundhedsplejerske i Bornholms Regionskommune
- › Susanne Paulsen, sundhedsplejerske i Gladsaxe Familie- og Ungecenter

#### *Brugere*

- › Bruger 1
- › Bruger 2

### Region Midtjylland

#### *Ansatte*

- › Charlotte Blohm, psykolog i familieambulatoriet
- › Jennifer Vikre-Jørgensen, overlæge på Odense Universitetshospital
- › Jens Tomsen, socialfaglig leder på familieambulatoriet
- › Merete Hein, lægefaglig leder familieambulatoriet
- › Sille Richter, Jordemor på Herning Sygehus
- › Susanne Høgh, Psykolog familieambulatoriet

#### *Interne samarbejdspartnere*

- › Ann Fogsgaard, Chefjordemor på Herning Sygehus
- › Joan Dürr, Chefjordemor på Odense Universitetshospital
- › Joke Habben, Afdelingsjordemor på Aarhus Universitetshospital
- › Rikke Eliassen, afdelingsjordemoder på Skejby Sygehus

#### *Eksterne samarbejdspartnere*

- › Jesper Dengsøe, leder Familiehuset Aarhus Kommune

- › Mette Christensen, leder af Centre for rusmiddelbehandling i Ikast-Brandeborg kommune
- › Åse Mandøe, leder af behandlingsinstitutionen Nordlys
  
- › *Brugere*
- › Bruger 1
- › Bruger 2

## Region Nordjylland

### *Ansatte*

- › Daiva Gulbinaite, pædiater i Familieambulatoriet
- › Dorthe Holme, RN Socialfaglig koordinator, Familieambulatoriet
- › Jane Thøgersen, Jordemoder, Familieambulatoriet
- › Lisbeth Bak Socialfaglig koordinator, Familieambulatoriet
- › Louise Møller Schmidt, Psykolog, Familieambulatoriet
- › Margrethe Møller, leder Familieambulatoriet
  
- › *Interne samarbejdspartnere*
- › Carina Widén Zakhary, Afdelingslæge Sygehus Vendsyssel
- › Ghita Rosenbeck, Afsnitsledende sygeplejerske på Aalborg Universitetshospital
- › Lisbeth Hammer, Chefjordemor på fødegangen, Aalborg Universitetshospital
- › Pernille Laugesen, afsnitsledende sygeplejerske på Aalborg Universitetshospital
- › Pia Christensen, overlæge på Thisted sygehus
  
- › *Eksterne samarbejdspartnere*
- › Ellen Fredsgård, sundhedsplejerske i Aalborg Kommune
- › Janni Krogh, socialrådgiver i Aalborg Kommune
- › Jonna Nørgaard, socialrådgiver i Aalborg Kommune
  
- › *Brugere*
- › Bruger 1
- › Bruger 2
- › Bruger 3

## Region Sjælland

### *Ansatte*

- › Anne Benedicte Hansen, psykolog i familieambulatoriet
- › Lene Friis, socialrådgiver i familieambulatoriet
- › Mette Søndergaard Christensen, jordemoder i familieambulatoriet
- › Susanne Mejlbj Nielsen, børnelæge i familieambulatoriet
- › Susanne Arntoft Glavind, sekretær i familieambulatoriet
- › Vibeke Vestermark, leder af familieambulatoriet
- ›
- › *Interne samarbejdspartnere*
- › Helle Lund, Jordemor på Holbæk Sygehus

- › Hristo Stantchev, overlæge på børneafdelingen på Næstved Sygehus
- › Michael Ballegaard, Økonomi- og planlægningschef i Region Sjælland
- › Stina Madsen, afdelingssygeplejerske på Næstved Sygehus
  
- › *Eksterne samarbejdspartnere*
- › Ulla Nielsen, Socialrådgiver, Børnerådgivningen i Lolland Kommune
  
- › *Brugere*
- › Bruger 1

## Region Syddanmark

### *Ansatte*

- › Christina Heldarskard, socialrådgiver i familieambulatoriet
- › Eva Krog Pedersen, psykolog i familieambulatoriet i Sønderborg
- › Inge Ibsen, leder af familieambulatoriet
- › Stine Damm Börjeson, socialrådgiver i familieambulatoriet
- › Tina Vedstesen, socialrådgiver familieambulatoriet på Esbjerg sygehus
- › Trine Lynddahl, jordemor på Familieambulatoriet i Esbjerg

### *Interne samarbejdspartnere*

- › Bjarne Rønde Kristensen, Ledende overlæge for Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Odense Universitetshospital
- › Frank Nielsen, overlæge på Esbjerg sygehus
- › Jane Maria Lyngsø, Fødselslæge på Esbjerg Sygehus
- › Jannie Lundof Nissen, Afdelingssygeplejerske på Børneafdeling på Odense Universitetshospital
- › Marianne Jakobsen, ledende overlæge på Kolding Sygehus

### *Eksterne samarbejdspartnere*

- › Bente Callesen, misbrugsbehandler i Nyborg Kommune
- › Inge Fugl, overlæge på alkoholcenter
- › Lene Hylleberg, sundhedsplejerske
- › Marianne Bang, familieafdelingen i Esbjerg Kommune
- › Mie Jakobsen, socialrådgiver i Nordfyns Kommune
- › Pia Bjørnhardt Schmidt, socialrådgiver i Faaborg-Midtfyn Kommune
- › Sonja Serup Hansen, sundhedsplejerske, Odense Kommune
- › Susanne Paulsen, sundhedsplejerske i Gladsaxe Familie- og Ungecenter
- › Trine Jensen, behandler i misbrugscenter

