

AFRAPPORTERING

Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af
rusmidler

Udgivet af: Social- og Indenrigsministeriet og Sundheds- og
Ældreministeriet september 2015

KOLOFON

Af Social- og Indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet

ISBN: 978-87-7601-356-1

Social- og Indenrigsministeriet

Holmens Kanal 22

1060 København K

T: 33 92 93 00

Sundheds- og Ældreministeriet

Holbergsgade 6

1057 København K

T: 72 26 90 00

INDHOLD

KAPITEL 1: INDLEDNING OG SAMMENFATNING.....	6
1.1 Arbejdsgruppens sammensætning	6
1.2 Arbejdsgruppens opgave	6
1.3 Rapportens opbygning	7
1.4 Sammenfatning	9
KAPITEL 2: EKSISTERENDE VIDEN OM BØRN, DER FØDES MED RUSMIDDELSKADER.....	19
2.1 Rusmidlers skadesvirkning i forbindelse med graviditet.....	21
2.2 Antal børn, der får skader som følge af moderens forbrug af rusmidler	26
2.3 Opsamling	29
KAPITEL 3: EKSISTERENDE VIDEN OM MÅLGRUPPERNES RUSMIDDELFORBRUG.....	32
3.1 De fem delmålgrupper	32
3.2 Eksisterende viden om rusmiddelforbrug blandt kvinder i den fertile alder	37
3.3 Eksisterende viden om misbrug hos kvinder i den fertile alder	38
3.4 Eksisterende viden om gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer	38
3.5 Eksisterende viden om gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer....	39
3.6 Opsamling	43
KAPITEL 4: FAMILIEAMBULATORIERNES ROLLE	46
4.1 Familieambulatoriernes etablering	46
4.2 Familieambulatoriernes organisering og målgruppe	47
4.3 Rammen om tværsektorielt samarbejde	48
4.4 Henvisning til familieambulatoriet	50
4.5 Indsatsen i familieambulatoriet	51
4.6 Udfordringer i forhold til indsatsen	57

4.7	Opsamling	62
KAPITEL 5: AFDÆKNING, BEHANDLING OG ØVRIGE INDSATSER.....		64
5.1	Afdækning af forbrug og misbrug af rusmidler hos gravide kvinder	64
5.2	Behandlingstilbud til gravide Kvinder med et forbrug af rusmidler	69
5.3	Kommunernes børne- og familieafdelinger	81
5.4	Generel støtte efter serviceloven	83
5.5	Opsamling	84
KAPITEL 6: LOVGRUNDLAG FOR TILBUD OM TILBAGEHOLDELSE AF GRAVIDE KVINDER MED ET MISBRUG OG ERFARINGER HERMED.....		87
6.1	Tilbud om tilbageholdelse af gravide kvinder med et forbrug af alkohol	87
6.2	Tilbud om tilbageholdelse af gravide kvinder med forbrug af stoffer	90
6.3	Kommunale erfaringer med indgåelse af kontrakter.....	92
6.4	Opsamling	95
KAPITEL 7: ERFARINGER MED TILBAGEHOLDELSE I ANDRE LANDE ..		97
7.1	Erfaringer fra Sverige	97
7.2	Erfaringer fra Norge	98
7.3	Erfaringer fra Grønland.....	104
7.4	Opsamling	105
KAPITEL 8: PERSPEKTIVERING		107
8.1	En styrket indsats for de fem delmålgrupper	110
8.2	Modeller for tilbageholdelse af gravide kvinder med et misbrug i behandling.....	117
BILAG		128
Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe om gravide stof- og alkoholmisbrugere.....		128
Bilag 2: Liste over deltagere ved informationsmøde den 17. september 2014 for Folketingets Socialudvalg og Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg på Hvidovre Hospital		131
Bilag 3: Liste over inviterede til dialogmøder den 15. april 2015 og 1. september 2015		132
Bilag 4: Diagnosekoder.....		134

Bilag 5: Patientkort for de regionale Familieambulatorier 137

NOTER 143

KAPITEL 1: INDLEDNING OG SAMMENFATNING

Hvert år fødes børn med alvorlige helbredsproblemer og skader, fordi moderen har haft et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer under graviditeten.

Alle typer rusmidler medfører risiko for, at et barn får livsvarige skader, samt risiko for komplikationer under graviditet og fødsel. Der kan blandt andet være risiko for misdannelser, langvarige funktionsforstyrrelser, indlæringsvanskeligheder, nedsat opmærksomhed, hukommelse mv. Forskning på området peger på, at alkohol udgør den største risiko for fosteret.

Ud fra de eksisterende data på området er det vanskeligt at angive det præcise antal af børn, som fødes med skader, der fører til helbredsproblemer og funktionsforstyrrelser, samt hvilke konkrete skader, der er tale om, da der ikke foregår en systematisk registrering af moderens forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer under graviditeten, som kan sammenholdes med barnets funktionsforstyrrelser, helbredsproblemer og skader.

På den baggrund nedsatte daværende Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (nu Social- og Indenrigsministeriet) og daværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) i januar 2014 en tværministeriel arbejdsgruppe, der har haft til formål at undersøge problemets omfang og karakter samt komme med forslag til, hvordan man i Danmark kan begrænse antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har haft et forbrug eller misbrug af stoffer eller alkohol under graviditeten.

1.1 ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING

Arbejdsgruppen har bestået af det nuværende Social- og Indenrigsministerium (tidligere Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold) samt det nuværende Sundheds- og Ældreministerium (tidligere Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) med deltagelse af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Social- og Indenrigsministeriet (tidligere Ministeriet for Børns, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold) har været formand for arbejdsgruppen.

1.2 ARBEJDSGRUPPENS OPGAVE

Det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppen, at arbejdsgruppen har haft til opgave at:

- *Afdække problemets omfang og karakter*, herunder hvor i Danmark børn med skader som følge af moderens misbrug under graviditeten fødes samt om muligt beskrive, hvad der kendetegner moderens/familiens situation.
- *Kortlægge og analysere den nuværende indsats*, herunder anvendelsen af de eksisterende regler om indgåelse af behandlingskontrakt med mulighed for tilbageholdelse af gravide med et misbrug af rusmidler, og årsagerne til at

reglerne kun i få tilfælde er blevet bragt i anvendelse.

- *Inddrage de lovgivningsmæssige rammer og erfaringer fra andre lande,* herunder såvel de øvrige nordiske lande som lande, der har erfaringer med andre rammer for indsatsen end tilbageholdelse af den gravide kvinde med henblik på at vurdere, hvorledes og om de pågældende ordninger vil kunne passe ind i en dansk kontekst.
- *Udarbejde et beslutningsoplæg* med forslag til forskellige modeller baseret på en afvejning af hensynet til den gravide kvinde og det ufødte barn, der kan bidrage til, at antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrug stoffer eller alkohol i graviditeten, reduceres. Modellerne skal endvidere forholde sig til et evt. behov for efterbehandling/efterværn, når kvinden har født sit barn. Den eller de modeller, der peges på, skal bygge på tillid, frivillighed og egen motivation, men hvis mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige, på anvendelse af tilbageholdelse, herunder uden samtykke, fx som ramme for en terapeutisk indsats i forhold til afhængigheden og det kommende moderskab. Undersøgelsen af de internationale erfaringer skal ligeledes have dette sigte.

Arbejdsgruppens kommissorium er vedlagt som bilag 1.

Arbejdsgruppen har ikke foretaget selvstændige undersøgelser, men har baseret sit arbejde på eksisterende data og viden på området.

Arbejdsgruppen inviterede den 17. september 2014 Folketingets Socialudvalg og Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg til informationsmøde på Hvidovre Hospital om temaet. Ved dette møde holdt en række videnspersoner på området oplæg om udfordringer på området, ligesom en repræsentant for Borgestadsklinikken i Norge holdt oplæg om de erfaringer, man har gjort sig i Norge i forhold til behandling af gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, herunder om anvendelsen af tilbageholdelse som ramme for den terapeutiske indsats. Deltagerliste til informationsmødet er vedlagt rapporten som bilag 2.

Desuden har arbejdsgruppen den 15. april 2015 afholdt et fagligt dialogmøde om temaet, hvor relevante aktører på området blev inviteret til at drøfte udfordringerne på området samt komme med forslag til, hvordan indsatsen på området kan styrkes.

I forbindelse med arbejdsgruppens afsluttende arbejde har der været afholdt endnu et dialogmøde den 1. september 2015 for relevante aktører på området om arbejdsgruppens afrapportering. Liste over inviterede til dialogmøderne er vedlagt rapporten som bilag 3.

1.3 RAPPORTENS OPBYGNING

I kapitel 2 beskrives den eksisterende viden om antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, samt den eksisterende viden om, hvilke konkrete skader der er tale om.

I kapitel 3 præsenteres den eksisterende viden om forbrug og misbrug af rusmidler hos kvinder i den fertile alder og hos gravide kvinder. I kapitlet beskrives ligeledes en opdeling af kvinder i den fertile alder i fem delmålgrupper i forhold til forebyggelse, risiko, forbrug af rusmidler, indsats etc.

I kapitel 4 præsenteres familieambulatorierne, som er et specialiseret, regionalt tilbud til gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler samt til børn op til skolealderen, der i fosterlivet har været udsat for rusmidler.

I kapitel 5 præsenteres øvrige aktørers rolle og kontakt med kvinderne. I kapitlet præsenteres desuden udvalgte gode erfaringer med behandlingsindsatser til gravide kvinder med et misbrug af rusmidler.

I kapitel 6 præsenteres de gældende lovgivningsmæssige rammer for kommunernes mulighed for med kvindens samtykke at indgå kontrakt med kvinden om behandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten. I dette kapitel beskrives ligeledes eksisterende viden om kommunernes erfaringer med anvendelse af disse kontrakter.

I kapitel 7 præsenteres de lovgivningsmæssige rammer og erfaringer fra Sverige, Norge og Grønland. Særligt gennemgås de norske erfaringer med at kunne tilbageholde gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer i behandling under graviditeten uden kvindens samtykke.

I kapitel 8 præsenteres en kort perspektivering af de potentialer, som arbejdsgruppen ser, for at styrke indsatsen i forhold til de fem delmålgrupper, som er identificeret med henblik på at sikre, at antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrugt alkohol og/eller stoffer under graviditeten, reduceres. Herunder beskrives, hvilke muligheder der ses i forhold til at styrke de eksisterende muligheder for at indgå kontrakt med en kvinde om behandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten som ramme for den terapeutiske indsats.

1.3.1 Begrebsafklaring

I denne rapport anvendes forskellige begreber til beskrivelse af gravide kvinder og kvinder i den fertile alders forbrug af rusmidler og deres eventuelle problemer med rusmidler. Her beskrives arbejdsgruppens anvendelse af begreber:

Stoffer anvendes om euforiserende stoffer, jf. lov om euforiserende stoffer (lovbekendtgørelse nr. 748 af 1. juli 2008, som senest ændret ved lov nr. 606 af 18. juni 2012).

Rusmidler anvendes som en samlebetegnelse for alkohol, stoffer og ikke lægeordineret anvendelse af afhængighedsskabende medicin.

Forbrug anvendes om ethvert forbrug af rusmidler uanset størrelse. Et forbrug kan være mindre eller større og af kortere eller længere varighed. Ethvert forbrug af rusmidler under en graviditet betragtes som værende med potentiel risiko for fosteret, idet der ikke eksisterer dokumentation for en sikker nedre grænse for et risikofrit forbrug. Afhængig af forbrugets størrelse, varighed, karakter mv. kan risikoen være mindre eller større.

Misbrug anvendes om et forbrugsmønster af et eller flere rusmidler, som medfører sociale, fysiske og/eller psykiske problemer eller skader for brugeren.

Arbejdsgruppen har i denne forbindelse vurderet, at det af hensyn til nuancering af såvel risikoen for fosteret og det fødte barn som for kvindernes anvendelse og afhængighed af alkohol og/eller stoffer er nødvendigt i denne rapport at sondre mellem forbrug og misbrug af rusmidler frem for at anvende andre terminologier som fx problematisk forbrug af rusmidler, rusmiddelproblematikker etc. Arbejdsgruppen er bekendt med, at der i misbrugsbehandlingsmiljøet og i sundhedsvæsenet anvendes andre terminologier i kontakten med kvinder med rusmiddelproblemer, og arbejdsgruppen har ikke til hensigt at opfordre til en ændring heraf.

I den forbindelse skal arbejdsgruppen bemærke, at for fosteret og det fødte barn vil selv et mindre forbrug af fx alkohol udgøre en risiko for, at barnet fødes med helbredsproblemer, og at risiko for fosteret og barnet har været et væsentligt perspektiv i den opgave, arbejdsgruppen er blevet stillet.

1.4 SAMMENFATNING

1.4.1 Eksisterende viden om børn, der fødes med rusmiddelskader

Der fødes hvert år børn med alvorlige helbredsproblemer og skader, fordi moderen har haft et forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten. Der foregår i dag ikke en systematisk registrering på området, så det er vanskeligt med sikkerhed at angive, hvor mange børn det drejer sig om, og hvilke præcise skader disse børn får. Ifølge Sundhedsstyrelsen fødes der årligt mellem 50 og 100 børn med medfødte abstinenser som følge af moderens forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, og i gennemsnit får 11 børn pr. fødselsårgang stillet diagnosen Føtal Alkoholsyndrom (FAS), som er den alvorligste medfødte alkoholskade og fører til livslange handicaps hos børnene. Diagnosen FAS er svær at stille. FAS udgør kun en lille del af de medfødte alkoholskader, barnet kan pådrage sig, hvis moderen indtager alkohol under graviditeten. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) anvendes i dag som den internationalt anerkendte samlebetegnelse for øvrige typer af medfødte alkoholskader end FAS. FASD er ikke en diagnose og registreres derfor ikke som en alkoholskade. Desuden kobles børns funktionsforstyrrelser under opvæksten sjældent til moderens forbrug af alkohol i graviditeten mange år tidligere.

Det bemærkes yderligere, at de gældende diagnoser for medfødte abstinenser hos børn dækker såvel moders misbrug af alkohol og stoffer som moders behandling af et misbrug eller en smerteproblematik under graviditet og fødsel.

Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at det reelle antal børn født med alkoholskader, herunder FAS, er større end det antal børn, der umiddelbart kan opgøres på baggrund af de veletablerede registre.

Gravide kvinders misbrug af andre typer rusmidler end alkohol medfører også risiko for komplikationer under graviditet og fødsel samt risiko for at skade fosteret på forskellig vis, blandt andet i form af risiko for livslange skader som funktionsforstyrrelser, indlæringsvanskeligheder, nedsat opmærksomhed,

hukommelse mv. Forskning på området peger på, at alkohol udgør den største risiko for fosteret.

På baggrund af den eksisterende viden på området kan det konstateres, at der er datamæssige udfordringer i forhold til at få et samlet billede af, hvor mange børn der fødes med skader som følge af moderens forbrug af rusmidler under graviditeten og, hvilke skader disse børn fødes med. Det er således ikke muligt på baggrund af den eksisterende viden på området at estimere, hvor mange børn der årligt fødes med medfødte rusmiddelskader. Diagnoserne, som knytter sig til rusmiddelskader hos fosteret og det fødte barn, er vanskelige at stille, og de eksisterende registre gør det vanskeligt senere at kunne knytte symptomer hos børnene til et rusmiddelforbrug hos moderen.

Det er derfor ikke muligt at præsentere fyldestgørende data på nationalt, regionalt eller kommunalt niveau for udviklingen af, hvor mange børn der fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, hvilke rusmidler moderen har haft et forbrug eller misbrug af, og hvilke præcise skader dette har medført hos fosteret og barnet.

1.4.2 Eksisterende viden om målgruppernes rusmiddelforbrug

Arbejdsgruppen finder, at kvinderne i målgruppen for forebyggelse af rusmiddelskader hos børn groft kan opdeles i nedenstående fem overordnede målgrupper:

- 1) Alle kvinder i den fertile alder,
- 2) kvinder i den fertile alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer,
- 3) gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer,
- 4) gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer, samt
- 5) gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og i almindelig misbrugsbehandling.

Kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler er en differentieret gruppe, både hvad angår selve forbruget eller misbruget af rusmidler og det konkrete behov for støtte under graviditeten i forhold til deres forbrug eller misbrug af rusmidler og tilsvarende i tiden efter fødslen.

De eksisterende data på området giver ikke en fyldestgørende viden om disse kvinder, og det er derfor ikke muligt at præsentere fyldestgørende data for udviklingen af målgruppen, kvindernes rusmiddelforbrug eller for fordelingen af kvinder regionalt eller kommunalt.

Det billede, der tegner sig på baggrund af den aktuelle viden, viser et spænd fra kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer, som de stopper med ved konstateret graviditet, til gravide kvinder med et rusmiddelproblem, der indebærer betydelig risiko for helbredsproblemer og skader på fosteret, og som ofte er i en særlig udsat og sårbar livssituation.

Kvinder med en behandlingskrævende alkohol- og stofproblematik må betragtes som en højrisikogruppe i forhold til at udsætte et foster for skader under en graviditet. Men også gravide kvinder, der har eller har haft et mindre

rusmiddelforbrug af alkohol og/eller stoffer, kan risikere at skade fosteret, fx ved gentagne episoder med højt alkoholforbrug ved samme lejlighed eller ved et løbende forbrug af alkohol eller andre rusmidler.

Familieambulatorierne har i 2014 fået henvist i alt 790 gravide kvinder til behandling. Groft skønnet modtager familieambulatorierne i dag kun ca. 1/3 af målgruppen af gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, der kan udgøre en risiko for fosteret. Således vurderer arbejdsgruppen på baggrund af skøn fra Center for Rusmiddelforskning, at der årligt fødes 3.500 børn af mødre, der er afhængige af alkohol og/eller stoffer.

Familieambulatorierne har i dag svært ved at fastholde en lille andel vurderet til 10-15 gravide kvinder årligt bestående af de mest belastede gravide kvinder med et misbrug i behandling.

1.4.3 Familieambulatoriernes rolle

Fra 2011 har regionerne etableret et familieambulatorium i hver region med henblik på at styrke den regionale forebyggelse og behandling af rusmiddelrelaterede medfødte skader hos børn¹ – såvel fysiske, psykiske som sociale. Familieambulatorierne supplerer den kommunale indsats ved at yde en tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats med særlig fokus på graviditeten og fosteret.

Familieambulatorierne varetager svangreomsorgen og den sundhedsfaglige behandling under hele graviditeten og barselsperioden. Familieambulatorierne har desuden det overordnede ansvar for at koordinere det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om den gravide kvinde frem til, at moderen og/eller barnet udskrives efter barsel.

1.4.4 Afdækning, behandling og øvrige indsatser

Den almene svangreomsorg, herunder primært ved egen læge og sekundært ved jordemoder, spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre afdækning – så tidligt som overhovedet muligt i graviditeten – af gravide kvinder med et rusmiddelforbrug, og har en væsentlig opgave i forhold til at sikre, at disse kvinder modtager rådgivning om risikoen for fosterskader ved forbruget og afhængig af deres behov henvises til den rette støtte, indsats og behandling. Det gælder ikke mindst i forhold til at sikre, at kvinderne henvises til familieambulatorierne.

Afdækningen af rusmiddelforbrug hos en gravid kvinde bør imidlertid også foregå gennem de øvrige tilbud, herunder kommunale, tilbud, som de pågældende kvinder er i kontakt med.

Kommunen skal desuden være opmærksom på kvinder og familier, hvor det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen, og iværksætte den nødvendige støtte evt. inden, barnet er født. Hertil kommer, at alle personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, desuden skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte.

Kommunerne har ansvar for at tilbyde alkoholmisbrugsbehandling og stofmisbrugsbehandling og for at sikre, at behandlingen er sammenhængende

og helhedsorienteret. Kommunen kan enten vælge at oprette egne tilbud eller at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Kommunerne har efter serviceloven desuden en række andre forpligtelser i forhold til at tilbyde støtte, herunder fx:

- at sørge for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning.
- socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 til blandt andet at kunne bo i egen bolig og til at klare dagligdagen.
- at tilbyde den enkelte borger enten korterevarende eller længerevarende ophold i botilbud efter henholdsvis servicelovens §§ 107 og 108.
- træffe afgørelse om en social indsats allerede under graviditeten, hvis der er grund til at antage, at et barn kan have behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen.

Generelt skal støtte efter serviceloven ske ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov, og støtten skal tilrettelægges med et helhedsorienteret perspektiv på borgerens problemer.

1.4.5 Lovgrundlag for tilbud om tilbageholdelse af gravide kvinder med et misbrug og erfaringer hermed

Der er efter gældende lovgivning mulighed for at tilbageholde kvinder med et rusmiddelforbrug på et døgnbehandlingstilbud, hvis kommunen indgår en kontrakt med kvinden om behandling med mulighed for tilbageholdelse, jf. lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (gravide kvinder med et stofmisbrug) og sundhedslovens §§ 141a-f (gravide kvinder med et alkoholmisbrug).

Formålet med de gældende regler er at gøre det muligt for kommunerne at give et tilbud til gravide kvinder med et alkohol- og/eller stofmisbrug om at kunne blive tilbageholdt på en døgninstitution for at hindre den gravide kvinde i at skade fosteret og fastholde kvinden i behandling.

Der er imidlertid betydelige forskelle i lovgrundlaget på henholdsvis alkohol- og stofmisbrugsområdet, herunder:

- På stofmisbrugsområdet *skal* kommunen efter gældende lovgivningen tilbyde den gravide kvinde med et stofmisbrug at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse, mens det på alkoholmisbrugsområdet er den enkelte kommunalbestyrelse, der *kan* beslutte, om man i den pågældende kommune generelt vil tilbyde gravide kvinder kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.
- Forskel på de formelle kriterier for, hvornår kommunen i givet fald vil kunne tilbageholde en gravid kvinde i behandling.

I praksis har det vist sig, at tilbud om indgåelse af en frivillig kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse kun i meget få tilfælde benyttes af kommunerne, hvilket der kan være en række årsager til. Kommunerne selv har peget på følgende årsager:

- Lille målgruppe og derfor manglende ekspertise
- Mindre indgribende indsats opleves som tilstrækkelig

- Kontrakterne kan stå i modsætning til motivation og frivillighed
- Manglende døgntilbud med ekspertise
- Udfordringer i selve rammen for tilbageholdelsen
- Uklarhed om reglerne

1.4.6 Erfaringer med tilbageholdelse i andre lande

I Sverige er der ikke lovgivningsmæssig mulighed for at tilbageholde gravide kvinder med henblik på behandling for stof- og alkoholmisbrug af hensyn til fosteret.

I Sverige er det muligt at tilbageholde en gravid kvinde med henblik på behandling for hendes stof- eller alkoholmisbrug, hvis det vurderes, at kvinden har behov for omsorg for at komme ud af sit misbrug, og omsorgsbehovet ikke kan tilgodeses inden for de øvrige muligheder i socialtjenesteloven. Denne tilbageholdelse i behandling kan ikke ske alene med henblik på beskyttelse af fosteret, idet begrebet nærtstående ikke omfatter et foster. Kun, hvor beskyttelsesinteresserne for moderen og fosteret er sammenfaldende, kan loven tages i anvendelse.