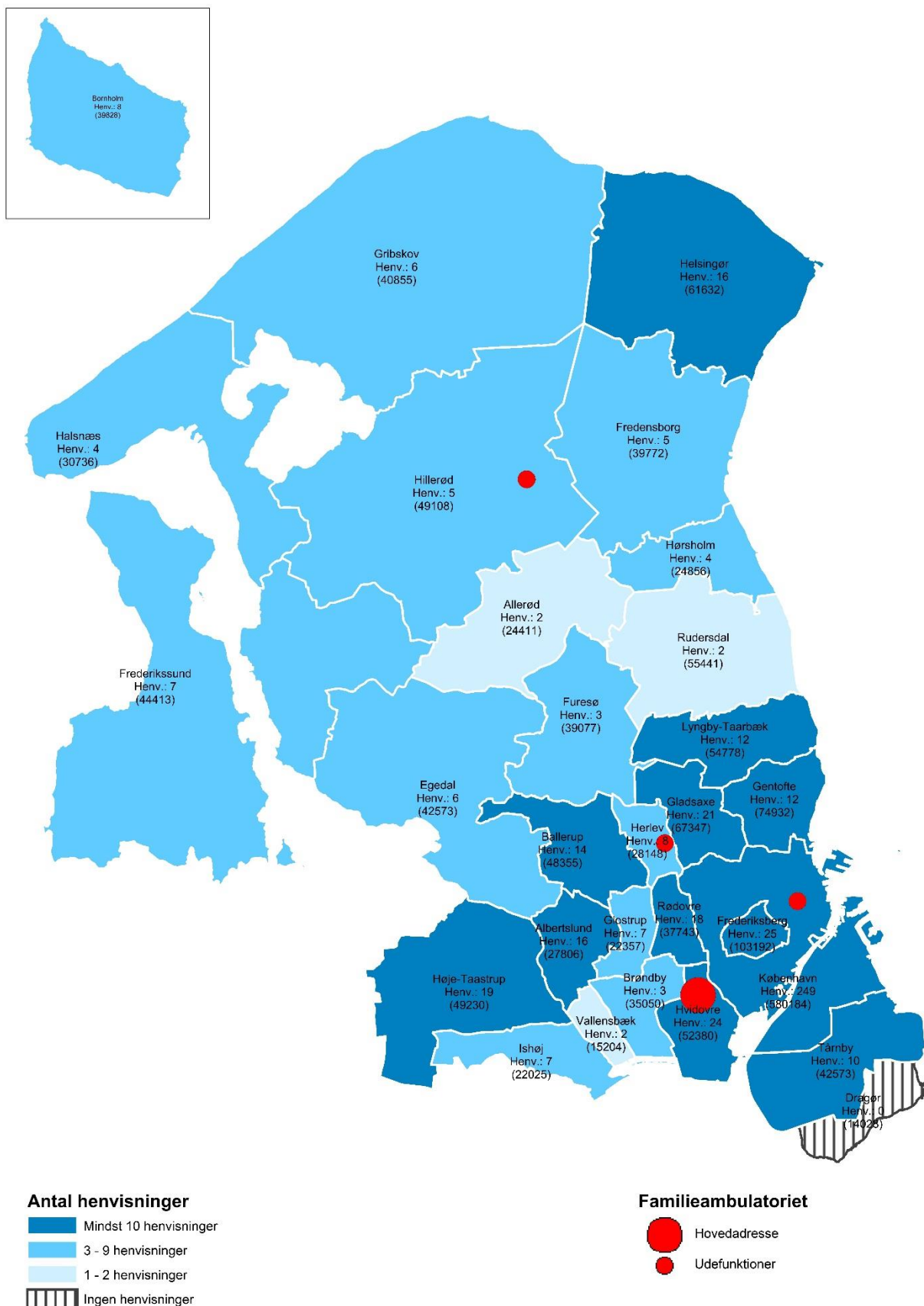
### *Brugere*

- › Bruger 1
- › Bruger 2

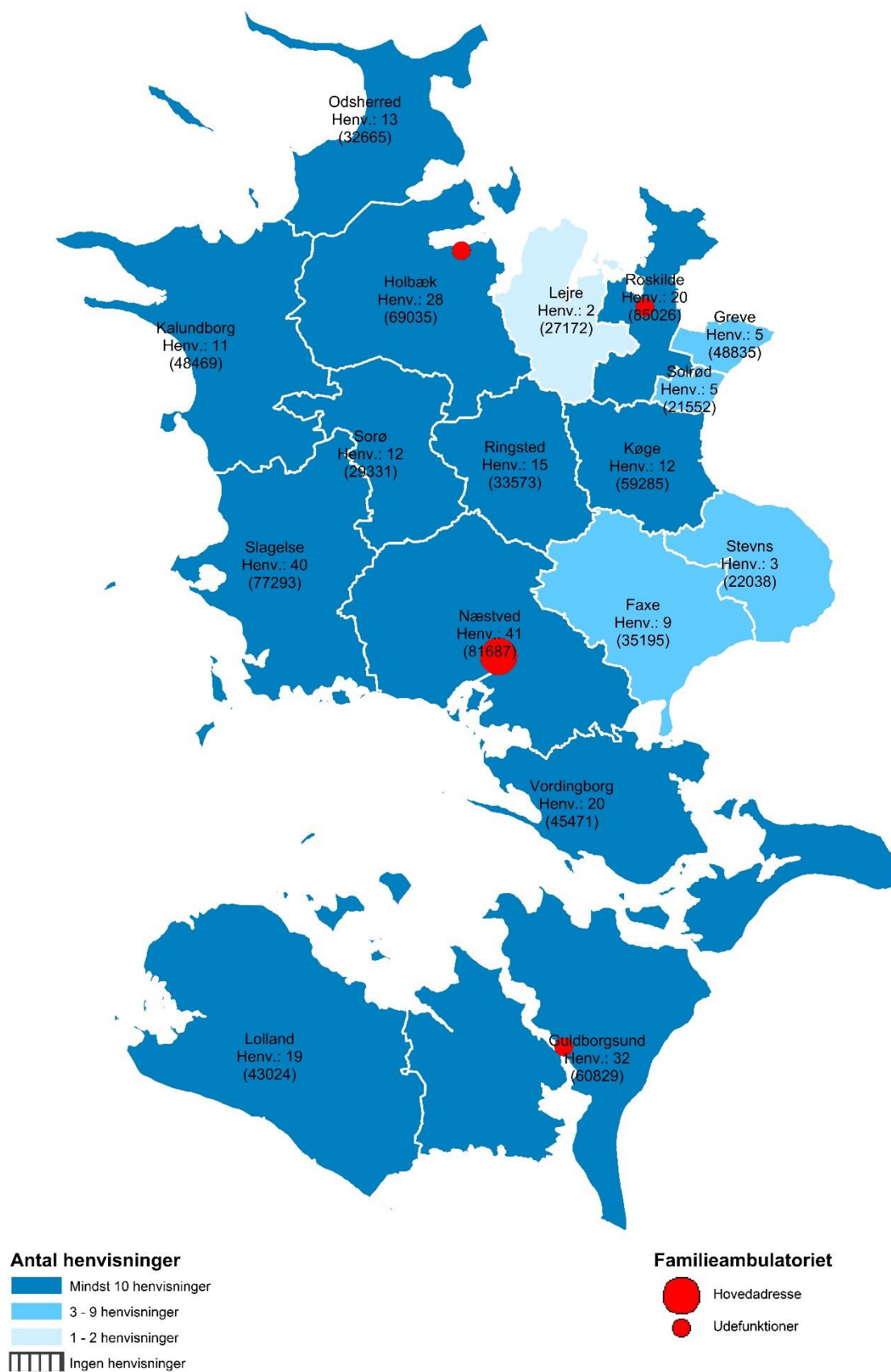
### Videncenteret

- › Bjarne Rønde Kristensen, Ledende overlæge for Gyn-Obs Afd., OUH
- › Charlotte Wilken-Jensen, Ledende overlæge, Gyn-Obs Afd., Hvidovre
- › Thyra Nors, fuldmægtigt