I Norge er der over en næsten 20 årig periode gode erfaringer med at benytte tilbageholdelse af gravide med et rusmiddelmisbrug som ramme for behandling med henblik på at forebygge eller reducere, at barnet fødes med skader. Det gælder både kvinder indlagt med og uden samtykke.

Erfaringerne fra Norge peger desuden på, at der er god effekt i forhold til at sikre kvinderne et specialiseret behandlingstilbud målrettet graviditeten, rusmiddelmisbruget og det kommende forældreskab, herunder tilknytningen til barnet. Det er uanset, om der er tale om tilbageholdelse med eller uden samtykke.

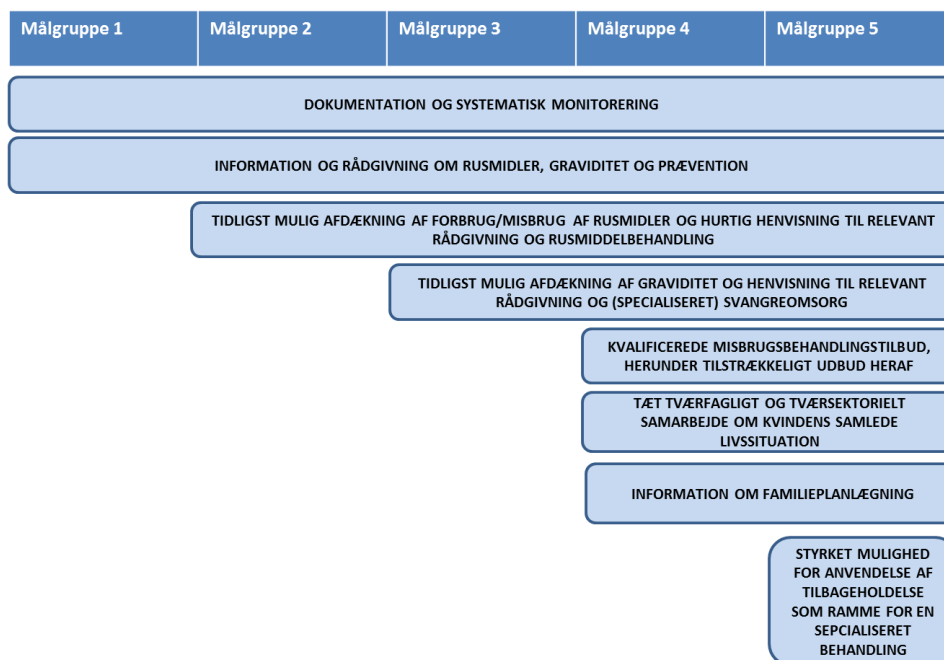
1.4.7 Perspektivering

I perspektiveringen har arbejdsgruppens præsenteret sin vurdering af, hvilke potentialer der er for at styrke og målrette indsatsen på området med henblik på at reducere antallet af børn, som fødes med alvorlige helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten.

1.4.7.1 Forslag til fokusområder for en styrket indsats

Nedenstående figur opsummerer arbejdsgruppens forslag til fokusområder for de fem målgrupper, og som uddybes i de efterfølgende afsnit.

Figur 1: Forslag til fokusområder med henblik på styrkelse af indsatsen



Øget dokumentation og monitorering på tværs af målgrupperne

Arbejdsgruppen har gennem rapporten redegjort for et generelt behov for fremadrettet at sikre øget monitorering på området. Dette vil styrke viden om:

- hvor mange børn der får alvorlige helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten,
- hvilke skader der er tale om, herunder om der er tale om skader, som kan konstateres ved fødslen, eller om der er tale om helbredsproblemer og funktionsforstyrrelser, som først konstateres under barnets opvækst
- bidrage med viden om de kvinder, som har rusmiddelproblemstillinger i graviditeten, samt hvilket behov for støtte og behandling disse kvinder har
- bidrage til at kunne styrke og målrette både den forebyggende indsats, så færre børn fødes med helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten.

Det forventes, at Dansk Familieambulatoriedatabase fremover vil kunne bidrage med yderligere viden om både gravide kvinders forbrug af rusmidler, om hvilke forhold der kendetegner deres situation, samt om antallet af børn med medfødte rusmiddelskader, herunder hvilke typer af skader som børnene får, således at indsatsen kan målrettes yderligere.

Det vurderes dog derudover, at der kan være et potentiale i at styrke dataindsamlingen og monitoreringen på området, således at indsatsen til særlige målgrupper kan tilpasses, og således at den tværfaglige og tværsektorielle indsats kan styrkes.

Målgruppe 1: Alle kvinder i den fertile alder

Arbejdsgruppen vurderer, at en betydelig del af indsatsen for at reducere antallet af børn, der fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer under graviditeten, handler om generel forebyggende information til alle kvinder i fertil alder om:

- 1) rusmidlers potentielt skadende virkning på et foster ved graviditet,
- 2) anvendelse af prævention, når kvinden bruger rusmidler, samt om
- 3) ophør med brug af rusmidler, når en graviditet planlægges.

En sådan forebyggende information bør gives i forbindelse med enhver form for præventionsrådgivning i almen praksis, på præventionsklinikker, i skolesundhedsplejen, ved seksualundervisning i skolen mv. Ved at følge disse råd kan gravide kvinder undgå bekymring for, om de har skadet fosteret fx ved et rusmiddelforbrug tidligt i graviditeten.

Målgruppe 2: Kvinder i den fertile alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Arbejdsgruppen vurderer, at der bør sikres systematisk afdækning af forbrug eller misbrug af rusmidler ved kontakt til sundheds- og sociale sektoren, så kvinder med et rusmiddelproblem, som ikke allerede er i kontakt med et behandlingstilbud, kan blive afdækket og tilbudt relevant rusmiddelbehandling. Herunder bør der i relevant omfang:

- sikres systematisk formidling af viden til kvinderne om de risici, der er for et foster ved et rusmiddelforbrug under en eventuel kommende graviditet,
- motiveres og støttes til at etablere fungerende prævention,
- drøftes ønske om graviditet og informeres om familieambulatorierne som støttetilbud under eventuel kommende graviditet og
- spørges til graviditet og tilbydes en graviditetstest ved behov

Arbejdsgruppen vurderer, at der i særlig grad er behov for, at der i indsatsen i misbrugsbehandlingstilbud systematisk og kontinuerligt i dialogen med kvinder i den fertile alder sættes fokus på at drøfte graviditet og prævention.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at der ses på muligheden for, at også kvinder i den fertile alder med misbrug, som endnu ikke har børn, får mulighed for at få økonomisk støtte til prævention.

Målgruppe 3: Gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være af stor betydning i forhold til at forebygge rusmiddelskader hos børn, at gravide kvinder med et forbrug af rusmidler identificeres så tidligt som overhovedet muligt, både hvad angår graviditet og forbrug af rusmidler, med henblik på at blive støttet til at ophøre eller reducere forbruget.

Målgruppe 4: Gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Arbejdsgruppen vurderer, at det set i forhold til denne gruppe er afgørende, at de professionelle, som er i kontakt med disse kvinder, systematisk har fokus på at drøfte rusmidler og graviditet med kvinden, herunder i form af rådgivning om risiko for fosteret ved brug af rusmidler, mulighed for specialiseret svangreomsorg i de regionale familieambulatorier, rusmiddelbehandling, støtte og øvrig indsats ved gennemførelse af graviditeten samt rådgivning om abort, når dette er relevant.

Et tilstrækkeligt udbud af relevante og kvalificerede tilbud til gravide kvinder med et misbrug vil efter arbejdsgruppens vurdering ofte være en væsentlig forudsætning for, at kvinderne opsøger og får succes med deres behandling til gavn for fosteret og senere barnet. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at der er behov for et øget fokus på at sikre høj kvalitet i tilbuddene til gravide kvinder med et misbrug målrettet graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelmisbruget, samt udbuddet af sådanne behandlingstilbud.

Hvis kvinden vælger at gennemføre graviditeten, vurderer arbejdsgruppen desuden, at der i høj grad er behov for, at der gennem hele graviditeten, efter fødslen og fortsat under barnets opvækst etableres et tæt samarbejde mellem de relevante professionelle, som kvinden er i kontakt med.

Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af den eksisterende viden, at der i praksis er behov for yderligere fokus på et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om disse kvinder og deres familier. Der ses i den forbindelse at være et fortsat behov for yderligere implementering af familieambulatoriernes rolle og samarbejde med øvrige aktører på området.

Arbejdsgruppen vurderer i sammenhæng hermed også, at der kan være behov for, at kommunerne i højere grad benytter sig af muligheden for at få rådgivning fra VISO om udredningen af disse kvinder, samt om tilrettelæggelsen af en individuelt tilrettelagt indsats til kvinderne og deres familie.

Målgruppe 5: Gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og almindelig misbrugsbehandling

Arbejdsgruppen vurderer, at der også for målgruppe 5 er behov for, at der sker en afdækning af kvindens graviditet tidligst muligt, og at der etableres et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om kvindens samlede livssituation, herunder ved i højere grad end i dag at inddrage VISO, som ligeledes anført under målgruppe 4.

Der ses desuden en udfordring på tværs af landet i forhold til på den ene side at sikre tilstrækkelig ekspertise i indsatsen til kvinderne på det enkelte tilbud og på den anden side at sikre en geografisk dækning på tværs af landet, samt i forhold til at sikre relevante døgnbehandlingstilbud med de rette rammer og kompetencer til at imødekomme kvindernes behandlingsbehov, herunder håndtere en eventuel tilbageholdelsessituation. Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at inddrage erfaringer fra Norge med en målrettet indsats til gravide kvinder i døgnbehandling i det videre arbejde med at tilbyde relevant indsats til målgruppen.

Arbejdsgruppen vurderer herudover, at denne lille gruppe af kvinder har behov for at modtage en helhedsorienteret indsats under døgnbehandling, hvor de kan blive støttet i at modstå trangen til at bruge rusmidler, blive skærmet mod belastende livsomstændigheder og få ro til at forholde sig til deres samlede situation i et terapeutisk miljø med andre gravide i tilsvarende situation. En sådan indsats vil kræve kvalificerede døgnbehandlingstilbud, der kan yde en helhedsorienteret indsats med fokus på graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelmisbruget.

Arbejdsgruppen vurderer desuden, at der kan være behov for at styrke mulighederne for at kunne indgå en kontrakt med kvinderne om behandling med

mulighed for tilbageholdelse, herunder ved at justere de gældende regler, således at de bliver brugbare for kommunerne og dermed kan bidrage til at styrke indsatsen over for kvinderne.

Der kan ligeledes efter arbejdsgruppens vurdering være behov for fx at udarbejde en skabelon for en kontrakt, som kommunerne kan tage udgangspunkt i, når kommunen i samarbejde med kvinden skal indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

1.4.7.2 Modeller for tilbageholdelse af gravide kvinder med et misbrug i behandling

Arbejdsgruppen har, jf. kommissoriet, beskrevet tre mulige lovgivningsmæssige modeller for tilbud til gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer, der kan bidrage til, at antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrug af alkohol og/eller stoffer under graviditeten, reduceres.

Målgruppen for arbejdsgruppens overvejelser om nye modeller for behandling af gravide kvinder med misbrug af alkohol og/eller stoffer med mulighed for tilbageholdelse er de 10-15 kvinder årligt, som har et betydeligt misbrug af alkohol og/eller stoffer, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og almindelig misbrugsbehandling.

Der er tale om overordnede og skalérbare modeller for, hvordan tilbageholdelse som en terapeutisk ramme kan benyttes i behandlingen af gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer med afsæt i henholdsvis:

- 1) gældende regler på området,
- 2) en styrkelse og udvidelse af mulighederne for tilbageholdelse med samtykke og endelig
- 3) mulighed for tilbageholdelse uden samtykke i lighed med de norske regler.

Alle tre modeller indebærer således en ensretning af sundhedslovens bestemmelser om behandling af gravide alkoholmisbrugere med mulighed for tilbageholdelse med tilbageholdelseslovens bestemmelser om behandling med mulighed for tilbageholdelse af stofmisbrugere.

Den første model skitserer en mindre justering af lovgivningen, der tager afsæt i gældende regler for tilbageholdelse, og som indebærer ensretning og præcisering af reglerne for indgåelse af kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse på alkohol- og stofmisbrugsområdet.

Den anden model indebærer udover en ensretning og præcisering af reglerne tillige en udvidelse af den eksisterende mulighed for at tilbageholde den gravide kvinde i behandling, såfremt hun har givet sit samtykke hertil.

Den tredje model er den mest vidtgående og indebærer, at et særligt nedsat udvalg, fx svarende til børn- og ungeudvalget, efter indstilling fra den kommunale forvaltning og med inddragelse af kvinden, kan træffe afgørelse om, hvorvidt en gravid kvinde med et misbrug af alkohol og/eller stoffer skal tilbageholdes i behandling uden kvindens samtykke.

Der ligger således en væsentlig forskel mellem henholdsvis model 1 og 2 og model 3, idet model 1 og 2 er baseret på et samtykke fra den gravide (indgåelse

af kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse), mens der i model 3 med inspiration fra Norge er præsenteret en model, som *ikke* kræver kvindens samtykke til tilbageholdelse.

Den faktiske tilbageholdelse, som måtte finde sted i model 3, er dermed efter arbejdsgruppens vurdering afgørende forskellig fra den faktiske tilbageholdelse, der eventuelt vil finde sted under model 1 og 2, idet denne tilbageholdelse finder sted på baggrund af et forudgående samtykke fra kvinden.

Såfremt der ændres i lovgivningen i forhold til mulighederne for tilbageholdelse, skal der tages stilling til vægtningen af hensynet til på den ene side den enkelte kvindes retsstilling og på den anden side risikoen for skader hos foster og barnet. Med hver af de tre skalerbare modeller, som arbejdsgruppen peger på, gælder, at denne vægtning skal ske, sådan at proportionaliteten mellem mulighederne for at tilbageholde kvinden med eller uden hendes samtykke og kvindens retssikkerhed i relation hertil, sikres.

Generelle overvejelser om modeller for behandling med mulighed for tilbageholdelse

Arbejdsgruppen har i forbindelse med de skitserede modeller desuden præsenteret en række generelle overvejelser i forhold til modeller for behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Arbejdsgruppen bemærker i den forbindelse følgende:

- At det uanset valg af model er relevant at forholde sig til, hvordan et tilstrækkeligt og kvalificeret udbud af behandlingstilbud til gravide kvinder med et misbrug sikres.
- At der i de eksisterende regler efter serviceloven på såvel voksen som børneområdet findes et tilstrækkeligt regelgrundlag for at sikre den nødvendige helhedsorienterede efterbehandling og støtte til kvinder og deres børn, der har været i behandling for et misbrug under graviditeten.
- At der blandt alle aktører, der i kontakt med de gravide kvinder, bør være et særligt og vedblivende fokus på at sikre, at der er det fornødne samarbejde om kvinde og det kommende barns samlede livssituation målrettet tiden efter fødsel.
- At det i forbindelse med indgåelsen af en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse (jf. model 1 og 2) og dermed indhentelsen af kvindens samtykke til en eventuel senere tilbageholdelse er afgørende at være opmærksom på frivillighedsprincippet og på, at kvinden reelt er informeret om konsekvenserne af indgåelsen af kontrakten.
- Det er desuden en klar forudsætning, at kvinden i situationen omkring aftaleindgåelsen skal befinde sig i en tilstand, hvori hun mentalt er i stand til at forstå, hvad det er for en type behandlingstilbud, hun forpligter sig til, samt de konsekvenser, det kan indebære. Herunder skal kvinden være informeret om sine muligheder for undervejs at opsigte kontrakten.
- At det er vigtigt at fremhæve og fastholde kvindens fortsatte adgang til øvrige eksisterende behandlingstilbud, selvom hun ikke måtte ønske at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

KAPITEL 2: EKSISTERENDE VIDEN OM BØRN, DER FØDES MED RUSMIDDELSKADER

I dette kapitel beskrives indledningsvis rusmidlers skadesvirkning i forbindelse med graviditet. Dernæst beskrives eksisterende viden om antallet af børn, som fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten. Ligeledes beskrives den eksisterende viden om, hvilke skader børnene fødes med.

Det konstateres i kapitlet, at der er betydelige datamæssige udfordringer i forhold til at få et samlet overblik over antallet af børn, der fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler i graviditeten og i forhold til, hvilke skader der er tale om.

Disse udfordringer skyldes, at kvindens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten ikke registreres i *Fødselsregisteret*, hvor alle fødsler registreres, og heller ikke i *Landspatientregisteret*, hvor børn med medfødte misdannelser registreres. Hertil kommer, at mange af de skader, som børnene er i risiko for at få som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, er vanskelige at opdage ved fødslen, og de bliver derfor først opdaget senere under barnets opvækst.

Endvidere er det kun enkelte diagnoser, der registreres i Fødselsregisteret og i Landspatientregisteret enten ved fødslen eller i barnets opvækst, der kan føres direkte tilbage til moderens forbrug af rusmidler under graviditeten.

Den ene diagnose, der registreres i Landspatientregisteret, er Føtalt AlkoholSyndrom (FAS), som er forårsaget af kvindens forbrug af alkohol under graviditeten.

De øvrige to diagnoser, der registreres i Landspatientregisteret, er børns abstinensstilstand efter fødslen, som er direkte relateret dels til 1) moderens forbrug af stoffer, herunder alkohol og afhængighedsskabende medicin, og dels til 2) moderens behandling med afhængighedsskabende medicin for hendes misbrug af rusmidler eller smertebehandling.

Der er i dag et krav om registrering af borgere, som modtager social stofmisbrugsbehandling i henhold til servicelovens § 101, lægelig stofmisbrugsbehandling i henhold til sundhedslovens § 142 eller alkoholbehandling i henhold til sundhedslovens § 141. Denne registrering foregår i henholdsvis *Stofmisbrugsdatabasen* og *Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)*. De to registre indeholder dog imidlertid ikke systematiske oplysninger om en kvindes graviditet. Det registreres i Stofmisbrugsdatabasen, hvis personalet afdækker kvindens graviditet ved opstart af behandling, men der følges ikke systematisk op med en registrering i registeret, hvis graviditeten først afdækkes senere, eller hvis kvinden bliver gravid undervejs i behandlingsforløbet. I Det Nationale Alkoholbehandlingsregister indgår ingen oplysninger om graviditet hverken ved opstart af behandling eller senere i forløbet.

Som en del af oprettelsen af de fem regionale familieambulatorier er der fra februar 2013 etableret en fælles klinisk kvalitetsdatabase – Dansk Familieambulatoriedatabase – hvor alle behandlinger af gravide og børn i familieambulatorierne skal registreres. I databasen er også indført data retrospektivt fra gennemførte behandlingsforløb fra familieambulatoriernes opstart i 2011. Databasen omfatter sundheds-, psykolog- og socialfaglige data, herunder moderens forbrug og misbrug af alkohol, stoffer og afhængighedsskabende medicin under graviditeten samt diagnoser på eventuelt afledte skader hos børnene. I denne rapport anvendes data fra Dansk Familieambulatoriedatabase, som er leveret til COWI og anvendt ved slutevalueringen af etableringen af familieambulatorierne. Databasen er oprettet på privat initiativ og finansieres af bevilling fra TrygFonden. Databasen er fortsat under udvikling og undergår for tiden en tilpasning. Opgørelserne, der indgår i COWI's slutevaluering af etableringen af familieambulatorierne, er således foreløbige, og resultaterne herfra skal derfor læses med dette forbehold².

Dansk Familieambulatoriedatabase forventes fremadrettet at kunne bidrage til øget viden om målgruppen af gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, antallet af børn, som fødes med rusmiddelskader, samt hvilke konkrete skader der er tale om.

Af tabel 1 nedenfor fremgår en oversigt over de eksisterende registre, som er omtalt i dette afsnit.

Tabel 1: Eksisterende registre

Datakilde	Beskrivelse
Medicinsk Fødselsregister	Medicinsk Fødselsregister rummer oplysninger om alle fødsler på hospital og om hjemmefødsler. Fødselsregisteret indeholder oplysninger fra og med 1973. Registeret indeholder oplysninger om selve fødslen, resultat af fødslen, og om der har været komplikationer i fødselsforløbet. Fødselsregistret administreres af Statens Serum Institut.
Landspatientregistret	Når en person har været til undersøgelse eller været indlagt på et sygehus, registrerer sygehuset en række oplysninger om patientens kontakt med sygehuset til Landspatientregisteret (LPR). Oplysningerne kan eksempelvis beskrive, hvornår og hvor patienten har været indlagt, eller kan beskrive patientens diagnoser, undersøgelser, behandlinger m.m. LPR administreres af Statens Serum Institut.
Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)	Nationalt Alkoholbehandlingsregister (NAB) blev sat i drift pr. 1. januar 2006. Det er obligatorisk for de behandlingsinstitutioner, som landets kommuner visiterer klienter til, at indberette til NAB. Dette gælder offentlige såvel som private alkoholbehandlingsinstitutioner. Der modtages også oplysninger om privat finansieret alkoholbehandling – denne indberetning foregår dog på frivillig basis. Data indsamles for at monitorere udviklingen i gruppen af personer i alkoholbehandling, der søger behandling, ændringer i misbrugsmønstret og

	<p>behandlingstiltag. NAB administreres af Statens Serum Institut.</p>
<p>Stofmisbrugsdatabasen (SMDB)</p>	<p>Stofmisbrugsdatabasen er en samlet indberetningsløsning på stofmisbrugsområdet, og omfatter en række registre, som dækker alle borgere i social og lægelig stofmisbrugsbehandling. Stofmisbrugsdatabasen er et samarbejde mellem de fire register-ejere Socialstyrelsen (VBGS), Statens Serum Institut (SIB), Sundhedsstyrelsen (KvalHep) og Center for Rusmiddelforskning (DanRIS). Socialstyrelsen er ansvarlig for forvaltning og drift af databasen. De enkelte registre er selvstændige, og der er således alene tale om en administrativ forenkende indberetningsløsning og ikke en registersammenlægning.</p>
<p>Dansk Familieambulatoriedatabase</p>	<p>Databasen er etableret af de fem regionale familieambulatorier i 2013 som en fælles klinisk kvalitetsdatabase, hvor alle behandlinger af gravide og børn i familieambulatorierne skal registreres. I databasen er indført data retrospektivt fra opstarten af familieambulatorierne i 2011. Databasens formål er at monitorere kvaliteten af den kliniske indsats ved de fem regionale familieambulatorier i Danmark. Desuden skal den på sigt fungere som dataressource i relation til fremtidige forskningsprojekter. Databasen er fortsat under udvikling. Databasen administreres af Region Syddanmark og finansieres af bevilling fra TrygFonden.</p>

2.1 RUSMIDLERS SKADESVIRKNING I FORBINDELSE MED GRAVIDITET

Gravide kvinders forbrug eller misbrug af rusmidler kan medføre en række skader hos fosteret, og det kan give komplikationer både under graviditeten og ved fødslen. Dermed udgør et forbrug af rusmidler en risiko for at give varige skader hos fosteret og det fødte barn, og derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at gravide kvinder og kvinder, som prøver at blive gravide, undlader at drikke alkohol eller tage stoffer.

Boks 1: Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende graviditet og rusmidler

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende graviditet og rusmidler:

- Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld. Gravide kvinder, og kvinder som forsøger at blive gravide, bør undgå at drikke alkohol.
- Alle, også gravide, bør undlade at indtage stoffer.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Hvilke typer skader på fosteret, et forbrug eller misbrug af rusmidler medfører, er afhængig af en række faktorer, herunder typen, mængden og tidspunktet for

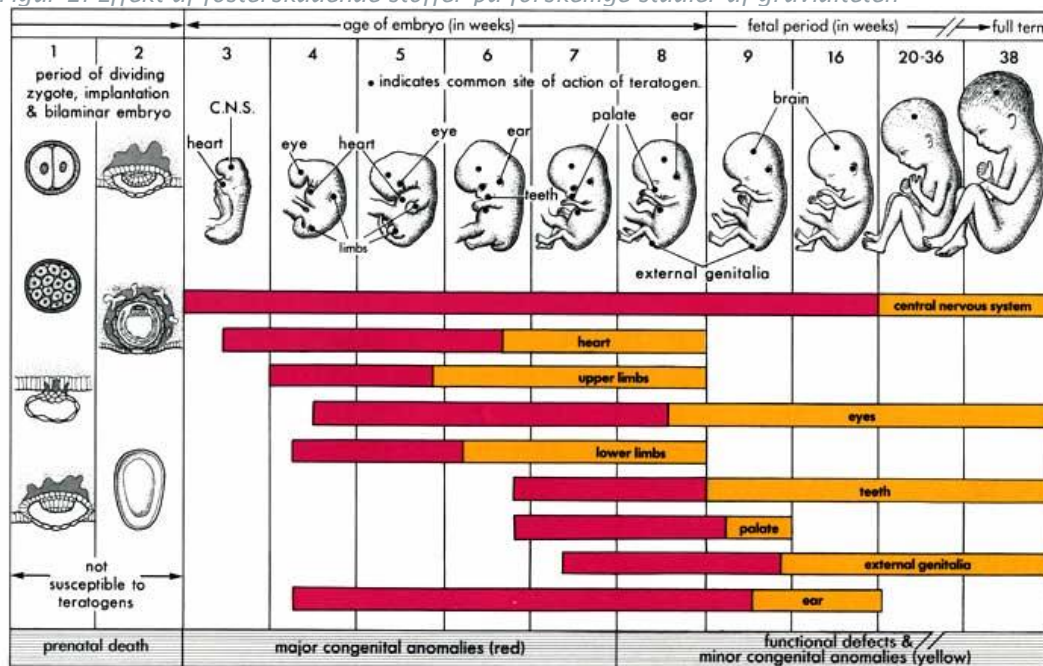
indtagelse af rusmidlerne under graviditeten – samt den enkelte kvindes og fosterets sårbarhed i forhold til rusmidlernes skadevirkninger.

Kvindens forbrug eller misbrug af rusmidler udgør en risiko for fosteret igennem hele graviditeten, da det overføres via moderkagen til fosterets blodbane. For fosteret er alkohol det farligste af rusmidlerne, fordi det er et organisk opløsningsmiddel, som har en potent teratogen (fosterskadende) virkning³. Fosterets evne til at nedbryde alkohol er anslået til at være 5-10 pct. af voksnes evne, og desuden genoptager fosteret alkohol gennem indtag af fostervand. Dermed er fosteret udsat for alkohol i længere tid, end moderen er⁴.

Fra befrugtningen dannes strukturerne til alle fosterets organer som hjertet, hjernen, arme og ben, øjne, ører, urinveje, kønsorganer mv. Hjernens strukturer dannes helt frem til 20. graviditetsuge. I denne periode er fosteret særligt sårbart, og den gravide kvindes forbrug af rusmidler kan i denne periode medføre skader på alle fosterets organer med risiko for misdannelser. Fra 20. graviditetsuge er strukturen på næsten alle fosterets organer dannet, og der sker en videre udvikling, modning og vækst af organerne frem til fødslen. I denne periode er det primært organernes funktion, der er i risiko for at blive skadet, og hjernen er et særligt sårbart organ.

I figur 1 nedenfor ses de mulige effekter af udsættelse for fosterskadelige stoffer generelt, herunder alkohol, på de forskellige stadier af fosterets udvikling. Figuren viser, at de potentielle skader, der kan opstå hos et foster som følge af udsættelse for fx alkohol, afhænger af, hvornår i graviditeten alkoholforbruget finder sted. Graviditetsugerne angivet med rødt illustrerer perioder med risiko for skader på fosterets forskellige organers strukturer, mens graviditetsugerne angivet med gult illustrerer perioder med risiko for skader på organernes funktion, men også med risiko for mindre skader på organernes strukturer.

Figur 2: Effekt af fosterskadende stoffer på forskellige stadier af graviditeten



Kilde: Rådet for alkohol og andre rusmidler i Australien, FASD den skjulte skade. Undersøgelse af forebyggelse, diagnose og behandling af FASD, november 2012

Mange faktorer har således betydning for, om der opstår medfødte rusmiddelskader hos et barn, omfanget af berørte organer og hvordan og i hvor alvorlig grad et eller flere organer skades. Der findes ingen undersøgelser, der viser, at der er en nedre grænse for brug af rusmidler, hvor fosteret med sikkerhed ikke skades.

2.1.1 Alkoholskader

Som nævnt er alkohol det rusmiddel, som er farligst for fosteret med risiko for at give varige skader hos barnet.

Den alvorligste medfødte alkoholskade er føtalt alkoholsyndrom (FAS), der viser sig som misdannelser i barnets ansigtstræk, ved væksthæmning og skader på hjernen med livslange handicaps til følge. Diagnosen FAS er svær at stille. Enkelte børn får stillet diagnosen i løbet af første leveår, mens de fleste børn først får den stillet under deres opvækst og udvikling, og nogle børn med FAS må formodes aldrig at få stillet diagnosen. FAS udgør kun en lille del af de medfødte alkoholskader, barnet kan pådrage sig, hvis moderen indtager alkohol under graviditeten.

Øvrige alkoholskader betegnes internationalt som Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD), som på dansk hedder føtale alkoholskader. De medfødte alkoholskader dækker over et bredt spektrum fra mindre skader til svære handicaps, synlige som usynlige, ligesom alkohol kan give misdannelser i alle barnets organer. FASD ikke er en diagnose, og skaderne registreres således ikke som medfødte alkoholskader.

Epidemiologiske undersøgelser viser stærk evidens for, at et højt dagligt forbrug af alkohol svarende til minimum 2 til 3 genstande pr. dag og et dagligt forbrug af alkohol svarende til et forbrug på 1 til 2 genstande kan medføre en række fosterskader under samlebetegnelsen FASD. Det drejer sig om væksthæmning, misdannelser i organer som hjerte, nyrer, øjne, ører, skelet, kønsorganer og urinveje. Desuden drejer det sig om motoriske udviklingsforstyrrelser med forringet muskulær kontrol, neuropsykologiske forstyrrelser visende sig som fx lavere IQ, forringet opmærksomhed og evne til at bearbejde informationer og at tilpasse sig såvel som om adfærdsforstyrrelser som fx ADHD. Desuden ses øget risiko for spontan abort, dødfødsel og for tidlig fødsel.

De epidemiologiske undersøgelser viser videre, at det er usikkert, hvilke skadelige virkninger der er af henholdsvis et alkoholforbrug på op til 6 genstande om ugen og et alkoholforbrug på fem genstande og derover ved samme lejlighed 1 til 2 gange tidligt i graviditeten. Nogle undersøgelser viser risiko for skader, mens andre ikke gør. Men undersøgelser tyder på, at genetik spiller en rolle. Således kan gravide og deres fostre være mere eller mindre følsomme over for virkningen af alkohol, således at der hos børn, der i fostertilværelsen har været udsat for samme niveau af alkohol, ikke nødvendigvis vil optræde de samme skadevirkninger⁵.

2.1.2 Skader ved forbrug eller misbrug af andre rusmidler

Gravide kvinders forbrug eller misbrug af andre typer rusmidler medfører også en risiko for komplikationer under graviditet og fødsel samt risiko for at skade fosteret på forskellig vis. I det følgende er skaderne ved nogle af de mest brugte rusmidler beskrevet.⁶

Et stort forbrug af morfinlignende rusmidler, hvilket blandt andet omfatter metadon, medfører øget risiko for spontane aborter, svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Der er ligeledes risiko for, at det nyfødte barn kan få abstinenser med risiko for langvarige funktionsforstyrrelser, som kan vise sig ved blandt andet manglende trivsel og uro. Herunder er der risiko for at barnet senere i barndommen får indlæringsproblemer.

Et forbrug eller misbrug af cannabis kan føre til nedsat fødselsvægt og give abstinenssymptomer hos den nyfødte. Senere i barndommen kan skaderne vise sig som nedsat hukommelse, øget impulsivitet og indlæringsvanskeligheder.

Ved den gravides forbrug eller misbrug af kokain kan det nyfødte barn udvikle abstinenser, og der kan ses hjerneorganiske ændringer ved MR-scanning. Under barnets udvikling kan der opstå problemer på grund af en dårlig funktion af hjernen til at bearbejde synsindtryk og til at mestre overordnet koordination.

Gravides forbrug eller misbrug af amfetamin eller metamfetamin øger risikoen for moderkageløsning, for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Ved MR-scanning kan ses hjerneorganiske ændringer. Senere i barndommen kan der vise sig problemer med at koordinere øjenmusklerne med skelen og dårligt syn, nedsat opmærksomhed, hukommelse og ordforråd og nedsat IQ.

Ved et forbrug eller misbrug af ecstasy er der risiko for medfødte misdannelser hos barnet fx i hjertet.

Et forbrug eller misbrug af benzodiazepiner, særligt i den sidste del af graviditeten, kan medføre udvikling af abstinenser samt en tilstand, hvor det nyfødte barn er slapt med lavt blodtryk og dårlig temperaturregulering og sutteevne.

Hvis den gravide kvinde har et forbrug eller misbrug af flere rusmidler samtidig, skal der være opmærksomhed på, at forskellige rusmidler eventuelt kan forstærke de skadelige effekter af hinanden.

Ud over rusmiddelforbruget kan andre forhold hos den gravide kvinde medføre øget risiko for, at fosteret skades under graviditeten. Det kan være belastende forhold som fx rygning, dårligt helbred hos den gravide på grund af dårlig ernæring og/eller infektioner, psykisk sygdom, ringe boligforhold og belastende relation til en partner måske med et rusmiddelproblem og/eller udsættelse for vold.

2.1.3 Medfødte rusmiddelskader som sjældent er blevet erkendt og diagnosticeret som rusmiddelskader

Som det fremgår, viser de medfødte rusmiddelskader - hos sandsynligvis størstedelen af børnene - sig først under deres opvækst og udvikling. For manges vedkommende viser deres vanskeligheder og skader sig først i 6-10-årsalderen. Det gælder i særdeleshed for børn med medfødte hjerneskader, som fx ikke udviser de særlige ansigtstræk, som ses ved FAS. Skaderne hos børnene kan have ramt forskellige af hjernens strukturer og funktioner og viser sig derfor på forskellig vis og i forskellig alder hos børnene. Det drejer sig særligt om fx vanskeligheder med indlæring, at opfatte beskeder, at lære matematik, manglende dømmekraft og evne til at overskue og planlægge handlinger, der

kræver abstrakt tænkning. Det betyder, at børns vanskeligheder og skader sjældent sættes i relation til moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten adskillige år tilbage.

Desuden har der ikke eksisteret diagnoser i

- ICD-10 diagnosesystemet⁷ for andre diagnoser end FAS og abstinenser
- SKS-diagnosesystemet⁸ for andre diagnoser end nyfødte børn med følger af moderens alkoholforbrug og stofmisbrug.

Dermed registreres antallet af børn med andre medfødte rusmiddelskader end disse ikke.

På den baggrund er der i forbindelse med etableringen af familieambulatorierne oprettet særlige diagnosekoder for børn, der har været udsat for forskellige typer rusmidler i fostertilværelsen (se nærmere i bilag 4). Børnene følges ved familieambulatoriet med undersøgelser ved børnelæge og psykolog frem til, de er 7 år. Dermed kan børnenes eventuelle misdannelser, sygdomme og vanskeligheder under deres opvækst og udvikling blive vurderet set i relation til rusmiddelpåvirkningen i fostertilværelsen. På den måde forventes Dansk Familieambulatoriedatabase fremover at kunne bidrage med væsentlig viden om medfødte rusmiddelskader hos børn og udbredelsen af dem.

Boks 2: Case - barn udsat for alkohol og cannabis

Case: Barn udsat for alkohol og cannabis i de første måneder af graviditeten

Rasmus 3 år.

Moderen bliver henvist til familieambulatoriet på grund af et lille forbrug af cannabis og alkoholindtag indtil hun bliver klar over, at hun er gravid.

Det viser sig ved journaloptagelsen, at moderen først bliver klar over, at hun er gravid i graviditetsuge 10-11 og inden da, har hun i weekender drukket op til 10 - 15 genstande per gang og enkelte genstande ind imellem i ugens løb. Moderen stopper med at ryge hash og drikke alkohol efter første samtale i familieambulatoriet.

Barnet fødes med normal vægt og hovedomfang og upåfaldende ansigtstræk. Han er lidt længe om at komme i trivsel. Han følges i familieambulatoriet.

Ved undersøgelse af Rasmus, da han er 1½ år gammel, har hans ansigtstræk ændret sig markant. Han har udviklet små øjenspalter, smal overlæbe og næsten udslettet læbe-næse fure. Hans hovedomfang er lille, og han har en lav vægt; begge er under gennemsnittet, men inden for normalområdet. Han har voldsomme reguleringsforstyrrelser og behov for at blive skærmet for at kunne få ro til at spise. Han er motorisk forsinket i udvikling og henvises til fysioterapi.

Ved familieambulatoriets undersøgelse af ham som 3 årig går han i børnehave. Her beskrives Rasmus med udtalte vanskeligheder med adfærd. Han spiser intet i børnehaven. Han har udtalte problemer med at falde i søvn, sover typisk først efter 1½ time og vågner flere gange om natten.

Den psykologiske undersøgelse viser udtalte vanskeligheder for ham med at

skabe overblik, og han har dårlig hukommelse. Rasmus opstartes i melatoninbehandling (naturens eget søvnhormon) for at forbedre hans nattesøvn, hvilket har god effekt. Rasmus diagnosticeres som et barn med føtal alkoholskade (FASD).

Der afholdes tværfagligt møde med deltagelse af børnehaven og kommunens socialforvaltning, hvor familieambulatoriet rådgiver børnehaven om Rasmus' vanskeligheder, og der bevilges støttetimer til ham i børnehaven.

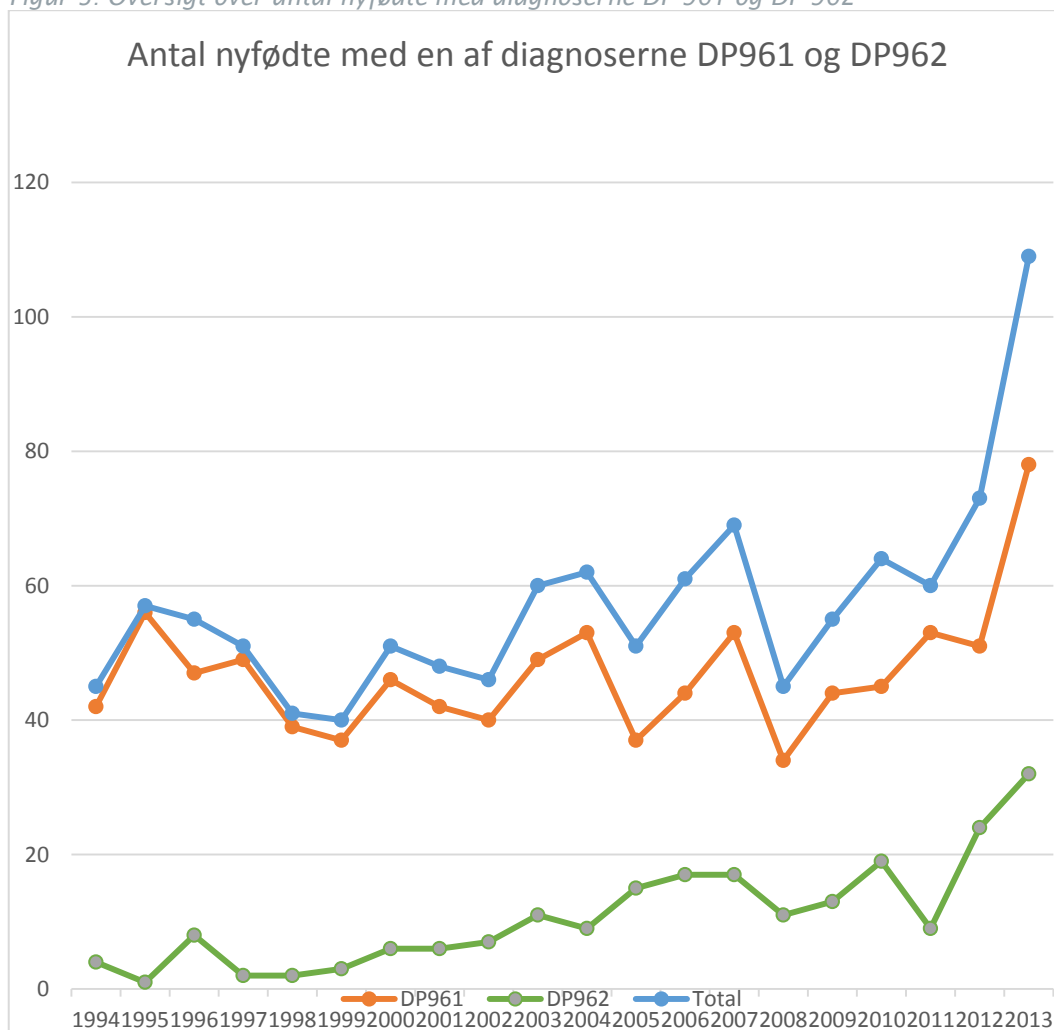
2.2 ANTAL BØRN, DER FÅR SKADER SOM FØLGE AF MODERENS FORBRUG AF RUSMIDDLER

Der findes som tidligere angivet ikke et præcist overblik på nationalt plan over, hvor mange børn der årligt fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler. Men en opgørelse fra Landspatientregisteret viser, at der årligt fødes mellem ca. 50 og 100 børn med abstinenser som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, og en ny undersøgelse fra Københavns Universitet viser, at der i gennemsnit registreres 11 børn årligt, som får diagnosen FAS⁹.

2.2.1 Antal nyfødte børn, som udvikler abstinenser

Antallet af nyfødte, der er diagnosticeret med abstinenser på grund af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler eller moderens behandling med afhængighedsskabende medicin, er siden 1994 blevet registreret i Landspatientregisteret¹⁰. Fra 1994 til 2012 er der sket en jævnt løbende stigning i antallet af nyfødte diagnosticeret med abstinenser med det laveste antal på 40 i 1999 til det højeste niveau på 73 i 2012. I 2013 sker der en stigning på 50 pct. til 109 nyfødte, der har fået stillet diagnosen¹¹. Denne stigning kan være udtryk for, at betydeligt flere gravide med rusmiddelproblemer bliver henvist og får behandling via de nyetablerede familieambulatorier. Således bliver der formentligt i dag afdækket flere nyfødte med medfødte abstinenser, og de får den abstinensbehandling, som de har behov for.

Figur 3: Oversigt over antal nyfødte med diagnoserne DP 961 og DP 962



Kilde: Landspatientregisteret

DP 961: Abstinenssymptomer hos den nyfødte som følge af moderens brug af afhængighedsskabende stoffer (alkohol, stoffer og afhængighedsskabende medicin) under graviditeten.

DP 962: Abstinenssymptomer hos den nyfødte som følge af moderens behandling med afhængighedsskabende medicin under graviditeten.

Til sammenligning er der i Dansk Familieambulatoriedatabase over en fireårig periode fra 2011 til 2014 blevet registreret i alt 58 nyfødte børn, som har udviklet abstinenser. Disse børn er fordelt med 12 børn i Region Hovedstaden, 16 i Region Sjælland, et barn i Region Syddanmark, 26 i Region Midtjylland og tre i Region Nordjylland¹². Der skal tages forbehold for data, da indberetningen til Dansk Familieambulatoriedatabase i forbindelse med opstarten af databasen ikke er komplet.

2.2.2 Antal nyfødte børn med følger af moderens alkoholbrug eller stofmisbrug under graviditeten

I Sundhedsvæsnets Klassifikations System (SKS) eksisterer to diagnosekoder for andre følger af moderens alkoholforbrug og stofmisbrug under graviditeten end

abstinenser og Føtalt Alkoholsyndrom hos det nyfødte barn. Begge diagnoser er uspecifikke, men kan fx anvendes i forhold til nyfødte, der har så svært ved at spise, at de må sondeernæres samtidig med, at der er viden om, at moderen har haft enten et alkohol- eller et stofmisbrug under graviditeten, og der ikke kan findes anden forklaring på den nyfødtes vanskeligheder med at spise.

Diagnoserne er:

DP043: Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt

DP044: Stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt

Opgørelserne over antal nyfødte med følger af moderens alkoholforbrug under graviditeten viser generelt et svingende mønster over årene i perioden fra 1994 – 2014. 41 nyfødte fik stillet diagnosen i 1994. Siden har antallet svinget mellem 29 børn i 1996 og fem børn som det laveste antal i 2010. I 2014 fik 15 børn stillet diagnosen.

Opgørelserne over antal nyfødte med følger af moderens stofmisbrug under graviditeten over perioden fra 1994 – 2014 viser en løbende nedadgående tendens over årene. Det højeste antal: 79 nyfødte fik diagnosen i 1996, mens det laveste antal: 8 nyfødte fik diagnosen i 2014.

På baggrund af blandt andet Sundhedsstyrelsens manglende viden om den praktiske anvendelse af disse to uspecifikke diagnoser i den kliniske praksis, er det ikke muligt at sige noget om udviklingen i antallet nyfødte, der får stillet disse diagnoser eller set i forhold til indsatsen med etableringen af familieambulatorierne.