## Bilag B Kommunal fordeling af henviste til Familieambulatorierne

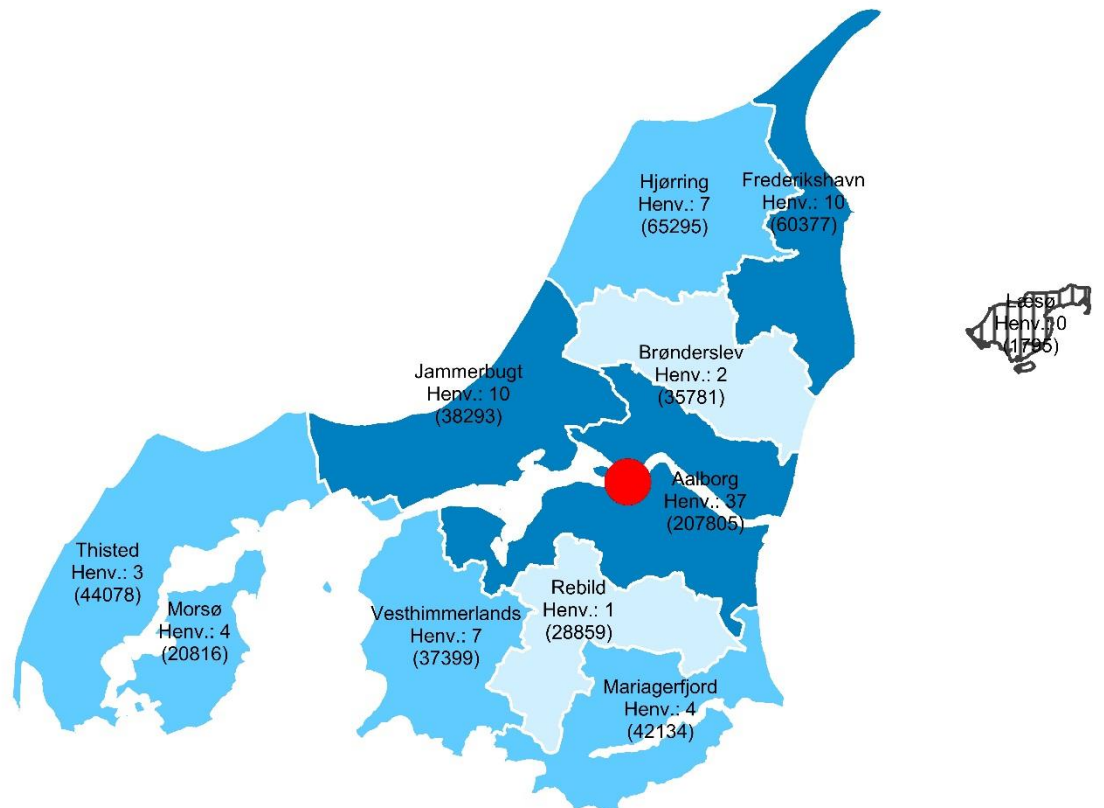


Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Dansk Familieambulatoriedatabase



Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Dansk Familieambulatoriedatabase