2.2.3 Antal børn med FAS

En undersøgelse fra Københavns Universitet viser, at der i gennemsnit registreres 11 børn (ved fem års opfølgningstid) årligt med diagnosen Føtalt Alkoholsyndrom (FAS). Undersøgelsen omfatter fødselsårgangene fra 1994 til og med 2010, og den viste, at i alt 153 børn, svarende til mindre end 0,1 pct. af alle levendefødte i denne periode, havde fået stillet diagnosen FAS. Flest børn fik stillet diagnosen i 1994, hvor 23 fik den, mens der alene blev diagnosticeret ét barn med FAS i 2010. Som tidligere nævnt kan diagnosen være vanskelig at stille, og undersøgelsen viste således også, at børnenes gennemsnitlige alder var 5 år ved diagnosticeringen, mens intervallet for diagnosticeringerne gik fra 0-15 år. Antallet af FAS-diagnoser ligger lavt de seneste år i opgørelsen, hvilket kan tilskrives den korte opfølgningstid³. Oversigt over fordelingen af børn i de respektive år ses af tabel 2 nedenfor.

Tabel 2: Andelen af børn født i årene 1994-2010, der blev diagnosticeret med FAS i perioden fra fødsel frem til 2010

Levendefødte børn i alt		Børn diagnosticeret med FAS*	
	Levendefødte børn i alt	Børn diagnosticeret med FAS*	
År	N	N	Pct.
1994	69.667	23	<0,1 pct.
1995	69.771	17	<0,1 pct.
1996	67.638	12	<0,1 pct.
1997	67.756	6	<0,1 pct.
1998	66.260	7	<0,1 pct.

1999	66.313	15	<0,1 pct.
2000	67.176	10	<0,1 pct.
2001	65.447	10	<0,1 pct.
2002	64.109	14	<0,1 pct.
2003	64.759	5	<0,1 pct.
2004	64.898	9	<0,1 pct.
2005	64.524	7	<0,1 pct.
2006	65.254	5	<0,1 pct.
2007	64.846	8	<0,1 pct.
2008	65.380	2	<0,1 pct.
2009	63.161	2	<0,1 pct.
2010	63.747	1	<0,1 pct.

**Føtal AlkoholSyndrom*

Kilde: Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet 2015

Antallet er angivet med procentdel af alle levendefødte børn født samme år.

Oplysningerne stammer fra Medicinsk Fødselsregister og Landspatientregisteret

I Dansk Familieambulatoriedatabase er der i perioden 2011 til 2014 registreret i alt 21 børn, der inden for første leveår har fået stillet diagnosen FAS. Børnene er fordelt med otte i Region Hovedstaden, ni i Region Midtjylland og fire i Region Syddanmark¹⁴.

Ifølge et svensk litteraturstudium fra 2013 viser forskning, at FAS er meget underdiagnosticeret og underrapporteret. Litteraturstudiet konkluderer, at det kræver prævalensstudier både i Sverige og internationalt for at opnå viden om den reelle forekomst af FAS og FASD¹⁵. Disse forhold vurderes på helt tilsvarende vis at gælde for Danmark.

Fra Dansk Familieambulatoriedatabase ses generelt et støt stigende antal børn, der løbende følges i familieambulatorierne fra 2011 til og med 2014. Antallet af børneforløb akkumuleres frem til børnene afsluttes som 7-årige i 2017. Stigningen ses fra antallet af børneforløb, der i 2011 var 123, frem til 2014 med et samlet antal på 608. Antallet af børneforløb var i 2014 fordelt med 168 i Region Hovedstaden, 65 i Region i Region Sjælland, 149 i Region Syddanmark, 186 i Region Midtjylland og 40 i Region Nordjylland¹⁶.

Fra børneforløbene forventes, at der i fremtiden via databasen vil kunne genereres viden om forekomst af abstinenser, FAS og andre rusmiddelrelaterede skader og sygdomme hos børnene. På samme måde vil der via databasen kunne genereres viden om fx rusmiddelrelaterede komplikationer til mødrenes graviditets- og fødselsforløb med mulige konsekvenser for børnene.

2.3 OPSAMLING

Der fødes hvert år børn med alvorlige helbredsproblemer og skader, fordi moderen har haft et forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten. Kvinders forbrug eller misbrug af rusmidler udgør en risiko for fosteret gennem hele graviditeten, da det overføres via moderkagen til fosterets blodbaner. For fosteret er alkohol det farligste af rusmidlerne.

Der foregår i dag ikke en systematisk registrering på området, så det er vanskeligt med sikkerhed at angive, hvor mange børn det drejer sig om, og

hvilke præcise skader disse børn får. Ifølge Sundhedsstyrelsen fødes der årligt mellem 50 og 100 børn med medfødte abstinenser som følge af moderens forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, og i gennemsnit får 11 børn pr. fødselsårgang stillet diagnosen Føtal Alkoholsyndrom (FAS).

FAS er den alvorligste medfødte alkoholskade og fører til livslange handicaps hos børnene. Diagnosen FAS er svær at stille. Enkelte børn får stillet diagnosen i løbet af første leveår, mens de fleste børn først får den stillet under deres opvækst og udvikling, og nogle børn med FAS må formodes aldrig at få stillet diagnosen. FAS udgør kun en lille del af de medfødte alkoholskader, barnet kan pådrage sig, hvis moderen indtager alkohol under graviditeten. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) anvendes i dag som den internationalt anerkendte samlebetegnelse for øvrige typer af medfødte alkoholskader end FAS. FASD dækker alle typer af medfødte alkoholskader, såvel fysiske skader som mentale skader, der ligeledes ofte først vil vise sig senere i barnets liv som funktionsforstyrrelser af fx opmærksomhed, indlæring og adfærd. FASD er ikke en diagnose og registreres derfor ikke som en alkoholskade. Desuden kobles børns funktionsforstyrrelser under opvæksten sjældent til moderens forbrug af alkohol i graviditeten mange år tidligere.

Det bemærkes yderligere, at de gældende diagnoser for medfødte abstinenser hos børn dækker såvel moders misbrug af alkohol og stoffer som moders behandling af et misbrug eller en smerteproblematik under graviditet og fødsel.

Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at det reelle antal børn født med alkoholskader, herunder FAS, er større end det antal børn, der umiddelbart kan opgøres på baggrund af de veletablerede registre.

Gravide kvinders misbrug af andre typer rusmidler end alkohol medfører også risiko for komplikationer under graviditet og fødsel samt risiko for at skade fosteret på forskellig vis, blandt andet i form af risiko for livslange skader som funktionsforstyrrelser, indlæringsvanskeligheder, nedsat opmærksomhed, hukommelse mv.

Der er således en række udfordringer i forhold til at få et samlet billede af, hvor mange børn der fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, og hvilke skader disse børn fødes med, gennem de eksisterende registre. Diagnoserne, som knytter sig til rusmiddelskader hos barnet, er vanskelige at stille, og de eksisterende veletablerede registre gør det vanskeligt senere at kunne knytte skader hos børn til et forbrug eller misbrug af rusmidler hos moderen.

Det er således ikke muligt på baggrund af den eksisterende viden på området at estimere, hvor mange børn der årligt fødes med medfødte rusmiddelskader.

I kapitlet er det beskrevet, at diagnoserne, som knytter sig til rusmiddelskader hos fosteret og det fødte barn, er vanskelige at stille, og de eksisterende registre gør det vanskeligt senere at kunne knytte symptomer hos børnene til et rusmiddelforbrug hos moderen.

Det er derfor ikke muligt at præsentere fyldestgørende data på nationalt, regionalt eller kommunalt niveau for udviklingen af, hvor mange børn der fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, hvilke rusmidler moderen har haft et forbrug eller misbrug af, og hvilke præcise skader dette har medført hos fosteret og barnet.

De begrænsede data på området er en udfordring i forhold til at sikre monitorering af udviklingen over tid af antallet af kvinder med et rusmiddelforbrug, som bliver gravide, og dermed også i forhold til at kunne sikre relevant forebyggelse og afdækning af disse kvinder, så der kan tilbydes relevant behandling og indsats.

Det forventes, at Dansk Familieambulatoriedatabase fremover vil kunne bidrage med yderligere viden om antallet af børn, som fødes med skader, samt hvilke skader børnene fødes med, hvormed indsatsen kan målrettes yderligere. I kapitlet er det beskrevet, at alkohol udgør den største risiko for fosteret og barnet, men alle former for forbrug eller misbrug af rusmidler indebærer en potentiel risiko for at skade fosteret.

KAPITEL 3: EKSISTERENDE VIDEN OM MÅLGRUPPERNES RUSMIDDELFORBRUG

I dette kapitel præsenteres den eksisterende viden om forbrug og misbrug af rusmidler blandt kvinder i den fertile alder og gravide kvinder.

Indledningsvis i dette kapital beskrives en målgruppedefinition af, hvilke kvinder der er tale om, som har et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, og hvor der vil være behov for en indsats, hvis antallet af børn, som fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, skal nedbringes.

3.1 DE FEM DELMÅLGRUPPER

Kvinder i den fertile alder og gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten er en meget differentieret gruppe af kvinder.

Som beskrevet i kapitel 2 kan alkohol og stoffer påføre skader hos fosteret gennem hele graviditeten, og fosteret er særligt i risiko for skader i den første tid af graviditeten.

Gruppen af kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler spænder fra kvinder, som, inden graviditeten var erkendt, ved en eller flere lejligheder har indtaget større mængder alkohol eller andre rusmidler, til kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og i den almindelige misbrugsbehandling.

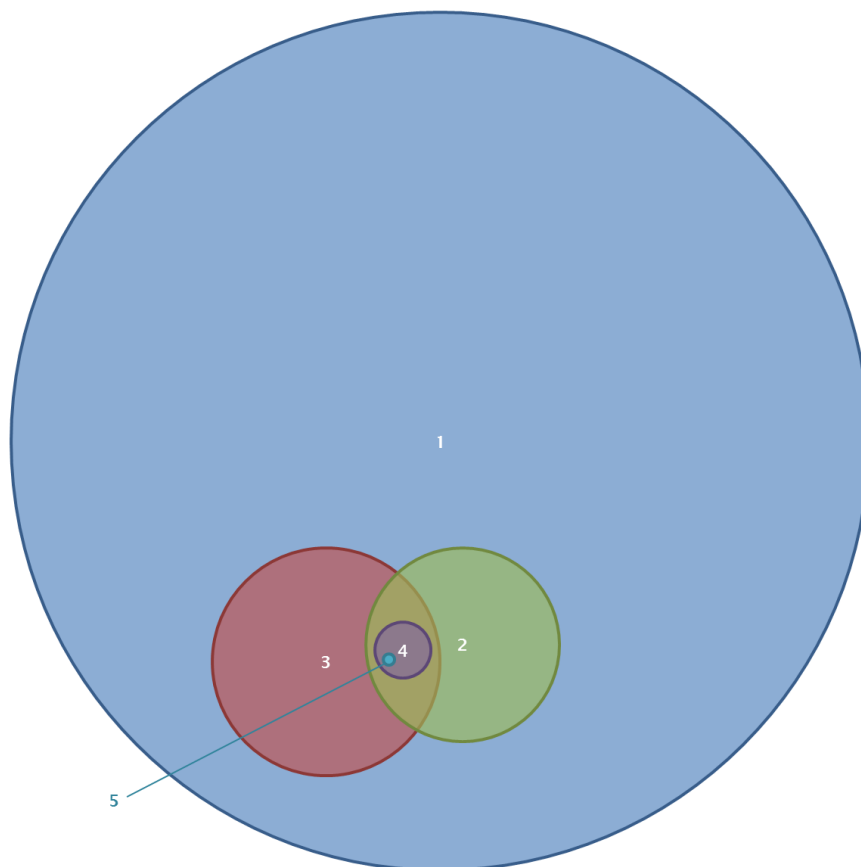
Kvinderne har selv sagt behov for en meget forskellig indsats og støtte gennem graviditeten. Nogle kvinder har primært behov for en rådgivende samtale hos egen læge eller i familieambulatoriet om rusmidlernes skadende effekt, og vil derefter blive fulgt i den almindelige svangreomsorg, mens andre kvinder har behov for massiv støtte med en tæt løbende kontakt - eventuelt dagligt - gennem graviditeten med familieambulatoriet og et kommunalt misbrugsbehandlingstilbud, børnefamilieafdelinger, socialforvaltningen mv. For enkelte kvinder vil indlæggelse med mulighed for sundhedsfaglig observation være nødvendig.

Set i et forebyggende perspektiv er der endvidere behov for at inkludere kvinder i den fertile alder med et forbrug eller misbrug af rusmidler i målgruppen for en forebyggende indsats for at nedbringe antallet af børn, som fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten.

I denne sammenhæng bemærkes, at målgruppeinddelingen og skøn over omfanget af kvinder i de enkelte målgrupper baserer sig på den eksisterende viden om kvinders forbrug af rusmidler. De enkelte skøn over målgruppernes størrelse er således arbejdsgruppens bedste bud og ikke eksakt viden. Skønnene er tænkt som bidrag til forståelse af udfordring og potentiale i forhold til at reducere antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrugt rusmidler under graviditeten.

Arbejdsgruppen har på den baggrund struktureret kvinderne i den fertile alder i de fem nedenstående delmålgrupper, som fremgår af Figur 3.

Figur 4: Opdeling i fem overordnede delmålgrupper



Numrene i figuren refererer til de respektive målgrupper, der omfatter:

- Målgruppe 1: Alle kvinder i den fertile alder (skønnet 1 mio.) – hvoraf størstedelen har et forbrug af alkohol og/eller stoffer
- Målgruppe 2: Alle kvinder i den fertile alder med et alkohol- og/eller stofmisbrug (skønnet 30.000 - hertil kommer kvinder med et skadeligt forbrug af alkohol)
- Målgruppe 3: Alle gravide kvinder (56.000) – hvoraf 40 pct. har en eller flere episoder med et alkoholforbrug på fem genstande eller mere én eller flere gange efter befrugtningen – svarende til skønnet 22.400 gravide kvinder årligt
- Målgruppe 4: Gravide kvinder med et alkohol- og/eller stofmisbrug (skønnet 3.500 årligt)
- Målgruppe 5: Gravide med et betydeligt misbrug af alkohol og/eller stoffer, og som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorierne og i almindelig misbrugsbehandling (skønnet 10-15 årligt)

I de følgende afsnit uddybes de fem overordnede delmålgrupper, der er illustreret i figuren ovenfor.

3.1.1 Alle kvinder i den fertile alder

Den bredeste gruppe er alle kvinder i den fertile alder. Gruppen omfatter kvinder i den fertile alder med et større eller mindre forbrug af alkohol og/eller stoffer, der ikke nødvendigvis er skadeligt for kvinden selv, men som kan indebære en risiko for et eventuelt foster, såfremt kvinden bliver gravid.

Målgruppen af kvinder i den fertile alder udgør godt en million kvinder. Færre end hver sjette kvinde drikker ikke alkohol. De yngre kvinder drikker sjældnere end de ældre, men til gengæld i større mængder for at blive berusede. Således udgør fx gruppen af kvinder i den fertile alder, der har drukket fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang inden for den seneste måned, ca. 316.000 kvinder. Dertil kommer, at mange kvinder har et alkoholforbrug på mere end syv genstande om ugen. Yderligere viser en undersøgelse, at syv pct. af de 15-25 årige kvinder inden for den seneste måned har brugt stoffer, heraf hovedparten hash.

Indsatsen over for kvinder i den fertile alder i forhold til at forebygge risiko for rusmiddelskader hos foster og barn er i særlig grad af generel forebyggende karakter. Det handler om at sikre generel information om rusmidlers skadende virkning for fosteret og barnet til alle kvinder i den fertile alder sammen med anbefaling om at benytte prævention, når kvinder bruger rusmidler, og at stoppe med brug af rusmidler, når en graviditet planlægges.

3.1.2 Kvinder i den fertile alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Den næste gruppe er kvinder i den fertile alder, der har et misbrug af alkohol og/eller stoffer. Denne gruppe udgør en højrisikogruppe i forhold til at udsætte et eventuelt kommende foster for skader, hvis de bruger rusmidler under graviditeten. Gruppen omfatter bl.a. kvinder i den fertile alder, der modtager et tilbud om alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling (ambulant, dag- eller døgnbehandling). Indsatsen over for denne målgruppe vil især koncentrere sig om i forbindelse med misbrugsbehandlingen systematisk at spørge ind til mulig graviditet, oplyse om risiko for fosterskader ved brug af rusmidler under en eventuel kommende graviditet, informere om familieambulatorierne som særligt støttetilbud samt oplyse om prævention og tilbyde hjælp til etablering. Kvinder i denne målgruppe, som bliver gravide, vil skulle henvises til svangreomsorg og behandling i familieambulatorierne.

Målgruppen omfatter ligeledes kvinder med et misbrug af rusmidler, som ikke er tilknyttet misbrugsbehandling, og kvinder med et skadeligt alkoholforbrug. I forhold til disse kvinder handler indsatsen i særlig grad om at afdække kvindernes misbrug gennem kvindens kontakt med øvrige aktører og tilbud, fx praktiserende læge, kommunal sagsbehandler mv., og få hende henvist videre til relevant behandling og rådgivning. Tilsvarende bør samme informationsindsats rettes mod denne gruppe, uanset om kvinderne tager imod tilbud om indsats eller ej.

Den samlede målgruppe skønnes at udgøre ca. 30.000 kvinder årligt, vurderet ud fra opgørelser af kvinder, der er afhængige af alkohol. Dertil kommer, at der også vil være en andel af kvinder i den fertile alder med et skadeligt forbrug af alkohol.

3.1.3 Gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer

Den tredje målgruppe er gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer, som ikke nødvendigvis er skadeligt for kvinden, men som kan være skadeligt for fosteret. Gruppen omfatter kvinder, som har haft en eller flere episoder med indtag af store mængder alkohol eller andre former for rusmidler i starten af graviditeten, måske inden graviditeten er erkendt.

Der kan ligeledes være tale om kvinder, som, inden graviditeten var erkendt, har haft et forbrug af hash, men som er stoppet med dette forbrug, da graviditeten blev konstateret.

Målgruppen skønnes at udgøre ca. 22.400 kvinder årligt vurderet ud fra undersøgelser, der viser, at 40 pct. af de gravide kvinder angiver, at de har haft en eller flere episoder med et forbrug på fem genstande eller flere ved samme lejlighed, når de bliver spurgt i 12. graviditetsuge.¹⁷

Disse kvinder har i særlig grad behov for rådgivning om rusmidlernes skadende indvirkning på fosteret, og kvinden skal sammen med egen læge vurdere, om der er behov for yderligere rådgivning i Familieambulatoriet og/eller anden form for støtte, der kan hjælpe kvinden til ikke at bruge rusmidler.

3.1.4 Gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Den fjerde målgruppe er gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer. Målgruppen skønnes at udgøre ca. 3.500 kvinder årligt vurderet ud fra estimat for dels antallet af børn født af alkohol- og stofafhængige kvinder og dels ud fra antallet af gravide kvinder, der er i behandling på familieambulatorierne eller i alkohol- og stofbehandling, samt antallet af kvinder, der inden for et år før til et år efter en graviditet har været i behandling på sygehus for en alkoholrelateret lidelse.

Denne målgruppe kan ud over behovet for misbrugsbehandling have behov for en helhedsorienteret indsats, herunder andre ydelser efter serviceloven og anden relevant lovgivning.

Indsatsen over for denne målgruppe består af tilbud om såvel behandling i familieambulatoriets specialiserede svangreomsorg for gravide kvinder med alkohol og/eller stofmisbrug som misbrugsbehandling, samt relevant støtte fra kommunen efter reglerne i serviceloven.

Familieambulatoriet har ansvar for at sikre en tværfaglig og tværsektoriel indsats under graviditeten med henblik på at begrænse de skader, et eventuelt misbrug af rusmidler kan påføre fosteret. Familieambulatoriets tilbud omfatter indsatser på flere niveauer fra rådgivende samtale til gravide kvinder, der har haft et (evt. episodisk højt) forbrug af alkohol og/eller stoffer inden erkendt graviditet, til en

specialiseret forebyggende og behandlende svangreomsorg under graviditeten samt opfølgende undersøgelse og behandling af det nyfødte barn og moderen i barselsperioden samt opfølgning indtil 7-årsalderen af børn, der har været eksponerede for rusmidler i fosterstadiet.

Enkelte gravide kvinder har behov for døgnindlæggelse i forbindelse med abstinens- eller substitutionsbehandling, enten hvor tæt sundhedsfaglig overvågning er påkrævet for at reducere risikoen for fosterskader i forbindelse med nedtrapning eller for at støtte den gravide i at modstå rusmiddeltrangen.

Den kommunale misbrugsbehandlingsindsats til målgruppen kan – afhængig af kvindens behov – være i form af ambulant-, dag- eller døgnbehandlingstilbud. Hvis kvinden modtager stofmisbrugsbehandling i form af et døgnbehandlingstilbud, skal kvinden efter serviceloven tilbydes en kontrakt om tilbageholdelse som ramme for behandlingsindsatsen. Hvis kvinden modtager alkoholbehandling i form af et døgnbehandlingstilbud, kan kvinden efter sundhedsloven tilbydes en kontrakt om tilbageholdelse. Reglerne herom er beskrevet nærmere i kapitel 6.

Yderligere indsatser til denne målgruppe kan omfatte tilbud om støtte fra den kommunale forvaltning i forhold til kvindens samlede livssituation, herunder afklaring af forældreevne i forhold til det kommende barn eller allerede iværksat støtte i forbindelse med eksisterende børn. Den samlede indsats skal tilpasses ud fra en vurdering af den enkelte kvindes behov for støtte til såvel rusmiddelbrug som graviditet mv. Det er vigtigt, at indsatserne fra de forskellige involverede parter er koordinerede og også opleves som koordinerede af den gravide kvinde.

3.1.5 Gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og i almindelig misbrugsbehandling

Den sidste og mindste målgruppe er gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og i almindelig misbrugsbehandling.

Denne målgruppe udgør de ganske få kvinder, som det trods massiv indsats fra familieambulatorium, kommunale misbrugsbehandlingstilbud af forskellig karakter og andre kommunale indsatser ikke lykkedes at fastholde i et kontinuerligt behandlingsforløb med risiko for betydelige skader på fosteret til følge.

Indsatsen over for denne målgruppe består som for målgruppen ovenfor af tilbud om specialiseret svangreomsorg og sundhedsfaglig behandling i familieambulatoriet kombineret med misbrugsbehandling i kommunalt regi (inkl. tilbud om kontrakt om tilbageholdelse i døgntilbud) samt øvrig hjælp efter serviceloven og anden relevant lovgivning. Også over for denne målgruppe har familieambulatoriet ansvar for at sikre en tværfaglig og tværsektoriel indsats under graviditeten med henblik på at begrænse de skader, et eventuelt misbrug af rusmidler kan påføre fosteret. Familieambulatoriets tilbud til denne målgruppe

er det samme som i forhold til målgruppe 4, jf. ovenfor, men det vurderes, at denne gruppe ville kunne have gavn af yderligere indsatser. Dels i forhold til at forebygge omfanget af eventuelle skader på fosteret, dels i forhold til kvindens generelle situation.

Familieambulatorierne skønner, at denne gruppe omfatter 10-15 kvinder årligt.

3.2 EKSISTERENDE VIDEN OM RUSMIDDEFORBRUG BLANDT KVINDER I DEN FERTILE ALDER

I dette afsnit præsenteres eksisterende viden om forbrug af rusmidler blandt kvinder i den fertile alder. Der ses i særlig grad et betydeligt forbrug af alkohol blandt kvinder i den fertile alder, men også et betydeligt forbrug af hash. Et forbrug, der vil indebære en risiko for fosteret, såfremt kvinden bliver gravid. Der er derfor et særligt opmærksomhedspunkt i forhold til kvinder, som planlægger at blive gravide og i forhold til endnu ikke erkendte graviditeter.

3.2.1 Kvinder i den fertile alders forbrug af alkohol

Færre end hver sjette kvinde i alderen 16-49 år undlader helt at drikke alkohol. Sundhedsprofilerne og andre undersøgelser viser generelt et billede af, at yngre kvinder i alderen 16-24 år har det største alkoholforbrug. Der er dog en faldende tendens fra 2008 til 2013.¹⁸ De yngre kvinder drikker sjældnere end ældre kvinder, men i større mængder ved enkeltepisoder for at blive berusede.

Det ugentlige alkoholforbrug for kvinder i 2013 var blandt de:

- 16-24 årige, at 37 pct. drak > 7 genstande og 15 pct. > 14 genstande
- 25-34 årige, at 17 pct. drak > 7 genstande og 5 pct. > 14 genstande
- 35-44 årige, at 10 pct. drak > 7 genstande og 3 pct. > 14 genstande

I forhold til gruppen af kvinder i den fertile alder (her fra 25-44 årige), der drikker mere end 14 genstande om ugen, fordeler de sig yderst jævnt over uddannelseskategorierne: Grundskole, kort uddannelse, kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og videregående uddannelse¹⁹.

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil for 2013 viste følgende procentvise fordeling af kvinder, der havde et episodisk højt alkoholforbrug (det vil sige fem genstande eller mere ved samme lejlighed) mindst én gang om måneden fordelt på alderskategorier:

- 53 pct. i alderen 16-24 år
- 27 pct. i alderen 25-34 år
- 15 pct. i alderen 35-44 år²⁰

3.2.2 Kvinder i den fertile alders brug af stoffer

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2013 viser, at knap hver tiende kvinde i den fertile alder (16-49 år) har taget stoffer – heraf hovedparten hash -

inden for det sidste år. Nedenstående tabel viser den procentvise fordeling af fertile kvinders forbrug af hash og andre stoffer end hash.

Tabel 3: Fertile kvinders (16-49 år) forbrug af stoffer

	Alle stoffer	Hash	Andre stoffer end hash
Forbrug det seneste år	8,7 pct.	8,3 pct.	1,5 pct.
Forbrug nogensinde	37,1 pct.	36,3 pct.	8,4 pct.

Kilde: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY, 2013)

I 2013 har 19 pct. af kvinder i alderen 16-19 år og 21 pct. af kvinder i alderen 20-24 år brugt hash inden for det seneste år. Andelen af kvinder falder med alderen fra 8 pct. for de 25-29 årige til én pct. blandt de 40-44 årige. Ses der på udbredelsen af andre illegale stoffer end hash, såsom fx amfetamin, kokain og ecstasy, er udbredelsen langt mindre end udbredelsen af hash. I 2013 har mellem 0,6 og 1,3 pct. af de unge kvinder under 25 år brugt et eller flere af disse stoffer inden for det seneste år. Efter 25-årsalderen aftager brugen af amfetamin, kokain og ecstasy til meget lave værdier²¹.

I 2014 har 6,9 pct. af kvinder i alderen 15-25 år brugt stoffer inden for den sidste måned. Langt hovedparten har brugt hash, nemlig 6,3 pct. mindst én gang inden for den sidste måned, og 1,3 pct. mindst 20 dage i den sidste måned. Forbruget af centralstimulerende stoffer er betydeligt mindre og ligger på omkring 0,6 pct. af kvinder i alderen 15-25 år²².

3.3 EKSITERENDE VIDEN OM MISBRUG HOS KVINDER I DEN FERTILE ALDER

Af Det Nationale Alkohol Behandlingsregister (NAB) fremgår, at der på landsplan årligt er knap 3000 kvinder i den fertile alder, der indgår i alkoholbehandling i henhold til Sundhedslovens § 141²³. Målt på baggrund af estimat fra 2008 af antallet af alkoholafhængige voksne danskere²⁴ kan det konstateres, at kun omkring en tiendedel af de personer, der er afhængige af alkohol, modtager alkoholbehandling²⁵.

Af Stofmisbrugsdatabasen fremgår det, at der i perioden 2008-2011²⁶ årligt er blevet indskrevet mellem 1.200 og 1.300 kvinder i alderen 18 til 49 år i social stofmisbrugsbehandling i henhold til servicelovens § 101.

Disse kvinder har alderen til at være potentielt kommende mødre og udgør dermed en risikogruppe i forhold til at udsætte et eventuelt kommende foster for rusmidler under graviditeten.

3.4 EKSISTERENDE VIDEN OM GRAVIDE KVINDER MED ET FORBRUG AF ALKOHOL OG/ELLER STOFFER

En undersøgelse fra Københavns Universitet²⁷ – ud fra data fra Den Aarhusianske Fødselskohorte²⁸ – viser, at 40 pct. af de gravide i 2013 har haft én eller flere episoder med et alkoholforbrug på fem genstande eller derover ved samme lejlighed. De 40 pct. er fordelt med 24 pct. med én episode, 11 pct. med to episoder og 5 pct. af de gravide har haft tre eller flere episoder. Fra registeret vides ikke, hvor mange genstande de gravide nåede op på ved disse lejligheder. Episoderne fandt sted fra befrugtningen og koncentrerede sig primært om de tidlige uger i graviditeten, hvor den ofte endnu ikke er konstateret²⁹, men hvor de tidlige fosterstrukturer dannes. Des flere episoder med et alkoholforbrug på fem genstande eller derover ved samme lejlighed des større risiko for fosteret.

Et mindre pilotprojekt, som blev gennemført i 2013 i relation til familieambulatoriet i Region Syddanmark, kan ligeledes bidrage med viden. Formålet med projektet var at estimere forekomsten af gravide kvinder med forbrug af andre rusmidler end alkohol under graviditeten. På få fastlagte dage og i forbindelse med ultralydsscanning fik alle gravide i Region Syddanmark tilbudt en anonym undersøgelse for forbrug af rusmidler. Den gravide kvindes urin blev undersøgt for opiat, cannabis, benzodiazepin, amfetamin, metamfetamin, kokain og metadon. Undersøgelsen viste, at 88 pct. af de fremmødte gravide kvinder deltog i undersøgelsen, og heraf blev 3,6 pct. svarende til 22 gravide testet positive: 19 for opiat og tre for cannabis. Gennemsnitsalderen for de gravide, der indgik i undersøgelsen, var 29 år.³⁰

Disse nyere undersøgelser peger på, at en stor gruppe af gravide har indtaget rusmidler i graviditeten – de fleste helt tidligt i graviditeten, før den var erkendt.

3.5 EKSISTERENDE VIDEN OM GRAVIDE KVINDER MED ET MISBRUG AF ALKOHOL OG/ELLER STOFFER

Der er i de eksisterende registre en række udfordringer i forhold til at få et fyldestgørende billede af, hvor mange gravide kvinder der har et misbrug af rusmidler, og hvilket misbrug de har.

Der er som sagt ikke i Stofmisbrugsdatabasen og i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) adgang til systematiske data på, hvor mange gravide kvinder der indgår i et behandlingsforløb for stof- og/eller alkoholmisbrug, og hvordan dette tal har udviklet sig over tid. Det er heller ikke muligt ud fra disse data at få et fyldestgørende billede af, hvad der kendetegner gravide kvinder med et rusmiddelforbrug. Dertil kommer, at der vil være kvinder med et rusmiddelforbrug eller et misbrug, som ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet eller det sociale hjælpesystem.

Manglen på data i registrene for rusmiddelbehandling er en udfordring, men data fra nyere undersøgelser samt Dansk Familieambulatoriedatabase kan medvirke til at tegne et billede af gruppen.

Center for Rusmiddelforskning skønner, at der årligt fødes ca. 3.500 børn af mødre, der er afhængige af alkohol og/eller stoffer³¹. De følgende opgørelser og undersøgelser understøtter bredt set dette estimat.

3.5.1 Gravide kvinder i behandling i familieambulatorierne

De fem regionale familieambulatorier startede op i drift fra 2011 som et landsdækkende tilbud til gravide kvinder med et forbrug af rusmidler. Data fra Dansk Familieambulatoriedatabase viser overordnet set en jævn stigning i antallet af gravide kvinder med et forbrug af rusmidler (herunder også afhængighedsskabende medicin), som blev henvist til familieambulatorierne fra 2011 til og med 2014. I 2011 blev der i alt henvist 140 gravide med en stigning til i alt 790 gravide i 2014. Data her er med forbehold, da indberetningen til Dansk Familieambulatoriedatabase ikke er komplet.

Ifølge evalueringen af etableringen af familieambulatorierne³² er antallet af henviste gravide kvinder i perioden 2011-2014 fordelt på regioner steget fra:

- 83 til 254 i Region Hovedstaden
- 27 til 113 i Region Sjælland
- 9 til 173 i Region Syddanmark
- 11 til 221 i Region Midtjylland
- 10 til 29 i Region Nordjylland

Fordelingen af de gravide kvinders forbrug på forskellige rusmidler fremgår også af databasen. Opgørelsen af rusmiddelforbruget sker ved udskrivning. Der er registreringer for 537 kvinder i alt. Den viser, at:

- 317 gravide har haft et forbrug af andre rusmidler/afhængighedsskabende medicin end alkohol
- 152 gravide har kun brugt alkohol som rusmiddel
- 67 gravide har brugt alkohol kombineret med andet/andre rusmidler

Størstedelen af kvinderne i behandling i familieambulatorierne har således haft et forbrug af andre rusmidler end alkohol, 28 pct. af de gravide kvinder har brugt alkohol som eneste rusmiddel, mens en mindre del af kvinderne har brugt alkohol sideløbende med andre rusmidler. Ifølge familieambulatorierne udgøres gruppen af gravide kvinder, der udelukkende har brugt alkohol, typisk af unge, der har haft episoder med forbrug af alkohol på fem genstande eller mere ved samme lejlighed, inden de vidste, at de var gravide³³.

Gravide kvinder i kontakt med familieambulatorierne består af en meget bred målgruppe. Der er kvinder, der har forbrugt rusmidler, indtil de erkendte graviditeten, og har stoppet forbruget. Nogle af disse kvinder mestrer ophøret på egen hånd med støtte i en enkelt eller få rådgivende samtaler, og andre har brug for støttende samtaler med et vist interval til at fastholde ophøret. Andre igen har behov for abstinens- eller substitutionsbehandling og mere eller mindre intensiv løbende kontakt - heraf har nogle behov for døgnophold til abstinens-/substitutionsbehandling og/eller aflastning på grund af svære livsomstændigheder.

Enkelte gravide kvinder, som har stærk afhængighed af rusmidler, og som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, kan familieambulatorierne have svært ved at fastholde i behandling. Lederne af familieambulatorierne har i fællesskab vurderet denne gruppe til at bestå af 10-15 gravide kvinder årligt.

Tabel 4: Oversigt over befolkning og fødsler i regionerne, antal henvisninger til familieambulatorierne (antal og pct. 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
Befolkningstal 2013¹	1.747.596	1.276.604	580.886	816.460	1.201.955
Antal fødsler 2013²	19.973	12.913	5.221	6.463	11.303
Antal henvisninger til FA i 2014 (andel henviste per antal fødsler)	254 (1,3 pct.)	221 (1,7 pct.)	29 (0,6 pct.)	113 (1,4 pct.)	173 (1,5 pct.)
Anslået antal kvinder i målgruppen³	719	465	188	233	406

1: Statistikbanken (4.kvartal 2013).

2: Statistikbanken (antal levendefødte)

3: Forventet/anslået antal kvinder i målgruppen baseret på estimat fra pilotstudium i Region Syddanmark

Kilde: Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015 tal kvinder i målgruppen baseret på fødselstal og stikprøveundersøgelse af rusmiddelforbrug blandt gravide

Som det fremgår ovenfor, var der i 2014 registeret 790 kvinder, som var henvist til familieambulatorierne. På baggrund af kendskabet til antallet af henviste kvinder og det estimerede antal kvinder i målgruppen, vurderes der at være et mørketal i forhold til antallet af kvinder med et forbrug og misbrug af rusmidler, som vil kunne have behov for den specialiserede indsats, som familieambulatorierne kan tilbyde kvinderne.

3.5.2 Gravide kvinder med et misbrug af alkohol

Københavns Universitet har i 2015 udarbejdet publikationen "Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile i Danmark" til brug for opdatering af Sundhedsstyrelsens vidensgrundlag i forhold til styrelsens tilrettelæggelse af tiltag inden for forebyggelse af medfødte alkoholskader hos børn og målretning af interventioner i forhold til gravide kvinder med et alkoholforbrug. Flere af de undersøgelser, der beskrives i det følgende, stammer fra denne publikation.

Da der ikke sker en systematisk registrering af, om kvinder i alkoholbehandling er eller bliver gravide under behandlingsforløbet, er antallet af gravide kvinder i alkoholbehandling formentlig ukendt i kommunerne. Denne antagelse bekræftes af, at kun én af 10 adspurgte kommuner havde kendskab til én gravid kvinde i alkoholbehandling i perioden 2011 til 2012.³⁴

En registerbaseret undersøgelse, hvor man har koblet data fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Medicinsk Fødselsregister, Landspatientregisteret og Abortregisteret i perioden fra 2007 til 2010, har imidlertid afdækket antallet af kvinder i alkoholbehandling inden for perioden fra et år før en graviditet til et år efter graviditetens afslutning. I gennemsnit drejede det sig om 97 kvinder årligt³⁵. Disse kvinder må betragtes som værende i højrisiko for at udsætte fosteret for alkohol under graviditeten – måske kombineret med andre rusmidler.

En anden undersøgelse baseret på data udelukkende fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister i perioden 2007-2011 (selvrapporterede data fra kvinderne via alkoholbehandlingsinstitutionen) viste, at der i gennemsnit var 27 kvinder årligt i alkoholbehandling i perioden fra ét år før, kvinderne har født et barn, til ét år efter³⁶. Disse kvinder har således fået deres barn i meget tæt tidsmæssig tilknytning til deres behandling for alkoholafhængighed og må ligeledes betragtes som værende i højrisiko for at have indtaget alkohol og andre rusmidler i forbindelse med graviditeten.

De *gennemsnitlige* karakteristika ved disse kvinder var:

- Alder var 33 år ved barnets fødsel
- Overforbruget af alkohol startede ved 25-årsalderen og havde stået på i 6 år
- 77 pct. brugte ikke andre rusmidler
- 13 pct. oplyste andet rusmiddelbrug; heraf halvdelen hash
- To hjemmeboende børn under 18 år³⁷

På alkoholområdet generelt vurderes der at være en betydelig andel af kvinder med et behandlingskrævende alkoholforbrug, som ikke er tilknyttet et alkoholbehandlingstilbud. Det skønnes, at det kun er cirka 1/10 af den vurderede samlede gruppe af kvinder (og mænd) med alkoholafhængighed, der indgår i en offentlig finansieret alkoholbehandling, hvorfor også gruppen af gravide kvinder med alkoholafhængighed må antages at være betydelig større.³⁸

Med henblik på at afdække potentiale for at identificere gravide i højrisiko for at udsætte deres foster for alkohol gennemførte Københavns Universitet også en registerbaseret undersøgelse af antallet af gravide i behandling på sygehusene for en alkoholrelateret sygdom i perioden 1995 til 2009. Data stammer fra Landspatientregisteret, Medicinsk Fødselsregister og Abortregisteret. Gennemsnitligt fandtes årligt 370 kvinder, der havde fået stillet en alkoholrelateret diagnose på sygehus inden for perioden fra ét år før en graviditet til og med ét år efter graviditetens afslutning. Det svarer til 0,4 pct. af alle graviditeter.

3.5.3 Gravide kvinder med et misbrug af stoffer

Der sker som tidligere nævnt ikke en systematisk registrering af graviditet hos kvinder indskrevet i social stofmisbrugsbehandlingsbehandling, hvorfor der ikke er fyldestgørende data for antal gravide kvinder i social stofmisbrugsbehandling. I stofmisbrugsdatabasen registreres det, når en kvinde er gravid ved anmodning om stofmisbrugsbehandling og/eller ved indskrivning i døgnbehandling. Det betyder bl.a., at det ikke registreres, hvis en kvinde først finder ud af at hun er gravid, eller hvis hun bliver gravid, i løbet af et behandlingsforløb. Tal fra stofmisbrugsdatabasen viser, at der i perioden 2008 til 2011 var mellem 3 og 12 kvinder pr. år, der var gravide ved anmodning om social stofmisbrugsbehandling. I alt har 32 kvinder oplyst, at de var gravide ved anmodning om behandling i denne periode.

Data fra Stofmisbrugsdatabasen viser ikke noget entydigt billede af disse kvinder. Omkring en tredjedel af kvinderne udeblev fra behandlingen, inden de var færdigbehandlede, en fjerdedel af kvinderne havde ophørt med brugen af stoffer ved behandlingsafslutning og en fjerdedel var stadig i behandling ved

periodens ophør. Længden af behandlingsforløbet varierer fra 61 dage for det korteste forløb for en gravid kvinde, der gennemførte et behandlingsforløb som stoffri. Det længste forløb udgjorde 1.121 dage for en kvinde, som var gravid ved indskrivning, og som ikke blev færdigbehandlet, da hun til sidst udeblev fra behandlingen.

Til trods for, at der ikke foregår en systematisk registrering af graviditeter hos kvinder i stofmisbrugsbehandling, er dette dog ikke ensbetydende med, at de gravide kvinder, der har et misbrug af rusmidler, ikke får misbrugsbehandling eller anden relevant støtte. Center for Rusmiddelforskning vurderer, at størstedelen af de gravide kvinder med et misbrug af andre stoffer end hash er kendte i det eksisterende hjælpesystem, ikke mindst i stofmisbrugsbehandling, på smerteklinikker og/eller i de regionale familieambulatorier³⁹.

3.5.4 Gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en udsat og sårbar livssituation

Som ovenfor beskrevet under afsnittet om gravide kvinder i behandling i familieambulatorierne, er der en lille gruppe af de gravide kvinder med et misbrug af rusmidler, som de regionale familieambulatorierne har svært ved at fasholde i behandling.

Disse kvinder er kendetegnet ved at have en stærk afhængighed af rusmidler, og de befinder sig ofte også i en særlig sårbar og udsat livssituation. Som tidligere beskrevet findes der på nuværende tidspunkt ikke en systematisk dokumentation af gravide kvinder med et misbrug af rusmidler, men erfaringen fra praksis peger på, at disse kvinder ud over en stærk afhængighed af rusmidler, ofte ligeledes har en række andre betydelige, sociale problemer, som fx psykiske problemer, skrøbelige sociale relationer eller konfliktfyldte relationer med risiko for vold, ustabil boligsituation mv. Ofte er der tale om kvinder, som generelt har en skrøbelig relation til andre sociale eller sundhedsmæssige tilbud.

Lederne af de fem regionale familieambulatorier skønner, at denne målgruppe omfatter 10-15 gravide kvinder årligt.

3.6 OPSAMLING

Kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler er en differentieret gruppe, både hvad angår selve forbruget eller misbruget af rusmidler og det konkrete behov for støtte under graviditeten i forhold til deres forbrug eller misbrug af rusmidler og tilsvarende i tiden efter fødslen.

Arbejdsgruppen har på den baggrund struktureret kvinderne i den fertile alder i de fem nedenstående delmålgrupper:

- Målgruppe 1: Alle kvinder i den fertile alder (skønnet 1 mio.) – hvoraf størstedelen har et forbrug af alkohol og/eller stoffer
- Målgruppe 2: Alle kvinder i den fertile alder med et alkohol- og/eller stofmisbrug (skønnet 30.000 - hertil kommer kvinder med et skadeligt forbrug af alkohol)
- Målgruppe 3: Alle gravide kvinder (56.000) – hvoraf 40 pct. har en eller flere episoder med et alkoholforbrug på fem genstande eller mere én eller

flere gange efter befrugtningen – svarende til skønnet 22.400 gravide kvinder årligt

- Målgruppe 4: Gravide kvinder med et alkohol- og/eller stofmisbrug (skønnet 3.500 årligt)
- Målgruppe 5: Gravide med et betydeligt misbrug af alkohol og/eller stoffer, og som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorierne og i almindelig misbrugsbehandling (skønnet 10-15 årligt)

De eksisterende data på området giver ikke en fyldestgørende viden om disse kvinder, og det er derfor ikke muligt at præsentere fyldestgørende data for udviklingen af målgruppen, kvindernes rusmiddelforbrug eller for fordelingen af kvinder regionalt eller kommunalt.

De begrænsende data på området er en udfordring i forhold til at sikre monitorering af udviklingen over tid af antallet af kvinder med et rusmiddelforbrug, som bliver gravide, og dermed også i forhold til at kunne sikre relevant forebyggelse og afdækning af, hvem disse kvinder er, så der kan tilbydes relevant behandling og indsats.

Det er imidlertid arbejdsgruppens vurdering, at databasen, som er oprettet i tilknytning til de fem regionale familieambulatorier, fremadrettet vil kunne tilføre området mere viden om antallet af gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler, samt hvad der kendetegner disse kvinder.

I nærværende kapitel er der præsenteret data og undersøgelser, som er med til at give et billede af, hvor store de forskellige målgrupper af kvinder i den fertile alder og målgrupper af gravide kvinder er. Det billede, der tegner sig på baggrund af den aktuelle viden, viser et spænd fra kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer, som de stopper med ved konstateret graviditet, til gravide kvinder med et rusmiddelproblem, der indebærer betydelig risiko for helbredsproblemer og skader på fosteret, og som ofte er i en særlig udsat og sårbar livssituation.

Kvinder med en behandlingskrævende alkohol- og stofproblematik må betragtes som en højrisikogruppe i forhold til at udsætte et foster for skader under en graviditet. Men også gravide kvinder, der har eller har haft et mindre rusmiddelforbrug af alkohol og/eller stoffer, kan risikere at skade fosteret, fx ved gentagne episoder med højt alkoholforbrug ved samme lejlighed eller ved et løbende forbrug af alkohol eller andre rusmidler.