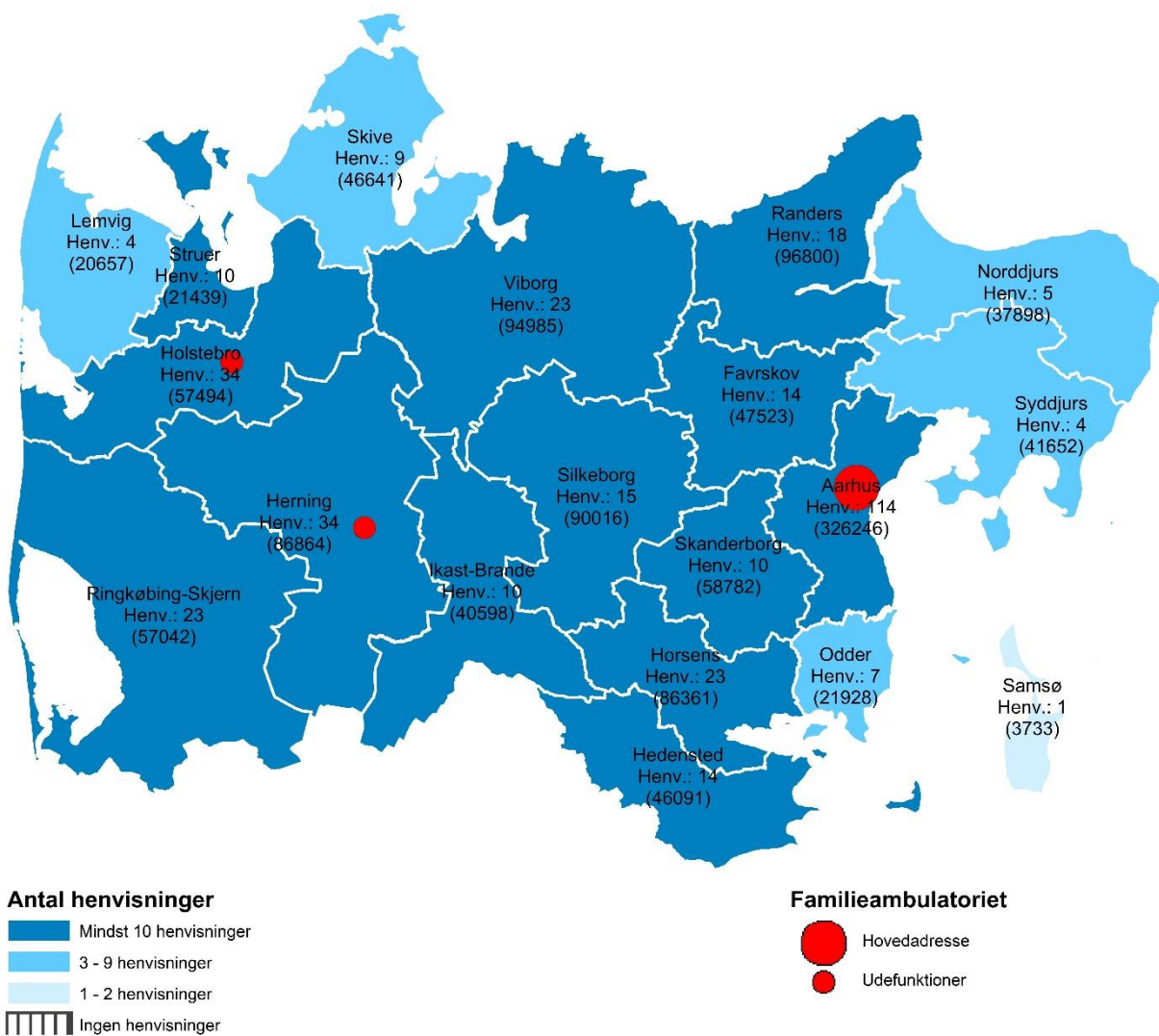
**Antal henvisninger**



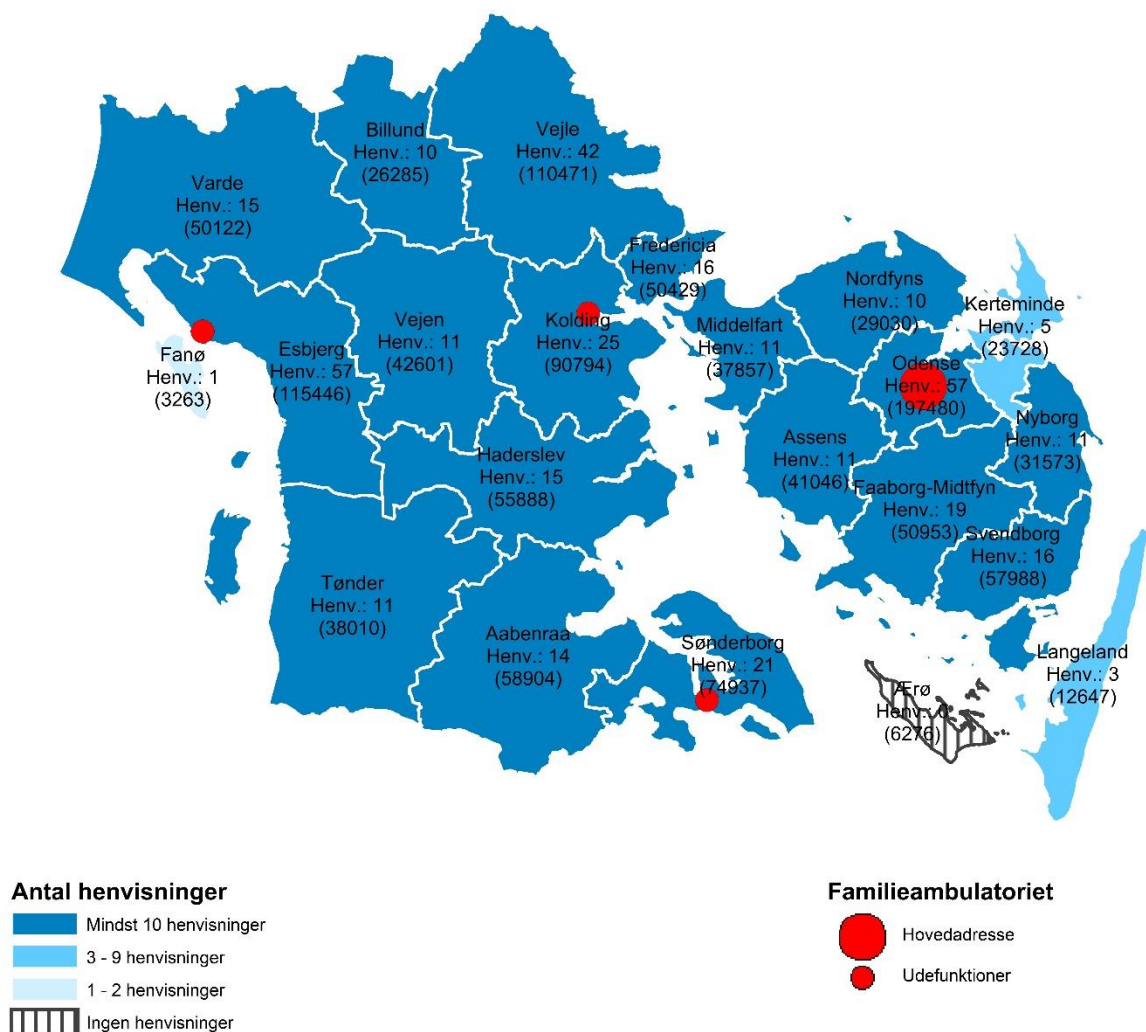
**Familieambulatoriet**



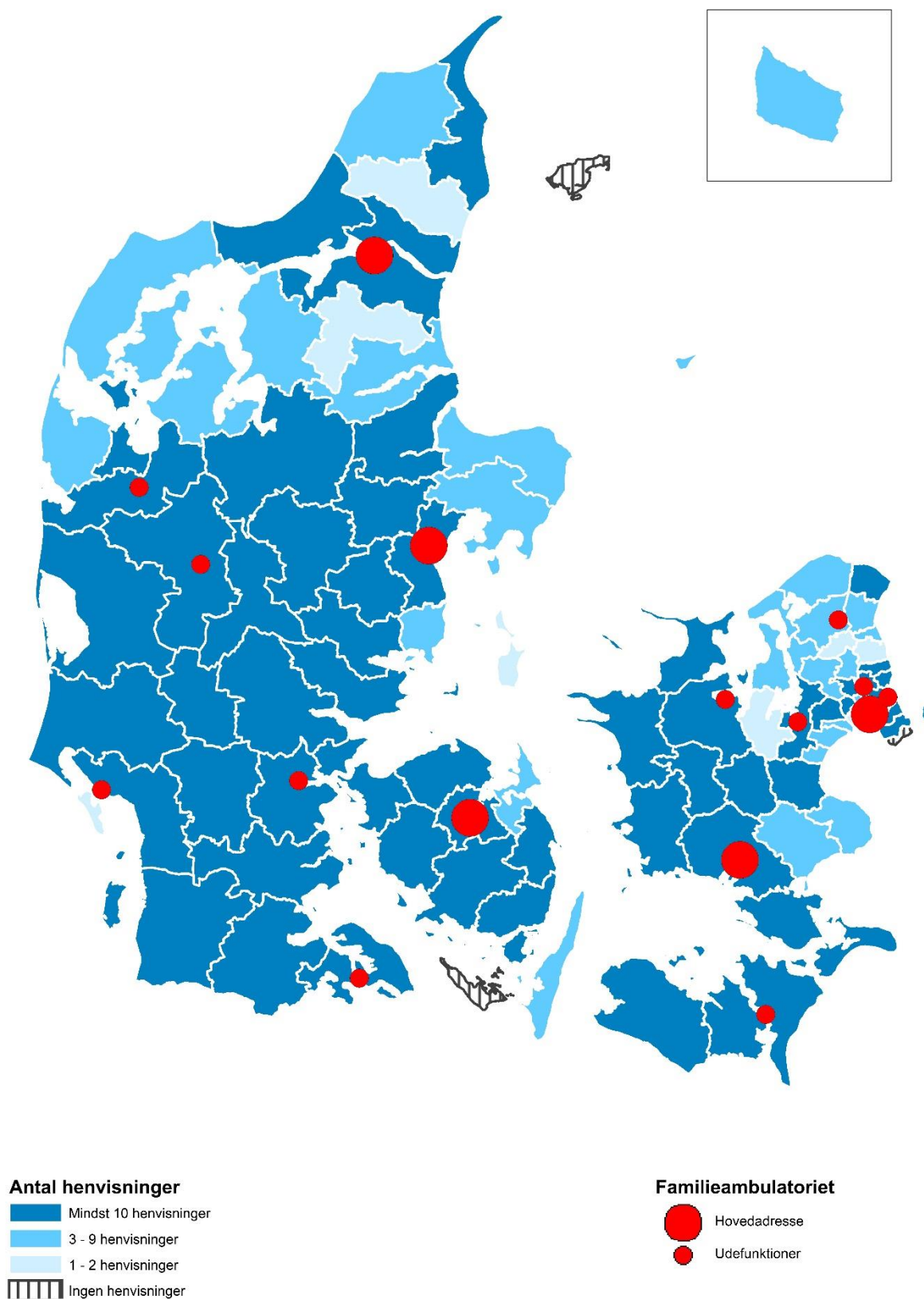
Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Dansk Familieambulatoriedatabase



Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Dansk Familieambulatoriedatabase



Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Dansk Familieambulatoriedatabase



Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Dansk Familieambulatoriedatabase

## Bilag C Case historier

### CASE STORY MICHELLE

27 årig kvinde, Michelle, henvises fra et herberg i København på grund af graviditet og afhængighedsforbrug af heroin og forbrug af forskellige andre rusmidler og afhængighedsskabende medicin. Hun tilbydes en tid i Familieambulatoriet samme dag og møder ledsaget af en medarbejder fra herberget til lægesamtale.