Familieambulatorierne har i 2014 fået henvist i alt 790 gravide kvinder til behandling. Groft skønnet på baggrund af viden fra et pilotprojekt i Region Syddanmark, der screenede gravide kvinder for en række stoffer, modtager familieambulatorierne således i dag kun ca. 1/3 af målgruppen af gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer, der kan udgøre en risiko for fosteret. Således vurderer arbejdsgruppen, at skønnet fra Center for Rusmiddelforskning over antallet af børn (3.500), der årligt fødes af mødre, der er afhængige af alkohol og/eller stoffer, er realistisk.

Familieambulatorierne har i dag svært ved at fastholde en lille andel- vurderet til 10-15 gravide kvinder årligt - af de mest belastede gravide kvinder med et misbrug i behandling.

KAPITEL 4: FAMILIEAMBULATORIERNES ROLLE

Som beskrevet i kapitel 3 er gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler en differentieret gruppe af kvinder med forskellige behov for støtte og hjælp både inden graviditeten, under graviditeten og efter graviditeten. Der findes efter både serviceloven og sundhedsloven en række forskellige støttemuligheder til både kvinden, barnet og familien, som beskrives i de følgende kapitler.

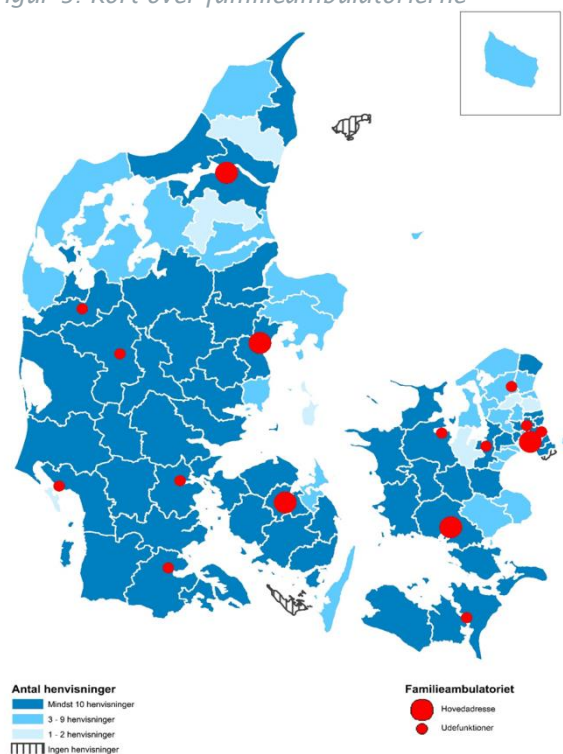
I dette kapitel beskrives indledningsvis det specialiserede tilbud til gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler samt til børnene efter fødslen, som de fem regionale familieambulatorier udgør. Beskrivelsen af familieambulatoriernes tilbud i rapporten tager udgangspunkt i "Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 2009" og "Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen 2010, 2. oplag, 1. udgave". Set i forhold til den målgruppeopdeling af kvinderne, som blev beskrevet i kapitel 3, er familieambulatorierne i særlig grad henvendt til målgrupperne 3, 4 og 5, jf. figur 3. Familieambulatoriet kan dog også yde rådgivning til kvinder i den fertile alder med et misbrug, som ønsker at blive gravide, jf. målgruppe 2 i figur 3.

De tre grupper udgør en differentieret målgruppe med forskellige problemstillinger og behov. Som det vil blive beskrevet i dette kapitel, yder familieambulatorierne i forhold til disse tre grupper af kvinder henholdsvis rådgivning, specialiseret svangreomsorg og anden sundhedsfaglig behandling samt støtte målrettet kvindernes forskellige problemstillinger og livssituationer.

4.1 FAMILIEAMBULATORIERNES ETABLERING

Siden 2011 har alle fem regioner etableret familieambulatorier i tilknytning til de gynækologisk-obstetriske afdelinger på store sygehuse i regionerne.⁴⁰ I alle regioner på nær Region Nordjylland er der desuden etableret udefunktioner på mindre sygehuse for at sikre geografisk nærhed for de gravide og deres familier. Se kortet herunder for placering af hovedfunktion og udefunktioner.

Figur 5: Kort over familieambulatorierne



Familieambulatorierne skal supplere den kommunale indsats ved at yde en specialiseret indsats med fokus på graviditeten og de skader, et eventuelt forbrug eller misbrug af rusmidler kan påføre fosteret.⁴¹

Familieambulatorierne skal således ikke erstatte eksisterende tilbud og relationer mellem den gravide og øvrige tilbud på området, fx tilbud om alkoholbehandling og stofmisbrugsbehandling eller den kommunale børne- og familieafdeling. I stedet skal den sociale og behandlingsmæssige indsats fra de øvrige tilbud suppleres med den specialiserede indsats med fokus på graviditeten og barnet efter fødslen, som familieambulatorierne kan tilbyde. Det er således hensigten, at alle professionelle, der kommer i kontakt med gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler, skal være bekendt med familieambulatoriernes tilbud om rådgivning og behandling og hurtigst muligt henvise den gravide hertil.

Med henblik på at sikre denne praksis blandt både de regionale og kommunale aktører anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der indgås lokale samarbejdsaftaler mellem de regionale familieambulatorier og øvrige relevante regionale parter samt med hver kommune i regionen⁴² (se mere om samarbejdsaftaler i regi af Sundhedsaftalerne senere i dette kapitel).

4.2 FAMILIEAMBULATORIERNES ORGANISERING OG MÅLGRUPPE

Familieambulatoriet er en tværfaglig enhed, som varetager den specialiserede forebyggende og behandlende svangreomsorg for gravide med forbrug af rusmidler. Herudover varetager familieambulatoriet undersøgelse og behandling

af det nyfødte barn og moderen i barselsperioden samt opfølgning indtil 7-årsalderen af børn, der har været eksponerede for rusmidler i fosterstadiet.

Målgruppen for familieambulatorierne er:

- Gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter, som medfører en risiko for fosteret
- Gravide, som inden for de seneste to år har haft et afhængighedsforbrug af rusmidler og/ eller afhængighedsskabende medikamenter
- Børn i alderen 0-7 år som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler
- Gravide, hvis partner har et afhængighedsforbrug af rusmidler, som kan have konsekvenser for svangerskabet eller barnets udvikling efter fødslen⁴³

Indsatsen i familieambulatorierne er baseret på en tværfaglig og tværsektoriel, helhedsorienteret tilgang, hvor hensigten er, at forebyggelse og behandling skal sættes ind tidligt, intensivt og koordineret. Ikke kun i forhold til rusmiddelforbruget, men samlet i forhold til kvindens fysiske og psykiske helbredstilstand, samt socialt i forhold til hendes og familiens livssituation. Familieambulatorierne har således en betydelig opgave i forhold til sikre et tæt og koordineret samarbejde med øvrige tilbud og indsatser, som kvinden er i kontakt med.

Det er hensigten, at familieambulatoriet i forhold til deres målgruppe skal varetage den samlede svangreomsorg og blandt andet sammen med de øvrige tilbud, som kvinden er i kontakt med, støtte kvinden i hurtigst muligt at undgå eller begrænse fosterets udsættelse for rusmidler.

Nogle gravide klarer selv et ophør med rusmiddelforbruget, andre har behov for enkelte støttende samtaler eller et samtaleforløb, og andre igen har behov for abstinensbehandling i forbindelse med ophøret, mens nogle gravide har behov for substitutionsbehandling for at nedbringe risikoen for skadevirkninger på fosteret.

Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat af speciallæger (inden for obstetrik og pædiatri), jordemødre, psykologer, socialrådgivere og sekretærer.

Familieambulatoriet arbejder tæt sammen med relevante afdelinger på sygehuset som fx svangre-, føde- og barselsafdelinger, infektionsmedicinsk afdeling, psykiatrisk afdeling.

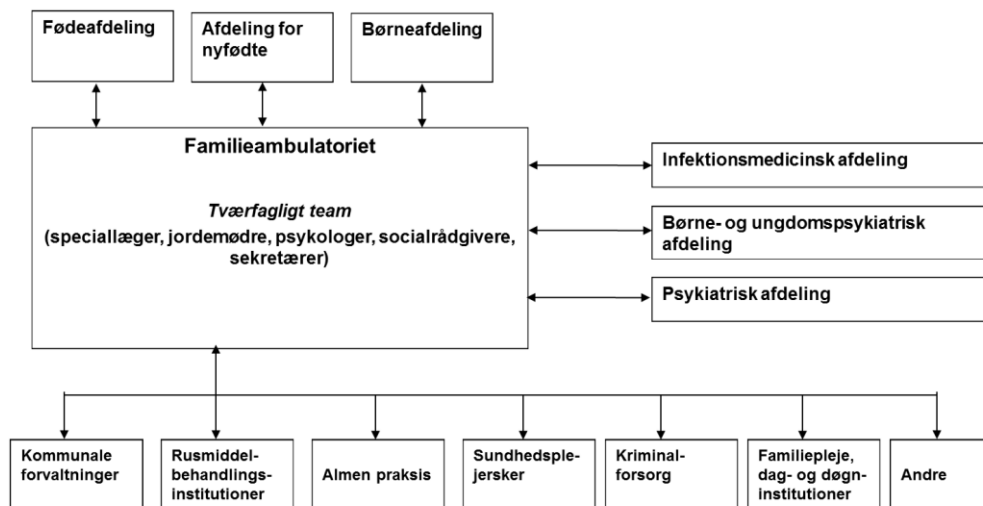
4.3 RAMMEN OM TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

En betydelig andel af de kvinder, som familieambulatorierne følger gennem deres graviditet og efter fødslen, er kvinder, som har komplekse problemer, og som har behov for støtte fra forskellige dele af det sociale og sundhedsmæssige hjælpesystem. Derfor er det en afgørende del af familieambulatoriernes arbejde at sikre et tæt samarbejde med andre professionelle aktører og myndighedsudøvere. Disse kan omfatte forskellige forvaltninger i kommunen, sundhedsplejen, alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud, andre typer af dag-

og døgntilbud, gadeplanstilbud samt almen praksis, andre hospitalsafdelinger, herunder voksenpsykiatrien, smerteklinikker, kriminalforsorgen, mv.

I figuren nedenfor er det regionale familieambulatoriums samarbejdsrelationer i forbindelse med behandling af gravide med et forbrug af rusmidler illustreret.

Figur 6: Eksempel på familieambulatoriernes samarbejdsrelationer



Kilde: Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier. Sundhedsstyrelsen 2009.

Afholdelse af tværsektorielle koordinationsmøder er et vigtigt redskab i planlægningen, koordineringen og den løbende justering af den fælles tværsektorielle indsats, som familieambulatorierne koordinerer. Det er familieambulatorierne, der har ansvaret for at indkalde til og afholde disse samt hurtigt at udarbejde referat til deltagerne af møderne.

I forhold til socialt udsatte gravide kvinder, som det er vanskeligt at opretholde en kontinuerlig og tæt kontakt med, kan det være relevant at inddrage kommunens støttekontaktpersonkorps og deres faglighed i forhold til det kontaktskabende og relationsopbyggende arbejde, jf. afsnit 5.4.

Som udgangspunkt skal den gravide kvinde og hendes partner tilbydes at deltage i det tværsektorielle koordinationsmøde, og de vælger i samarbejde med familieambulatoriet, hvem der vil være de relevante deltagere til det første møde. For at støtte den gravide kvinde og hendes partner i at deltage i møderne tilstræber familieambulatorierne, at den gravide kvinde og hendes partner har en fast kontaktperson, der deltager i møderne, og som kan støtte kvinden og sikre, at hun ved, hvad mødet drejer sig om, og at hun forstår de beslutninger, der tages, og hvilke konsekvenser det kan have for hende og fosteret. Den gravide kvinde og hendes partner skal samtidig give deres samtykke til inddragelsen af de relevante deltagere. Som oftest vil den kommunale forvaltning samt det eventuelle tilbud om misbrugsbehandling, som kvinden er tilknyttet, deltage i koordinationsmødet, og den praktiserende læge og sundhedsplejersken inviteres som regel med.

Ønsker den gravide kvinde og hendes partner ikke at give samtykke til deltagelse af de relevante samarbejdspartnere, må familieambulatoriet vurdere, om der er

grundlag for at underrette den kommunale forvaltning, jf. § 153 om underretningspligt i serviceloven.

Fagpersoner har ifølge denne bestemmelse pligt til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet fx får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold. Dvs., at fagpersonerne også har underretningspligt, hvis en gravid kvindes adfærd giver grund til at antage, at hendes barn efter fødslen kan få behov for særlig støtte efter serviceloven.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at familieambulatorierne og de enkelte kommuner i fællesskab sikrer sig, at der er etableret klare samarbejdsaftaler om indsatsen i forhold til gravide kvinder med et forbrug og misbrug af rusmidler.

I sundhedsaftalerne for 2015-2017 er forebyggelse således et obligatorisk indsatsområde⁴⁴. Formålet med indsatsområdet er, at alle borgere med behov tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet, og relevante aktører på tværs af region og kommuner skal sikre samarbejde om:

- Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge samt svangreomsorg, herunder til borgere med særlige behov
- Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler samt deres familier.

Familieambulatoriernes målgrupper er dermed obligatorisk aftalestof og indgår i alle de fem nyligt godkendte sundhedsaftaler⁴⁵. I regi af de lovpligtige sundhedsaftaler bør der således sikres samarbejdsaftale mellem familieambulatorierne og hver enkelt kommune i regionen. Samarbejdsaftalerne skal klart og entydigt beskrive arbejdsgangene og opgave- og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem det regionale familieambulatorium, øvrige sygehusafdelinger, almen praksis, den kommunale sundhedstjeneste, de relevante forvaltninger i kommunen og de kommunale instanser for behandling af stof- og alkoholmisbrug og andre relevante aktører. Arbejdet med udformning af samarbejdsaftalerne er undervejs i kommuner og regioner, og er længere fremme i nogle regioner og kommuner end i andre⁴⁶.

Kommunen har desuden i henhold til sundhedslovens § 123 pligt til at oprette en tværfaglig gruppe med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab. Det er dermed vigtigt, at der sikres samarbejde og sammenhæng mellem de kommunale tilbud og familieambulatorierne, og at de forskellige muligheder for fora på tværs udnyttes.

4.4 HENVISNING TIL FAMILIEAMBULATORIET

En gravid kvinde med et rusmiddelforbrug, hendes partner eller andre pårørende kan henvende sig direkte til det regionale familieambulatorium. Det kræver ikke lægehenvielse. Ved bekymring for, om et barn kan være skadet af alkohol eller andre rusmidler under graviditeten, kan man også henvende sig direkte.

Derudover kan andre fagpersoner, som er i kontakt med kvinden og/eller hendes familie, henvise direkte til familieambulatoriet. Det drejer sig fx om

praktiserende læger, jordemødre, sundhedsplejersker, alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud, børne- og familieafdelinger i kommunerne, andre dele af den kommunale forvaltning, gadeplansmedarbejdere, kriminalforsorgen med videre. Det kan være hensigtsmæssigt at ledsage sårbare gravide til familieambulatoriet til første aftale.

Henvielse og modtagelse af den gravide kan ske akut, uden ventetid og på alle tider af døgnet. Uden for dagarbejdstid sker dette via henvendelse til de vagthavende på de obstetriske afdelinger. Den gravide kan også få anonym rådgivning på familieambulatoriet.

4.5 INDSATSEN I FAMILIEAMBULATORIET

Alle kvinder, som henvises til familieambulatoriet, tilbydes indledningsvis en rådgivende samtale med ambulatoriets læge med henblik på at få uddybet de informationer, der har ført til henvisning til familieambulatoriet, og vurdere risikoen for fosteret ved kvindens forbrugsmønster. Det gælder både et rusmiddelforbrug, som kvinden er stoppet med, og et aktuelt forbrug. Det er som led i vurderingen af familiens samlede situation hensigtsmæssigt, at kvindens partner deltager i samtalen, og at det dermed kan afklares, om partneren har rusmiddelproblemer.

På baggrund af samtaleforløbet tager lægen sammen med kvinden eller parret stilling til behovet for den ekstra støtte og behandling, som kan tilbydes i familieambulatoriet.

I forbindelse med rådgivningen tager parret stilling til deres ønske om at gennemføre graviditeten eller at få den afbrudt. Når det er relevant, yder familieambulatoriet således rådgivning om abort og støtte hertil.

Boks 3: Typiske rådgivningsforløb

Typiske rådgivningsforløb i familieambulatoriet vedrører:

- 1) Gravide kvinder, som før konstateringen af graviditeten har haft et stort forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler i forbindelse med fester, byture med videre, og som er bekymrede for, om fosteret kan have taget skade. Afhængig af forbrugets størrelse og deres situation i øvrigt afsluttes de efter en enkelt samtale eller to, eller de tilbydes et behandlingsforløb i familieambulatoriet afpasset deres samlede problematik.
- 2) Kvinder, som er i behandling for alkohol- eller stofmisbrug, og som ønsker at blive gravide. Disse kan blandt andet blive informeret om den risiko, der kan være for barnet mv.

Kilde: Familieambulatoriet i Hvidovre

For nogle kvinder er en eller to rådgivende samtaler således tilstrækkeligt, hvilket i særlig grad kan handle om målgrupperne 2 og 3, jf. figur 3, som har behov for rådgivning om eventuelt kommende graviditet.

Kvinder med behov for en yderligere indsats tilbydes behandling i familieambulatoriet.

4.5.1 Tilbud under graviditeten

For gravide kvinder, der indskrives i tilbuddet, overtager familieambulatoriet ansvaret for svangreomsorgen og den sundhedsfaglige behandling af den gravide kvinde, og familieambulatoriet varetager opgaver i forløbet, der omfatter graviditet, fødsel, barsels- og neonatalperiode samt opfølgning af barnet frem til skolealderen. Desuden varetager familieambulatoriet ansvaret for at koordinere den tværfaglige og tværsektorielle indsats under graviditets- og barselsforløbet, frem til barnet udskrives fra sygehuset.

Målgruppen for dette tilbud er alle kvinder, som under rådgivningsforløbet vurderes at have behov for det. Det drejer sig dels om gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer, som viser sig at have behov for yderligere støtte til at fastholde deres ophør eller at ophøre med deres rusmiddelforbrug, og dels gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer.

Hvis den gravide kvinde har et afhængighedsskabende forbrug af alkohol og /eller stoffer af opioidgruppen (fx heroin og morfin), bliver hun tilbudt abstinensmedicin eller nedtrapning af forbruget med substitutionsbehandling. Afrusning og nedtrapning skal foregå så skånsomt som muligt for at forebygge fosterskader. For nogle kvinder vil målet være at blive stabiliseret på en fast løbende metadondosis for at reducere udsving i opioidkoncentrationen og dermed undgå abstinenser med risiko for skade på barnet. Familieambulatoriet anbefaler den gravide kvinde at blive indlagt på svangreafdelingen for at familieambulatoriet sammen med svangreafdelingen kan følge den gravide kvinde tæt og tilpasse medicindoseringen. Hvis den gravide kvinde ikke tager imod tilbuddet om at blive indlagt, aftaler familieambulatoriets læge medicinudlevering i et tæt samarbejde med den ansvarlige læge for den medicinske behandling i relation til det kommunale tilbud om alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling.

I familieambulatoriet bliver der lagt vægt på at få etableret en tæt og tillidsfuld kontakt til kvinden. Hun bliver derfor under forløbet fulgt ambulant i familieambulatoriet mindst én gang ugentligt.

Behandlingstilbuddet i familieambulatoriet omfatter svangreomsorg, behandling af eventuelle somatiske og psykiske sygdomme, samtaler med socialrådgiver og psykolog. Derfor skal familieambulatoriet råde over eller have etableret et aftalt samarbejde, således at der rådes over de nødvendige faglige kompetencer.

Den praktiserende læge følger sideløbende den gravide med de sædvanlige svangreundersøgelser, og kommunen er fortsat forpligtet til at levere kommunale tilbud til den gravide kvinde, fx alkohol- og stofmisbrugsbehandling, sundhedspleje og tilbud fra børne- og familieforvaltningen ved behov.

Så tidligt som muligt i behandlingsforløbet indkalder familieambulatoriet (som regel en socialrådgiver) – ved behov og efter samtykke fra den gravide og hendes partner – til et tværsektorielt koordinationsmøde med deltagelse af den gravide, partneren og relevante samarbejdspartnere fra region og kommune for at sikre sammenhæng og koordination i forløbet.

Sammen med den gravide kvinde planlægger familieambulatoriet fødslen, og muligheden for, at kvinden ammer sit barn, drøftes. Familieambulatoriet

udarbejder en faglig plan for fødslen, hvor behandlingen af moderen og barnet under og efter fødslen er angivet sammen med en plan for eventuel indlæggelse af barnet på neonatal- eller barselsafdeling og moderen på barselsgang. Planen omfatter også etablering af relevant prævention efter fødslen. Planen omfatter desuden handleplanen efter servicelovens § 140, som er en plan for den sociale indsats vedrørende barnet og de kommende forældre.

4.5.2 Efter fødslen

Familieambulatoriet har ligeledes en vigtig opgave i forhold til at observere og støtte den nybagte mor og evt. faderens kontakt med og tilknytning til barnet efter fødslen. Der kan være risiko for forstyrrelser i den tidlige mor-barn relation, idet moderens rusmiddelforbrug og psykosociale situation kan hæmme hendes tilknytning til barnet, ligesom eventuelle abstinenser og rusmiddelskader hos barnet kan påvirke barnets evne til at indgå i et normalt samspil.

Kvinderne bliver fulgt i familieambulatoriet frem til deres udskrivelse efter fødslen, og det tilstræbes, at prævention er etableret inden udskrivelsen. I familieambulatoriets tilbud indgår endvidere, at familieambulatoriet følger barnet frem til 7-årsalderen med regelmæssige undersøgelser af familieambulatoriets læge og psykolog. Første undersøgelse tilbydes en måned efter, at barnet er udskrevet efter fødslen. Herefter tilpasses undersøgelseshyppigheden for børn eksponeret for rusmidler i fostertilstanden ud fra barnets behov. Fokus for dette tilbud er barnets trivsel, udvikling, afdækning af eventuelle rusmiddelskader og omsorgssituationen. Undersøgelserne i familieambulatoriet supplerer den praktiserende læges almindelige forebyggende børneundersøgelser.

4.5.3 Casebeskrivelser af forløb i familieambulatoriet

I dette afsnit præsenteres to casebeskrivelser med det formål at give et billede på nogle af kvinderne inden for familieambulatorierne målgruppe og deres forløb i familieambulatorierne. De to cases viser nogle af de problemstillinger, som kvinder og familieambulatorier står over for. Det er i mindre grad i disse cases beskrevet, hvilken indsats øvrige tilbud yder til målgruppen sideløbende hermed, herunder hvorvidt kvinden er blevet tilbudt behandling med mulighed for tilbageholdelse i forbindelse med et døgnophold. Øvrige indsatser fra eksempelvis den kommunale misbrugsbehandling, børnefamilieforvaltningen etc., som ville kunne indgå i forløb som de beskrevne, er beskrevet i kapitel 5.

De to cases beskriver dels en kvinde i målgruppe 4 (gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer), dels en kvinde i målgruppe 5 (gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og almindelig misbrugsbehandling).

Case 1 illustrerer et forløb, hvor indsatsen forløber planmæssigt gennem graviditeten, og hvor kvinden føder et sundt barn og får barnet med hjem.

Case 2 illustrerer en af de 10-15 kvinder, som det årligt skønnes er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i almindelig misbrugsbehandling og den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier. Herunder bliver forløbet afbrudt flere gange, og barnet er

ved fødslen svært skadet og anbringes på en institution. De to casebeskrivelser er udarbejdet af Familieambulatoriet i Hvidovre.

Boks 4: Case 1 – en gravid kvinde med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Case 1: En gravid kvinde med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Karen (27 år) har et stort dagligt misbrug af heroin og andre rusmidler. Hun henvises til familieambulatoriet via en et forsorgshjem. Karen tilbydes en tid i familieambulatoriet samme dag, og første lægesamtale gennemføres sammen med en medarbejder fra forsorgshjemmet, som Karen er tryk ved.

Karen fortæller ved samtalen, at graviditeten er uplanlagt, og Karen ved ikke, hvor langt hun er henne i graviditeten. Karens kæreste afsoner en længerevarende narkotikadom, og Karen skal derfor være alene med barnet. De har kendt hinanden cirka 2 år og boet sammen i hans lejlighed frem til hans dom. Karen er nu hjemløs, men hun bor pt. på et forsorgshjem.

Rusmidler: Karen begyndte at ryge cannabis som 13 årig, og det udviklede sig hurtigt til et dagligt forbrug. Da hun var cirka 22 år, begyndte hun at ryge heroin og ind imellem andre rusmidler, blandt andet kokain. Hun har tidligere søgt misbrugsbehandling, men det er ikke lykkedes at hjælpe hende til at reducere eller stoppe misbruget.

Opvækst og øvrige baggrundsforhold: Karen blev som barn udsat for seksuelle overgreb af sin mors kæreste. Hun har som barn været anbragt uden for hjemmet. Karen har ikke kontakt med sine forældre, men har en god relation til sin moster.

Forløb i familieambulatoriet under graviditeten: Ved den indledende lægesamtale informeres Karen om den risiko for fosteret, som er forbundet med hendes misbrug af rusmidler og hendes vanskelige sociale situation. Karen oplyser, at hun gerne vil have barnet, og at hun gerne vil have den støtte, hun kan få tilbudt. Under samtalen følges Karen til ultralydsscanning for at afklare, hvor langt hun er i graviditeten, og bagefter genoptages lægekonsultationen i familieambulatoriet, hvor Karen sammen med lægen og medarbejderen fra forsorgshjemmet lægger en plan for det videre forløb.

Ultralydsundersøgelsen viser et levende foster svarende til 11 ugers graviditet. Karen anbefales at blive indlagt og påbegynde en behandling med metadon. Hun anbefales tillige at tale med psykiater med henblik på afklaring af hendes depressionssymptomer. Karen accepterer dette og indlægges akut til aflastning og opstart af metadonbehandling.

Der bestilles tilsyn fra psykiatrisk afdeling, og socialforvaltningens børne- og familieafsnit kontaktes med henblik på et møde snarest muligt. Under indlæggelsen tilser familieambulatoriets læge og/eller jordemoder dagligt Karen, og socialrådgiveren taler uddybende med Karen om hendes sociale situation samt opvækst- og baggrundsforhold samt netværk. Hun tilbydes tillige samtaler med psykolog.

Tre uger senere, mens Karen fortsat er indlagt, indkalder familieambulatoriet til en tværsektoriel konference. Her deltager socialforvaltningens børne- og familieafdeling, egen læge, det kommunale stofmisbrugsbehandlingstilbud, sundhedsplejerske og sygeplejerske fra svangreafdeling og neonatalafdeling

samt familieambulatoriets team. Karen deltager sammen med sin moster. Der lægges følgende behandlingsplan:

- Snarest mulig udskrivning fra hospitalet til fortsat stofmisbrugsbehandling og støtte i et døgntilbud.
- Ugentlige undersøgelser/samtaler i familieambulatoriet under ledsagelse af medarbejder fra stofmisbrugsbehandlingstilbuddet.
- Fortsætte metadonbehandling og påbegynde langsom nedtrapning hvis muligt.
- Misdannelseskanning i uge 18 og tilvækstskanning i uge 26 og 33.
- Urinkontrol på misbrugsbehandlingstilbuddet og i familieambulatoriet.
- § 50 undersøgelse og efterfølgende forældreresourceundersøgelse.
- Anskaffelse af bolig.
- Moster og onkel er ressourcestærke og er netværk for Karen.
- Ingen kontakt med barnefar under graviditeten (efter Karens ønske). Karen ønsker den fulde forældremyndighed.
- Tæt samarbejde og koordinering mellem de involverede fagpersoner (samtykke fra Karen).
- Aftaledato for nyt møde 2 måneder senere.

Det videre forløb: Karen udskrives en uge senere til et døgnstofmisbrugsbehandlingstilbud. Efter tre uger påbegyndes en langsom nedtrapning af metadon. Psykiater har fundet tegn på lettere depression og anbefaler antidepressiv medicin i lav dosering. Karen overholder alle de indgåede aftaler. Graviditeten forløber ukompliceret. Karen er hver anden weekend på weekendophold 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. Karen er færdignedtrappet fra metadon to måneder før forventet fødsel, og hun har rene urinprøver.

Karen ønsker sig udskrevet fra døgnstofmisbrugsbehandlingstilbuddet til sin moster og onkel, som har tilbudt, at hun i resten af graviditeten kan bo hos dem.

Ved opfølgende tværsektoriel konference er planlagt et videre forløb med fortsat forløb i familieambulatoriet hver uge. Karen indskrives i et ambulante kommunalt stofmisbrugsbehandlingstilbud, hvor hun blandt andet følges med urinprøvekontrol. Karens moster og onkel har, udover ophold hos dem, tilbudt at følge Karen til alle de ambulante undersøgelser og samtaler frem til fødslen.

Karen 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. Familieambulatoriets teammedarbejdere tilser på skift mor og barn dagligt efter fødslen. Der foretages fortsat urinkontrol på moderen.

Der er før fødslen påbegyndt en forældreresourceundersøgelse, som skal færdiggøres efter fødslen. Socialforvaltningens børne- og familieafdeling har besluttet, at mor og barn skal have ophold på en såkaldt mor-barn-institution til

støtte og observation og til færdiggørelse af undersøgelsen. Ved udskrivning fra hospitalet syv dage efter fødslen har Karen fået en P-stav som prævention.

Efter seks måneders ophold på mor-barn-institutionen udskrives mor og barn til egen, lejet lejlighed med efterbehandling i det kommunale stofmisbrugsbehandlingstilbud, hyppige sundhedsplejerskebesøg, ambulante opfølgning hos psykiater, og opfølgning af barnet hos læge og psykolog i familieambulatoriet samt fortsat støtte fra moster og onkel.

Barnet er set i familieambulatoriet ved 1 måneders alder, 3 og 6 måneders alder og senest ved 12 måneders alder. Barnet har ved alle undersøgelser været i fin trivsel og udvikling, og kontakten mellem mor og barn har været fin og opfaldende. Sundhedsplejersken har deltaget ved 1 og 3 måneders undersøgelsen. Efterfølgende er der sendt kopi af børneundersøgelserne til hende og til egen læge og socialforvaltningen. Karens moster og onkel er fortsat netværk og følger Karen til de forskellige aftaler. Ti måneder gammel er barnet startet i vuggestue, og planen er, at Karen skal starte i voksenundervisning.

Boks 5: Case - en gravid kvinde med et betydeligt misbrug af rusmidler

Case 2: En gravid kvinde med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i almindelig misbrugsbehandling og den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorier

Pernille (32 år) har en psykisk sygdom, og hun har et dagligt stort forbrug af alkohol (1-2 flasker vin) og medicin. Pernille får benzodiazepiner 30 milligram dagligt. Derudover ryger hun 20 cigaretter dagligt. Hun er aktuelt ikke i alkoholbehandling, men hun får udskrevet medicin hos sin egen læge. Hun har sidst været indlagt på psykiatrisk afdeling i forbindelse med et selvmordsforsøg med medicin for 10 måneder siden.

Hun henvender sig selv til familieambulatoriet, fordi hun er gravid. Pernille er på dette tidspunkt 14 uger henne i graviditeten. Pernille oplyser ved henvendelsen, at barnet er planlagt, og at hun ønsker at føde det. Hun har ikke en relation til barnets far.

Pernille oplyser, at hun ønsker at komme ud af såvel alkohol- som medicinmisbrug, og at hun nu er indstillet på at følge den anbefalede behandling og overholde alle aftaler, så "det ikke går lige som sidst".

Tidligere: Pernille har fire år tidligere haft et forløb i familieambulatoriet, som hun afbrød, og som endte med, at hun fødte hjemme i svært beruset tilstand uden professionel hjælp tre måneder før forventet tidspunkt. Barnet blev efterfølgende fundet død i hendes seng, formentlig to dage efter fødslen, under hjemmebesøg af sagsbehandler fra kommunen. Pernille havde haft et forløb i familieambulatoriet fra 12. svangerskabsuge, men hun var udeblevet næsten konstant, lukkede ikke op ved varslede og uvarslede hjemmebesøg, reagerede ikke på breve og telefonbeskeder. Familieambulatoriet havde underrettet kommunen flere gange. Derudover har Pernille tidligere haft to spontane aborter og en provokeret abort.

Pernille var kendt i det psykiatriske system, hvor hun havde været indlagt adskillige gange under diagnosen svær personlighedsforstyrrelse og

afhængighedssyndrom af alkohol og benzodiazepiner.

Sociale forhold samt barnefaderen: Barnefaderen er en 40 årig mand med skizofreni, som hun har truffet i det psykiatriske system. Han ved ikke, at hun nu er gravid, og hun ønsker ikke, at han skal vide det. Hun siger, hun vil oplyse, at barnefar er ukendt. Pernille bor i en lejet 2-værelses lejlighed og får førtidspension.

Behandlingsforløb: Ved første lægekonsultation i familieambulatoriet taler man indgående med Pernille om den risiko, der allerede på nuværende tidspunkt er for det ventede barn på baggrund af hendes store forbrug af alkohol og medicin. Hun fastholder at ville have barnet. Pernille indlægges samme dag i svangerafdeling, hvor hun sættes i behandling med henblik på nedtrapning og antabusbehandling. Der tages samtidig kontakt til alkoholbehandlingstilbud, det psykiatriske system og til socialforvaltningens børne- og familieafsnit.

Familieambulatoriets tværfaglige team tilser Pernille dagligt under hendes indlæggelse. Efter fem dages indlæggelse lader hun sig udskrive mod givet råd. Der aftales tid i familieambulatoriet efter få dage. Hun udebliver fra aftalen, hvorfor der aflægges akut hjemmebesøg ved læge og socialrådgiver. Pernille lukker døren op og er svært beruset. Hun optræder aggressiv og truende, og det er ikke muligt at komme i dialog med hende. Det ender med, at hun indlægges på "røde papirer" i lukket psykiatrisk afdeling, idet hun er i en tilstand, som kan sidestilles med en psykose, og hun er til fare for sig selv og andre. Den efterfølgende dag bliver hun udskrevet, da den akutte tilstand er klinget af, og der derfor ikke længere er tilbageholdelsesgrundlag.

Efterfølgende møder hun meget ustabil i familieambulatoriet og møder ikke i alkoholbehandlingen. En måned senere går familieambulatoriet igen på hjemmebesøg, hvor hun igen findes svært beruset, er aggressiv og truende, og hun indlægges atter på "røde papirer" for så igen at blive udskrevet dagen efter. I 32. graviditetsuge gentager historien sig, men denne gang beholder psykiatrisk afdeling hende tvangsindlagt i tre uger.

Hun føder fire uger for tidligt på hospitalet en pige med en fødselsvægt på 1700 gram (således svært væksthæmmet). Barnet har tydeligt føtalt alkohol syndrom, FAS, og medfødt hjertefejl, og det udvikler behandlingskrævende abstinenser. Da barnet er 4 måneder, udskrives barnet i dårlig trivsel og udvikling til et observations- og behandlingshjem for spædbørn. Barnet følges i familieambulatoriet frem til 6-årsalderen. Barnet er svært udviklingshæmmet og udskrives fra spædbørnehjemmet 6 år gammel til en institution for svært handikappede børn.

4.6 UDFORDRINGER I FORHOLD TIL INDSATSEN

Resultaterne fra COWI's slutevaluering af etableringen af familieambulatorierne peger på flere områder på, hvor indsatsen kan styrkes.

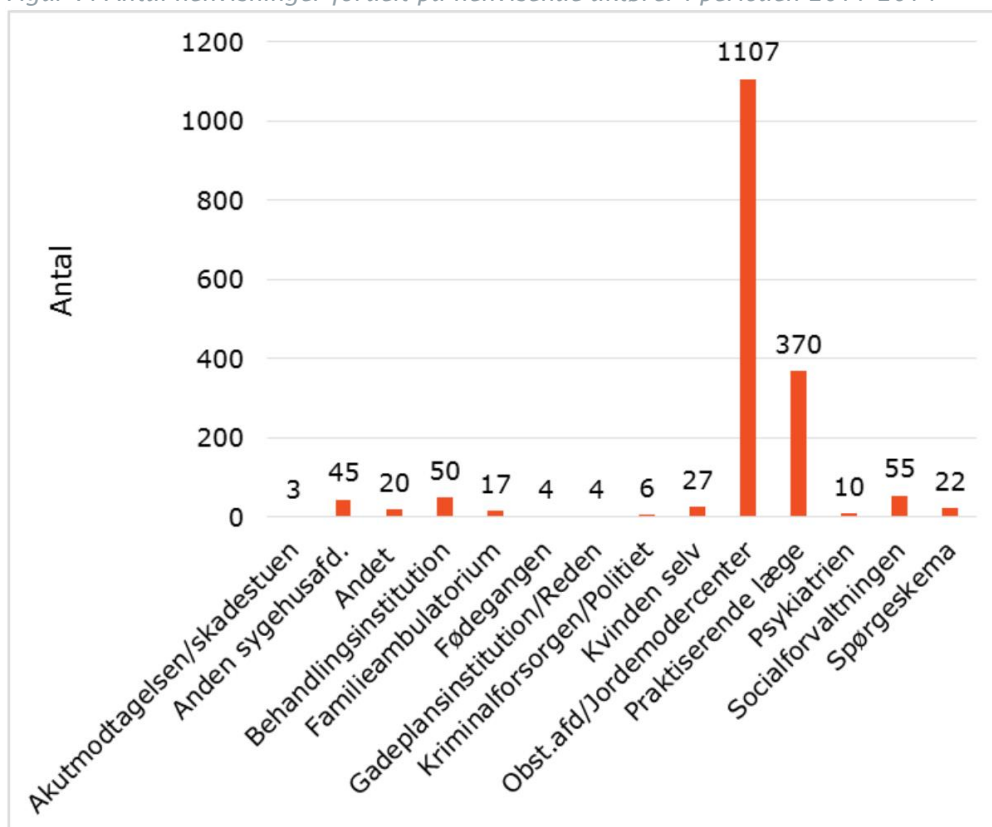
4.6.1 Henvisning til familieambulatorierne

Det vurderes, at der er for få henviste til familieambulatorierne i forhold til den estimerede målgruppes størrelse, og at der fortsat ligger en opgave i at få

afdækket og henvist gravide kvinder med forbrug af rusmidler til familieambulatorierne så tidligt i graviditeten som overhovedet muligt.

Hvem der henviser, og i hvor høj grad de henviser til familieambulatorierne, fremgår af nedenstående figur.

Figur 7: Antal henvisninger fordelt på henvisende aktører i perioden 2011-2014



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). Fra Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.

Over årene 2011 til 2014 har jordemodercentre/obstetriske afdelinger stået for langt de fleste henvisninger af gravide til familieambulatorierne – således er i alt 1.107 gravide kvinder henvist af jordemodercentre/obstetriske afdelinger, mens almen praksis (de praktiserende læger) har henvist i alt 370 gravide kvinder til familieambulatorierne. Opgørelsen af henvisninger skal dog tages med forbehold, da det fx i Region Sjælland er aftalt mellem parterne, at obstetrisk visitation henviser den gravide kvinde hurtigt og direkte til familieambulatoriet, når den praktiserende læge har noteret et forbrug af rusmidler på svangerskabsjournalen. I opgørelsen indgår en sådan henvisning derfor som om, kvinden er henvist fra obstetrisk afdeling⁴⁷.

Uanset dette forbehold peger den store forskel i antal henviste mellem jordemødre og praktiserende læger på et behov for en styrket indsats i almen praksis i forhold til at sikre en systematisk og kvalificeret afdækning af gravides forbrug af rusmidler. Det er af stor betydning for at reducere varigheden af den tid, som et foster risikerer at være udsat for rusmiddelpåvirkning i, at

henvisningen sker så hurtigt som muligt. Almindeligvis ser den praktiserende læge således den gravide kvinde allerede i graviditetsuge 6.-10. graviditetsuge, mens jordemoderen (obstetrisk afdeling) først ser den gravide kvinde i 13.- 15. graviditetsuge.

Yderligere ses det i figuren, at socialforvaltning, alkohol- og stofbehandling (kommunale behandlingstilbud) samt sygehus står for meget få henvisninger i perioden.

Som beskrevet i kapitel 3 har Københavns Universitet gennemført to registerbaserede undersøgelser⁴⁸⁴⁹, der viste, at der årligt i gennemsnit var:

1. Knap 100 kvinder indskrevet i alkoholbehandling (undersøgelsesperiode 2007 til 2011) og
2. 370 kvinder i behandling på sygehus for en alkoholrelateret diagnose (undersøgelsesperiode 1995 til 2009)

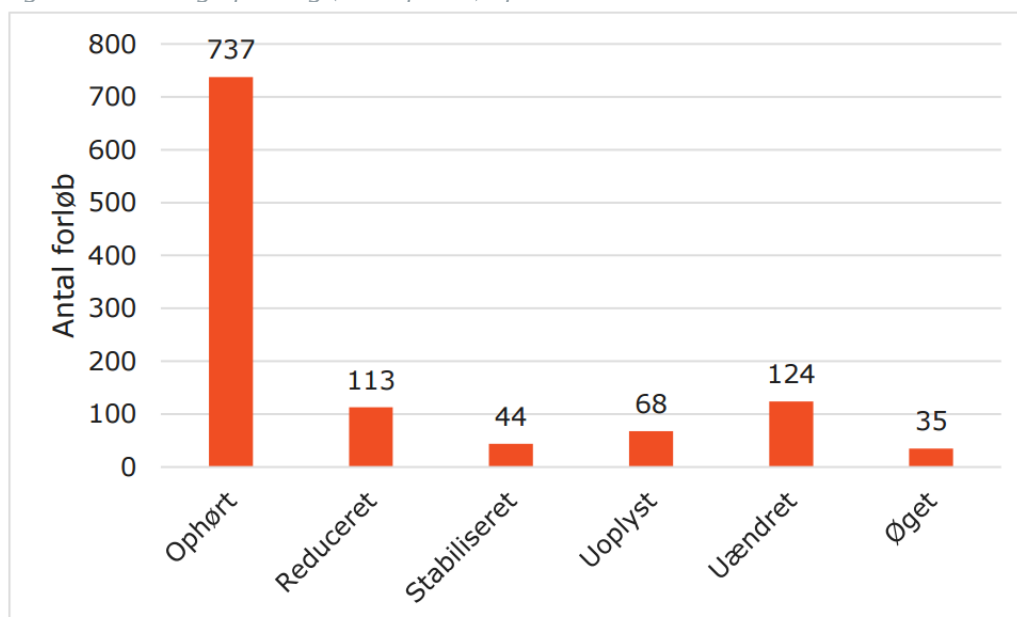
Undersøgelserne er baseret på oplysninger om perioden inden for ét år før en graviditet til ét år efter afsluttet graviditet.

På den baggrund vurderer Sundhedsstyrelsen, at der potentielt er flere kvinder med et kendt alkoholmisbrug, der bliver gravide, og derfor burde afdækkes og blive henvist til familieambulatorierne fra disse sektorer. Henvisning af netop gravide kvinder med kendt alkohol- og/eller stofmisbrug er væsentlig, da kvinderne tilhører en højrisikogruppe i relation til at udsætte deres foster for rusmiddelpåvirkning.

4.6.2 Rusmiddelforbrug

COWI's evaluering af etableringen af familieambulatorierne viser endvidere antallet af forløb, hvor den gravide kvinde enten ophører, reducerer, stabiliserer eller øger forbruget af rusmidler. Se figur 11 nedenfor.

Figur 8: Udvikling i forbrug (antal forløb) i perioden 2011-2014



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). Fra Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.

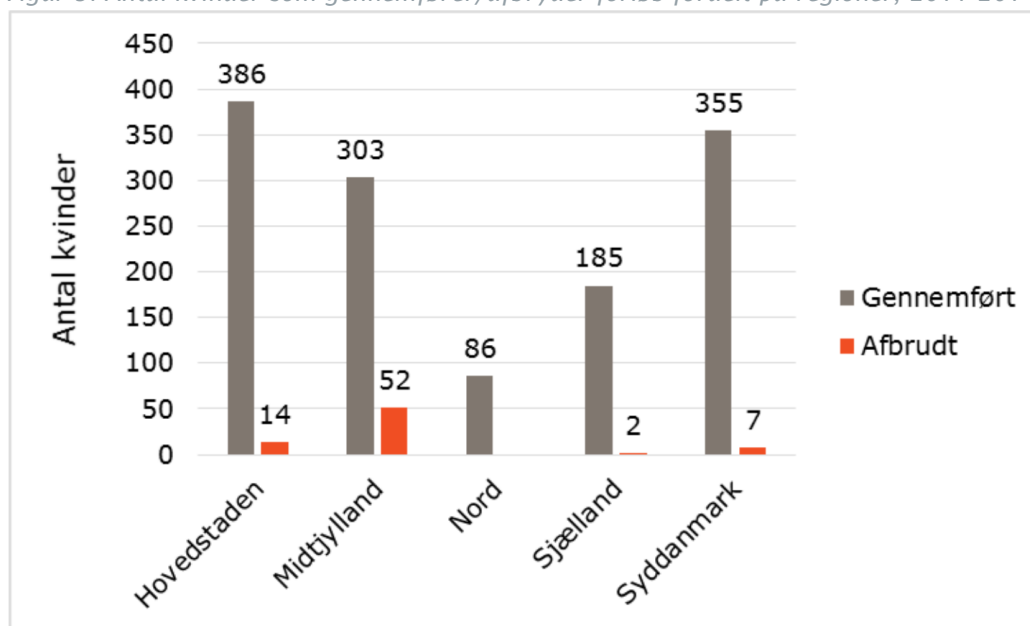
Figuren viser, at det lykkes størstedelen af de gravide kvinder at ophøre med deres forbrug af rusmidler. Men også en reduktion og stabilisering vil for en del gravide kvinder være at betragte som succesfuldt, fx når det gælder gravide kvinder med en smerteproblematik og gravide med stor risiko for tilbagefald. Ved reduktion eller stabilisering begrænses fosterets udsættelse for rusmidler, og de for fosteret risikofyldte store svingninger i stofkoncentration undgås. Overordnet set lykkes det i høj grad familieambulatorierne at støtte de gravide kvinder til at stoppe eller begrænse deres forbrug af rusmidler under graviditeten. Enkelte gravide kvinder har et uændret forbrug og en mindre gruppe har øget det⁵⁰. For så vidt angår de kvinder, for hvem der er angivet et uændret forbrug, bemærkes, at omfanget og typen af deres forbrug ikke er angivet. Endvidere bemærkes, at en nærmere beskrivelse af de to sidstnævnte grupper af kvinders situation og behandlingsforløb vil kunne bidrage med viden til mulig brug for at kvalificere den samlede indsats i regioner og kommuner.