**Graviditeten** er uplanlagt, men ønsket. Har aldrig anvendt prævention. Har de sidste 2 måneder haft megen kvalme og opkastninger samt træthed, som hun først tolkede som sygdom eller abstinenser. Hun har meget uregelmæssige menstruationer og husker ikke hvornår sidst. Ved derfor ikke, hvor langt hun er i graviditeten. Graviditetstest positiv for 5 dage siden. Ryger dagligt heroin, cannabis (hash) og 15-20 cigaretter. Har derudover et vekslende, men dagligt forbrug af stesolid, 15 – 40 milligram, som hun skaffer sig dels på gaden, dels hos egen læge. Drikker ikke alkohol.

**Barnefar samt den sociale situation:** Barnefaderen Dennis er 30 år og afsoner en længerevarende narkotikadom. Michelle skal derfor være alene med barnet. De har kendt hinanden ca. 2 år og boet sammen i hans lejlighed i ca. ½ år, indtil han blev varetægtsfængslet for ca. 1 år siden. Siden da har hun været boligløs og boet lidt rundt omkring på herberger og hos bekendte. Hun er skrevet op til egen lejlighed og får kontanthjælp. Dennis har en 6 årig datter fra et tidligere forhold, som er i plejefamilie. Han har ingen kontakt med hende.

**Tidligere:** 3 provokerede aborter, sidst for 1 år siden. Ingen børn. Michelle har i perioder siden 18 års alderen haft perioder med depressionssymptomer, men har aldrig været i behandling eller undersøgt nærmere. Hun har haft underlivsbetændelse flere gange, sidst for ½ år siden.

**Rusmidler:** Michelle begyndte at ryge cigaretter, da hun var 12 år og cannabis, da hun var 13. Det blev hurtigt til et dagligt forbrug frem til 22 års alderen, hvor hun begyndte at ryge heroin. I perioder havde hun samtidigt forbrug af kokain. 24 år gammel søgte hun behandling i et rådgivningscenter, hvor hun blev sat i metadonbehandling, men hun afbrød behandlingen efter kort tid. Hun har ikke siden været i behandling.

**Opvækst og øvrige baggrundsforhold:** Michelle er nr. 2 af 3 søskende. Moderen arbejdede som kontorassistent, faderen som lagerarbejder. Forældrene blev skilt på grund af faderens alkoholproblemer, da Michelle var 8 år gammel. Hun var udsat for seksuelle overgreb 2 gange i 11 års alder fra en 25 årig ven af moderen. Fra 13 årsalderen fik Michelle tiltagende problemer i skolen og derhjemme og blev anbragt på en børne- og ungdomspension, da hun var 14 år gammel. Hun har 9 års skolegang uden 9. klasses afgangseksamen. 16 år gammel flyttede hun sammen med en 10 år ældre kæreste, som havde et dagligt hashforbrug. Hun har haft flere ufaglærte jobs af kortere varighed. Hun har et problematisk forhold til sin mor, ingen kontakt med sin far og sin 2 år ældre

bror, men et nogenlunde godt forhold til sin 3 år yngre søster. Har god kontakt med en moster og onkel.

**Forløb under graviditeten:** I forbindelse med journaloptagelse hos speciallæge i Familieambulatoriet informeres Michelle om den risiko for fostret, som er forbundet med hendes forbrug af heroin, cannabis, cigaretter og stesolid samt med hendes vanskelige sociale situation. Hun informeres om, hvilken hjælp hun og det kommende barn vil kunne få.

Hun informeres tillige om, at socialforvaltningens børne-familieafsnit skal inddrages for at sikre bedst mulig hjælp til hende og barnet, og at det er dem, der –, når barnet er født, - ifølge lovgivningen bestemmer hvilken hjælp og støtte, hun og barnet skal have i det videre forløb, herunder om hun får barnet med hjem efter fødslen. Det drøftes med hende, om hun har overvejet abort, eller vil overveje det, efter dagens informationer. Hun siger, at hun ikke er i tvivl om, at hun gerne vil have barnet, og at hun gerne vil have al den behandling, hjælp og støtte, som anbefales.

Michelle følges til ultralydsskanning for at afklare, hvor langt hun er i graviditeten, og bagefter genoptages lægekonsultationen i Familieambulatoriet til drøftelse af undersøgelses- og behandlingsplan.

Ultralydsundersøgelsen viser et levende foster svarende til 11 ugers graviditet. Michelle anbefales at blive indlagt og påbegynde en behandling med metadon. Hun anbefales tillige at tale med psykiater med henblik på afklaring af depressionssymtomer. Hun accepterer dette og indlægges akut til aflastning og opstart af metadonbehandling. Der bestilles tilsyn fra psykiatrisk afdeling, og socialforvaltningens børne- familieafsnit kontaktes med henblik på et møde snarest muligt. Under indlæggelsen tilser Familieambulatoriets læge og/eller jordemoder dagligt Michelle, og socialrådgiveren taler uddybende med Michelle om hendes sociale situation samt opvækst- og baggrundsforhold samt netværk. Hun tilbydes tillige samtaler med psykolog.

Den 1. tværsektorielle konference afholdes 3 uger senere med deltagelse af socialforvaltning, egen læge, det kommunale rådgivningscenter ("misbrugscen-ter"), sundhedsplejerske og sygeplejerske fra svangreafdeling og neonatalafdeling samt Familieambulatoriets team. Tillige deltager Michelle sammen med sin moster. Der lægges følgende behandlingsplan.

- > Snarest mulig udskrivning fra hospitalet til fortsat behandling og støtte i døgninstitution
- > Ugentlige undersøgelser/samtaler i Familieambulatoriet under ledsagelse af medarbejder fra døgninstitutionen
- > Fortsætte metadonbehandling og påbegynde langsom nedtrapning hvis muligt
- > Misdannelsesskanning i uge 18 og tilvækstskanning i uge 26 og 33
- > Urinkontrol på behandlingsinstitutionen og i Familieambulatoriet
- > § 50 undersøgelse og efterfølgende forældrereseurserundersøgelse
- > Anskaffelse af bolig
- > Moster og onkel er resursestærke og er netværk for Michelle

- › Ingen kontakt med barnefar under graviditeten (efter Michelles ønske). Michelle ønsker den fulde forældremyndighed
- › Tæt samarbejde og koordinering mellem de involverede fagpersoner (samtykke fra Michelle)
- › Aftaledato for nyt møde 2 måneder senere
- › Mødereferat skrives af Familieambulatoriets socialrådgiver og udsendes snarest muligt efter mødet til samtlige mødedeltagere.

**Det videre forløb:** Michelle udskrives en uge senere til døgninstitution. Efter 3 uger påbegyndes en langsom udtrapning af metadon. Psykiater har fundet tegn på lettere depression og anbefaler antidepressiv medicin i lav dosering. Michelle overholder alle de indgåede aftaler. Graviditeten forløber ukompliceret. Michelle er hver anden weekend på ophold hos moster og onkel.

Nedtrapning forløber (næsten) planmæssigt med få sporadiske tilbagefald med cannabisrygning i forbindelse med besøg hos en veninde og en enkelt gang med rygeheroin. Michelle er færdignedtrappet fra metadon 2 måneder før forventet fødsel, og har rene urinprøver. Hun ønsker sig udskrevet fra døgninstitutionen til sin moster og onkel, som har tilbudt, at hun i resten af graviditeten kan bo hos dem (de bor i eget hus i omegnen af København).

Ved opfølgende tværsektoriel konference planlægges den videre behandlingsplan, som omfatter et fortsat forløb i Familieambulatoriet hver uge (eller hver anden uge afhængig af det videre forløb). Michelle indskrives i det kommunale ambulatorium for "misbrugbehandling", hvor hun blandt andet følges med urinprøvekontrol. Michelles moster og onkel har, udover ophold hos dem, tilbudt at følge Michelle til alle de ambulante undersøgelser og samtaler frem til fødslen.

Michelle overholder fortsat alle aftaler og har rene urinprøver frem til fødslen. Hun føder ukompliceret til forventet tid en lille, velskabt pige på 3050 gram, som har det godt ved fødslen, og som indlægges i barselsafdeling sammen med sin mor i 7 dage. Familieambulatoriets teammedarbejdere tilser på skift mor og barn dagligt efter fødslen. Der foretages fortsat urinkontrol på moderen. Hun ammer. Der er før fødslen påbegyndt en forældreressurseundersøgelse, som skal færdiggøres efter fødslen. Socialforvaltningen har besluttet, at mor og barn skal have ophold på en mor-barn-institution til støtte og observation og til færdiggørelse af resurseundersøgelsen. Barnet skal sideløbende hermed følges i Familieambulatoriet hos læge og psykolog, første gang 1 måned efter udskrivning. Ved udskrivning fra hospitalet 7 dage efter fødslen har Michelle fået en P-stav som prævention.

Michelle og barnet ledsages af pædagog fra mor-barn-institutionen til de opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet. Efter 4 måneder afholdes et netværksmøde på institutionen, hvor også Familieambulatoriet og de øvrige samarbejdspartnere deltager. Efter 6 måneders ophold på mor-barn-institution udskrives mor og barn til egen, lejet lejlighed med efterbehandling i det kommunale "misbrugscenter", hyppig sundhedsplejerskebesøg i hjemmet, ambulante opfølgning hos psykiater, fortsat opfølgning af barnet hos læge og psykolog i Familieambulatoriet samt fortsat støtte fra moster og onkel.

Barnet er set i Familieambulatoriet ved 1 måneds alder, 3 og 6 måneders alder, ledsaget af Mor og pædagog fra institutionen, og senest ved 12 måneders alder, ledsaget af Mor og Moster. Barnet har ved alle undersøgelser været i fin trivsel og udvikling, og kontakten mellem mor og barn har været fin og upåfaldende. Sundhedsplejersken har deltaget ved 1 og 3 måneders undersøgelsen.

Efterfølgende er der sendt kopi af børneundersøgelserne til sundhedsplejersken, egen læge og socialforvaltningen. Michelles moster og onkel er fortsat netværk og følger Michelle til de forskellige aftaler og aflægger besøg i hjemmet mindst 2 gange ugentlig. Ti måneder gammel er barnet startet i vuggestue, og planen er, at Michelle skal starte i voksenundervisning.



## CASE STORY ANNA

34 årige Anna er henvist til Familieambulatoriet, idet hun har et aktivt hashforbrug. Hun har frem til erkendt graviditet haft et dagligt forbrug på ½ gram hash og har aktuelt i 12. graviditetsuge et forbrug på ½ gram 2-3 gange ugentligt. Hun bruger hash som selvmedicering mod dårlig søvn, tankemylder og uro. Hun ryger 10- 15 cigaretter dagligt.

Graviditeten er planlagt. Anna har haft 3 spontane aborter. Dette er den 1. graviditet, der er nået så langt. Hun har været meget generet af kvalme og træthed, men har fået det bedre nu.

Bor sammen med barnefar og 2 hunde, som hun er nært følelsesmæssigt knyttet til, i 2 værelses lejlighed på 70m<sup>2</sup>. Parret har kendt hinanden i 3 år og boet sammen det seneste år. Barnefar har netop fået nyt job langt fra hjemmet, og bor derfor kun hjemme i weekenden. I stedet er en af deres nærmeste venner flyttet ind i lejligheden, idet Anna har svært ved at være alene. Anna er på kontanthjælp.

Anna har været i behandling i psykiatrisk regi og er testet og udredt for ADHD, hvilket dog ikke har ført til behandling. Hun har via socialpsykiatrien fået tilknyttet en hjemmevejleder 2 timer ugentligt, med hvem hun har støttende samtaler. Hun får desuden NADA-behandling 2 gange om ugen for at få bedre søvn, dæmpe uro og tankemylder. Anna har skabt sig struktureret hverdag, hun har meget fokus på sund kost og madlavning.

Annas forældre blev skilt, da hun var lille, og hun har siden boet med mor og stedfar. Hun beskriver en barndom med mange svigt, fx er hun flere gange ikke blevet hentet i børnehave og hun blev ofte forsøgt afleveret tidligere end pædagogerne mødte ind. Dette angiveligt fordi moderen skulle passe sit arbejde. Hun blev slået af stedfaderen, hvilket moderen ikke troede på dengang. Dette førte til mange konflikter. Moderen døde af cancer for nogle år siden. Anna og hende nåede inden da at tale ud, hvorfor Anna også kan se at moderen har været en god mor. Anna har nogen kontakt med sin far og lillebror.

Anna beskriver, at hun har haft turbulente ungdomsår, begyndte at ryge hash som 14-årig, siden har hun suppleret med forbrug af mange andre former for rusmidler. Har i perioder også heftigt alkoholforbrug, aktuelt intet. Hun beskriver, hvordan hun som ung "hang ud" med de forkerte og blev indblandet i kriminalitet. Hun har således en dom for falskmøntneri og har i perioder haft nær tilknytning til rockermiljøet. Hun har haft flere voldelige kærester og er flyttet en del rundt.

Anna ses på ugentlig basis i Familieambulatoriet, skiftevis af læge og jordemoder/socialrådgiver med både samtaler og urinscreeninger. Hun giver i løbet af de første jordemodersamtaler i Familieambulatoriet udtryk for, at hun har et ønske om at stoppe sit hashforbrug, og vil nu gøre et forsøg på at hjælpe sig selv og ikke mindst sin lille ufødte dreng. Hun giver udtryk for, at hun får dårlig samvittighed over for sin lille dreng, hver gang hun ryger hash. Hun vil gerne henvises til misbrugscenteret, da hun har erkendt, at hun ikke selv har ressourcerne til at stoppe sit forbrug af hash. Hun magter ikke selv at tage kontakt til misbrugscenteret, dette

gør derfor Familieambulatoriet og i den forbindelse arrangeres et afrusningsforløb på svangreafsnittet. Det vurderes i samråd med Anna, at hun kan have gavn af den omsorg og støtte/pleje, som kan tilbydes her. Anna er indlagt i 5 dage, og har daglige besøg af Familieambulatoriet, og bruger ligeledes personalet på svangre til samtaler, især når hun synes at abstinenserne bliver for svære. Efter udskrivelsen fra svangre er Anna ophørt med at ryge hash.

Med udgangspunkt i Annas forhistorie, tages Familieambulatoriet kontakt til kommunen mhp. planlægning af et netværksmøde, derudover sendes henvisning til sundhedsplejersken og anmoder om graviditetsbesøg. Men inden netværksmødet når at blive afholdt, bliver Anna i GA 26+0 indlagt med truende for tidlig fødsel. Anna overflyttes akut til Rigshospitalet, da det er ikke muligt at stoppe fødslen og 1½ døgn senere føder Anna ved akut sectio en lille dreng på 830 gram. Efterfølgende har Anna et kompliceret forløb med mange smerter og feber, og bliver reopereret. Anna er i efterforløbet trist, meget træt og afkræftet, og har svært ved at være sammen med sin lille dreng så meget, som hun egentlig gerne ville.

Den lille dreng, Mads, overflyttes fra RH til neonatalafdelingen i Næstved ved 2 ugers alderen. Han har haft et efter alderen ganske ukompliceret forløb.

Anna er ved ankomsten fra Rigshospitalet fysisk medtaget grundet smerter og infektion, derudover er hun krisepræget og giver udtryk for angst og bekymring for sit lille barn, og med udgangspunkt i krisereaktionen etableres der via Familieambulatoriets psykolog støttende samtaler. Anna respondere godt på samtalerne, og der ses en mor, der fuldt ud varetager plejen af Mads, og der er følelsesmæssigt afstemt i forhold til sit lille barn, og at hun på bedste vis indgår i samspil med Mads.

Familieambulatoriet sørger for, at Anna inden udskrivelsen får anlagt Implanom, og der afholdes efterfødselssamtale.

Efter ca. 2 måneder udskrives den lille familie fra neonatalafdelingen, og inden udskrivelsen afholdes netværksmøde, men idet der undervejs i forløbet ikke ses nogen bekymring i mor-barnforholdet iværksættes der ikke yderligere fra kommunen, fraset sundhedsplejerske 1 gang/uge og fortsat støtte fra mentor 2 timer/uge.

Mads følges efterfølgende i Familieambulatoriet med trivsels- og opfølgende børneundersøgelser og udvikler sig normalt.