4.6.3 Gennemførelse af graviditetsforløb

Ifølge COWI's evaluering lykkes familieambulatorierne med at fastholde 95 pct. af de henviste gravide kvinder i behandlingen. Se figuren herunder. Det vil sige, at frafaldet er yderst beskedent, og det må vurderes som meget succesfuldt⁵¹.

Men opmærksomhed bør også rettes mod den lille restgruppe på fem pct., der afbryder tilbuddet. Det kan være udtryk for en meget sårbar gruppe med stor risiko for at skade deres foster ved et aktivt misbrug af rusmidler og måske yderst belastende livsomstændigheder, formentlig svarende til den gruppe af gravide kvinder, som af arbejdsgruppen beskrives som kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og i almindelig misbrugsbehandling. En nærmere undersøgelse af forklaringerne på, hvorfor de gravide kvinder afbryder deres behandling i utide, kan være en måde at identificere områder af indsatsen med mulighed for kvalitetsforbedring.

Figur 9: Antal kvinder som gennemfører/afbryder forløb fordelt på regioner, 2011-2014



Kilde: Dansk Familieambulatoriedatabase (n=1.390). Fra Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.

Som de to casebeskrivelser viser, er der ofte tale om kvinder med meget komplekse og sammensatte problemer. I langt de fleste tilfælde lykkes det familieambulatorierne at etablere en god relation til de gravide kvinder omkring behandlingen. I særlige tilfælde, som i case 2, lykkes dette ikke, heller ikke gennem opsøgende hjemmebesøg. I disse tilfælde underretter familieambulatorierne den kommunale forvaltning, jf. servicelovens § 153. Som tidligere beskrevet, er der underretningspligt, hvis der er grund til at tro, at barnet efter fødslen vil have behov for særlig støtte efter serviceloven.

De fem regionale familieambulatorier vurderer, at det på landsplan drejer sig om 10-15 kvinder om året, hvor familieambulatorierne med deres indsats ikke lykkes at opnå en forsvarlig og stabil behandlingskontakt, og hvor der er stor risiko for, at barnet vil få medfødte rusmiddelskader.

4.6.4 Gennemførelse af børneforløb

Der er som ventet et stigende antal børneforløb i familieambulatorierne i årene 2011 til 2014, og der vil formentligt fortsat ske akkumulation af antallet af børn i børneforløb – i hvert fald frem til de først indskrevne børn når 7-årsalderen i 2017. Denne udvikling er udtryk for, at mange børn følger undersøgelsesforløbet. Fra 2012 til 2013 falder antallet af børneforløb lidt i to af regionerne og igen fra 2013 til 2014 i to andre regioner. I evalueringen af familieambulatorierne angives, at dette fald i nogen grad kan forklares ved, at der ses en afslutning af børn, der ikke tilhører målgruppen³².

På familieambulatorierne er der opmærksomhed på en frafaldsproblemstilling i relation til indsatsen målrettet børnene (fra fødsel til 7-årsalderen). De tilgængelige data fra Dansk Familieambulatoriedatabase til COWI's slutevaluering har ikke kunnet dække denne problemstilling. Derfor kendes omfanget af frafald i børneforløbene ikke.

Der kan være flere hypoteser om årsag til frafald i børnedelen. Én kan være lang afstand til sygehusene for sårbare familier, og en anden kan være moderens og/eller partners genoptagelse af rusmiddelmisbruget med risiko for omsorgssvigt af barnet.

4.6.5 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Med henblik på at forebygge medfødte rusmiddelskader hos børn er en tilstrækkelig indsats i form af tidligst mulig afdækning, rådgivning, behandling og efterbehandling af gravide kvinder med et misbrug af rusmidler nødvendig.

Det kræver et fintmasket tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor de relevante afdelinger, institutioner og forvaltninger i regioner og kommuner indgår med deres specifikke kompetencer.

COWI's slutevaluering peger på, at der fortsat er mange kommuner, som har meget få gravide kvinder eller familier, der deltager i et forløb i et familieambulatorium. Den kommunale dækningsgrad er meget forskellig, hvilket fremgår af figur 5 i indledningen til dette kapitel. I bilag 5 ses endvidere et kort over kommuner i hver region med angivelse af det antal henvisninger, der er registreret i Dansk Familieambulatoriedatabase for hver kommune.

Desuden viser evalueringen, at der er indgået få konkrete samarbejdsaftaler mellem familieambulatorierne og kommuner henholdsvis kommunale alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud⁵³. Der er således et potentiale i at få etableret konkrete samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne mellem hvert familieambulatorium og hver enkelt kommune i regionen. I denne proces bør det samtidig sikres, at samtlige relevante kommunale tilbud opnår kendskab til familieambulatoriets målgruppe og tilbud, og hvordan de skal samarbejde om indsatsen.

4.7 OPSAMLING

Fra 2011 har regionerne etableret et familieambulatorium i hver region med henblik på at styrke den regionale forebyggelse og behandling af rusmiddelrelaterede medfødte skader hos børn⁵⁴ – såvel fysiske, psykiske som sociale. Familieambulatorierne supplerer den kommunale indsats ved at yde en tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats med særlig fokus på graviditeten og fosteret.

Gravide kvinder og deres familier kan selv henvende sig til familieambulatoriet, eller andre aktører kan henvise kvinder, som har et rusmiddelforbrug, eller som formodes at have et rusmiddelforbrug. Familieambulatorierne varetager svangreomsorgen og den sundhedsfaglige behandling under hele graviditeten og barselsperioden. Familieambulatorierne har desuden det overordnede ansvar for at koordinere det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring den gravide kvinde frem til at moderen og/eller barnet udskrives efter barsel. Familieambulatorierne har således en væsentlig rolle i forhold til at sikre etablering af et godt og tæt samarbejde med øvrige aktører på området.

Kvinder, som henvises til familieambulatoriet, modtager en indledende rådgivende lægesamtale, og på den baggrund fastlægges et forløb med udgangspunkt i den enkelte kvindes særlige behov og ressourcer. Nogle kvinder har primært behov for 1-2 rådgivende samtaler om rusmidlers skadesvirkning,

mens andre kvinder har behov for at blive fulgt tæt under graviditeten og til deres udskrivning efter fødslen af familieambulatoriets tværfaglige team i tæt samarbejde med andre relevante fagpersoner som fx socialforvaltningens børnefamilieteam, misbrugsbehandlingstilbud, egen læge, sundhedsplejersken, psykiatrien mv.

Evalueringen af de fem regionale familieambulatorier^{ss} peger på, at:

- Familieambulatorierne modtager et stigende antal henviste gravide kvinder, men der eksisterer et væsentligt potentiale for henvisning af betydeligt flere fra målgruppen
- Meget få afviser familieambulatoriernes tilbud, og 95 pct. af de henviste gravide kvinder gennemfører forløbet i familieambulatorierne, mens kun en mindre del afbryder det
- De fleste kvinder ophører med deres forbrug af rusmidler under graviditeten, en mindre del reducerer eller bliver stabiliseret på substitutionsbehandling, og en mindre del har uændret eller øget forbrug af rusmidler
- Et stigende antal børn følges med læge- og psykologundersøgelser frem til 7-årsalderen, men familieambulatorierne har opmærksomhed på en frafaldsproblematik i børneforløbene.

Evalueringen peger desuden på, at der fortsat er et arbejde for regioner og kommuner i at sikre, at:

- Alle relevante aktører er bekendt med familieambulatoriernes målgruppe og rådgivnings- og behandlingstilbud samt ansvar for at koordinere det tværsektorielle samarbejde omkring den helhedsorienterede indsats
- Alle relevante aktører sikrer kvalificeret afdækning og henvisning af gravide kvinder med forbrug af rusmidler og/eller et misbrug af rusmidler til familieambulatorierne så tidligt som muligt i graviditeten
- Familieambulatorierne og kommunernes alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud indgår i et meget tættere samarbejde omkring målgruppen
- Familieambulatorierne og hver enkelt kommune i regionen har etableret en formel samarbejdsaftale i regi af de lovbundne sundhedsaftaler om forebyggelse af medfødte rusmiddelskader hos børn og indsats i forhold til gravide kvinder med forbrug af rusmidler.

KAPITEL 5: AFDÆKNING, BEHANDLING OG ØVRIGE INDSATSER

Hos en gravid kvinde kan et forbrug af rusmidler som sagt have en skadende effekt på fosteret allerede fra det tidspunkt, hvor graviditeten indtræder. Det er derfor af afgørende betydning, at indsatser og tilbud, som den gravide kvinde er i kontakt med, så tidligt som muligt får afdækket et rusmiddelforbrug eller misbrug hos gravide kvinder og får henvist kvinderne til relevant rådgivning hos egen læge eller i det regionale familieambulatorium, således at disse kvinder kan få den rette støtte i forhold til graviditeten og barnet efter fødslen.

Det er ligeledes vigtigt, at de indsatser og tilbud, som kvinden allerede er i kontakt med, får målrettet deres støtte og indsats til kvindens og hendes eventuelle families aktuelle situation og behov, og kvinden dermed oplever at få målrettet og sammenhængende støtte gennem graviditeten og, hvis der er behov, tillige efter graviditeten og under barnets opvækst.

Hertil kommer, at der, som nævnt i kapitel 3, må antages at være et antal kvinder, der har et rusmiddelforbrug, men som ikke er i kontakt med det sociale eller sundhedsmæssige hjælpesystem forud for graviditeten. Blandt disse kvinder vil der ligeledes være kvinder, som har behov for supplerende indsats og støtte, som ligger ud over familieambulatoriernes tilbud. Det er derfor af stor betydning, at alle tilbud, som er i kontakt med kvinder, har fokus på tidligt at afdække rusmiddelforbrug og -misbrug blandt gravide, på generelt at informere om graviditet og risiko for rusmiddelskader og på at drøfte prævention og graviditet med kvinder i den fertile alder.

I dette kapitel præsenteres de mest centrale tilbud i forhold til afdækning af forbrug og misbrug af rusmidler hos gravide kvinder og den indsats, som kvinderne modtager ud over tilbuddet i familieambulatorierne.

Set i forhold til målgrupperne vil der i dette kapitel i særlig grad være fokus på kvinder i den fertile alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer samt på de tre grupper af gravide kvinder med varierende tyngde af forbrug og misbrug, jf. målgrupperne 2, 3, 4 og 5 i figur 3.

5.1 AFDÆKNING AF FORBRUG OG MISBRUG AF RUSMIDLER HOS GRAVIDE KVINDER

Fordi rusmidler har en skadende effekt på fosteret fra det tidspunkt, graviditeten indtræder, og i særlig grad har en skadende effekt i starten af graviditeten, er tidlig afdækning af kvinderne af helt afgørende betydning i forhold til at nedsætte risikoen for fosteret, hvilket er relevant for alle delmålgrupper. Samarbejde på tværs af tilbud og indsatser og på tværs af kommunale forvaltninger og sektorer er af afgørende betydning for, at kvinderne hurtigt bliver henvist til støtte i familieambulatorierne med fokus på graviditeten, barnet efter fødslen og eventuelt anden relevant støtte. Der kan ligeledes være tale om målretning af støtten i eksisterende tilbud til den aktuelle situation. Gældende for alle gravide kvinder med forbrug eller misbrug af rusmidler er, at det er afgørende, at primært den praktiserende læge og sekundært jordemoderen får afdækket rusmiddelforbruget ved den første svangrekonsultation. Baggrunden

herfor er, at det gælder om at begrænse den tid, hvori et foster er eksponeret for rusmidler mest muligt for at reducere risikoen for fosterskader.

Alle medarbejdere, som er i kontakt med kvinderne, bør derudover holde sig for øje, at det i henhold til servicelovens § 153, stk. 1, pkt. 2, gælder, at alle personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte efter servicelovens kapitel 11 på grund af de kommende forældres forhold.

5.1.1 Afdækning gennem den almene svangreomsorg

Afdækning af gravide kvinder med et forbrug af rusmidler foregår blandt andet i den almindelige svangreomsorg, som tilbydes til alle gravide ved praktiserende læge og jordemoder.

Det er Sundhedsstyrelsens anbefaling,⁵⁶ at regioner og kommuner inddeler svangreomsorgen i fire niveauer baseret på kvindens ressourcer og belastningsgrad med henblik på at sikre, at den gravide kvinde og hendes familie får den nødvendige støtte og omsorg. De fire niveauer fremgår af boksen nedenfor.

Boks 6: Anbefalede niveauer i svangreomsorgen

Svangeromsorgens niveauer

- **Niveau 1** er de basale tilbud ved graviditeter, som vurderes risikofri.
- **Niveau 2** er et udvidet tilbud til fx gravide, der ryger eller er overvægtige, har forudgående dårlig fødselsoplevelse mv., og som kan varetages af svangreomsorgens sædvanlige faggrupper eventuelt suppleret med ekstra svangrekonsultationer og henvisning til særlig rådgivning eller tilbud.
- **Niveau 3** er et udvidet tilbud til gravide med mere komplekse problemer af sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger. Det drejer sig fx om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer eller om kvinder, som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, hvor der er behov for et tværsektorielt samarbejde mellem region og kommune. Tilbud på niveau 3 gives også til gravide, der har haft en rusmiddelproblematik mere end to år før graviditeten og gravide med en partner, der har en rusmiddelproblematik.
- **Niveau 4** er et specialiseret tilbud til gravide, når der er tale om særligt komplicerede problemstillinger, som fx et aktuelt forbrug af alkohol, stoffer og/eller afhængighedsskabende medicin, svære psykiske/psykiatriske problemstillinger og/eller social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv, og som kræver et tæt tværfagligt og -sektorielt samarbejde mellem familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud.

5.1.2 Den praktiserende læge

Den gravide kvindes første kontakt til sundhedsvæsenet er for de flestes vedkommende den praktiserende læge, som kvinden opsøger efter konstateret graviditet. Den praktiserende læge spiller derfor en nøglerolle i forhold til afdækning af den gravide kvindes forbrug af rusmidler, og lægen bør systematisk og kvalificeret spørge alle gravide om deres og deres partners tidligere og aktuelle forbrug af rusmidler.

I den forbindelse er det vigtigt, at lægen er opmærksom på, at det for nogle gravide med rusmiddelmisbrug kan være et vanskeligt og tabubelagt tema, og lægen bør derfor søge af afdække eventuelle barrierer for at tale om det. Disse barrierer kan fx være frygten for at blive opfattet som en dårlig mor, eller at barnet vil blive anbragt uden for hjemmet⁵⁷. Samtidig udtrykker flere kvinder, som har været i behandling for alkoholafhængighed, at det er naturligt at blive spurgt om alkoholvaner og finder det ligefrem problematisk, hvis fagpersoner undlader at spørge. Det er yderst vigtigt at spørge, ellers cementeres det som tabu, og der skal samtidig vises åbenhed i forhold til at høre om det og drøfte det⁵⁸.

Ved første graviditetsundersøgelse hos den praktiserende læge indgår desuden en generel afdækning af den gravides og eventuelle partners samlede situation. Det gælder blandt andet nuværende eller tidligere behandling med relevans for graviditeten som fx medicinsk og psykiatrisk sygdom, smertebehandling eller behandling for alkohol- eller stofafhængighed. Sammen med den praktiserende læges afdækning af kvindens eventuelle rusmiddelforbrug udgør dette grundlaget for lægens bedømmelse af indsatsbehovet fra svangeromsorgen for den enkelte kvinde.

Hvis den praktiserende læge bliver opmærksom på, at en kvinde har haft eller har et forbrug af rusmidler under graviditeten, kan lægen enten selv gennemføre en rådgivningssamtale med kvinden eller henvise hende til det regionale familieambulatorium. Rådgivningssamtalen bør omhandle graviditetsønsket, risikovurdering i forhold til rusmiddelforbruget, herunder også et forbrug før konstateret graviditet, information om støtte- og behandlingstilbud under graviditeten og ved behov rådgivning om abort. Alle gravide, hvor den praktiserende læge vurderer, at der er tale om et risikoforbrug af rusmidler i forhold til fosteret, bør tilbydes den specialiserede svangreomsorg og behandling efter behov i familieambulatoriet. Henvisningen til familieambulatoriet kan ske akut på alle tider af døgnet ved et umiddelbart behov for hjælp til den gravide til at stoppe et forbrug af rusmidler med abstinens- eller substitutionsbehandling.

Den praktiserende læge skal ligeledes være opmærksom på sin skærpede underretningspligt, jf. servicelovens § 153, som forpligter fagpersoner til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjeneste eller hverv fx får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Kvinder, der inden for de sidste to år har haft et misbrug af rusmidler, bør tilsvarende henvises til familieambulatorierne til rådgivning og støtte efter behov.

5.1.3 Jordemoderen

Jordmoderen spiller ligeledes en central rolle i afdækningen af forbruget af rusmidler hos gravide kvinder og deres partner.

Ved første jordemoderkonsultation skal jordmoderen således følge op på og supplere den praktiserende læges oplysninger og konklusioner og lægge en individuel forløbsplan for det sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til den gravide kvinde og hendes familie, som jordmoderen tilbyder. Jordmoderen skal i den forbindelse kvalitetssikre oplysningerne fra den praktiserende læge om kvindens og eventuel partners forbrug af rusmidler ved udfyldelse af svangerskabsjournalen.

Hvis den praktiserende læge har vurderet en kvindes graviditetsforløb som risikofrit, vil den første jordemoderkonsultation først finde sted i 13. - 15. graviditetsuge. Dette er et sent et tidspunkt i graviditeten i forhold til risikoen for fosterskader som følge af et rusmiddelforbrug. Men selv om jordmoderen først får kontakt med den gravide på dette relativt sene tidspunkt af graviditeten, er det fortsat af afgørende betydning, at jordmoderen følger op på informationerne fra egen læge vedrørende den gravides rusmiddelforbrug. Skulle der vise sig et aktuelt rusmiddelforbrug, vil den gravide kvinde skulle rådgives til ophør, ligesom hun skal tilbydes hjælp til at stoppe eller begrænse forbruget og henvises til familieambulatoriet.

Jordmoderen har som andre personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, en skærpet underretningspligt, jf. servicelovens § 153.

5.1.4 Afdækning gennem øvrige tilbud

Men afdækningen af et rusmiddelforbrug eller misbrug hos gravide kvinder bør også foregå i alle andre tilbud og indsatser på det sociale og sundhedsmæssige område, som er i kontakt med kvinder i den fertile alder. Der kan være forskellige årsager til, at fx sårbare kvinder med et misbrug enten ikke selv opdager, at de er gravide, eller ikke selv henvender sig til den praktiserende læge. Erfaringen fra området peger på, at nogle gravide kvinder ikke tør henvende sig til deres praktiserende læge, ligesom nogle kvinder kan være tilbageholdende med at oplyse om et forbrug af rusmidler. Desuden kan nogle gravide kvinder med et misbrug, og som ofte vil være i en særlig udsat og sårbar livssituation, have udsættende menstruation og have svært ved at mærke deres egen krop. Derfor opdager de ofte en graviditet senere i forløbet. Andre kan skamme sig over deres forbrug af rusmidler og fortæller derfor ikke om deres forbrug, når lægen spørger om det. Nogle kvinder kan således have et løbende forbrug af rusmidler under graviditeten, mens andre undervejs kan have et forbrug i perioder af forskellig hyppighed, intensitet og varighed.⁵⁹

Afdækningen af rusmiddelforbrug hos en gravid kvinde foregår derfor i lige så høj grad gennem de øvrige tilbud, som de pågældende kvinder er i kontakt med. Det drejer sig om alle former for stof- og alkoholmisbrugsbehandling, såvel dag-, døgn- og ambulante tilbud. Fra 1. juli 2015 skal kommunerne tilbyde anonym stofmisbrugsbehandling, hvor det ligeledes vil være relevant at afdække eventuel graviditet. Derudover drejer det sig om kommunale børne- og familieafdelinger, botilbud, herberger, kvindekrisecentre, bostøttemedarbejdere, støtte- og kontaktpersoner, væresteder, gadeplansindsatser, behandlingstilbud, Kriminalforsorgen mv. Således indgår tidlig afdækning af gravide kvinders forbrug af alkohol og/eller stoffer som en opgave på grundniveau i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om alkohol og stoffer.⁶⁰

Alle øvrige aktører bør hurtigst muligt henvise gravide kvinder med et rusmiddelforbrug eller misbrug til familieambulatorierne og indgå i et samarbejde med familieambulatorierne om den rette støtte til kvinden gennem graviditeten og eventuelt efter graviditeten samt vurdere, om kommunen skal underrettes, jf. servicelovens § 153.

Af boksen nedenfor fremgår et eksempel fra Odense Kommune på, hvordan man har etableret et tæt og forpligtende samarbejde på tværs af afdelinger og forvaltninger om systematisk og tidlig afdækning af alkoholforbrug hos gravide.

Boks 7: Erfaringer fra Odense Kommune

Kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol

Som led i satspuljeprojektet "Kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol" (2009 - 2012) satte Odense Kommune fokus på at styrke en systematisk og tidlig afdækning og indsats i alkoholbehandlingen til gravide med et alkoholforbrug, og på at sikre et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om indsatsen i forhold til gravide med alkoholafhængighed i samarbejde med familieambulatoriet i Region Syddanmark.

For at sikre tidlig afdækning og en systematisk og kvalificeret indsats i forhold til gravide kvinder med et misbrug af alkohol indførte Odense Kommune som led i den løbende kvalitetssikring af alkoholbehandlingen:

- 1) Systematisk afdækning af graviditet hos kvinder i den fertile alder ved indskrivning i alkoholbehandling
- 2) Systematisk afdækning af, om mænd, som indskrives i behandling, skal være forældre.
- 3) Instrukser for indsats i forhold til gravide med et misbrug af alkohol og instruks for indsats i forhold til den gravides partner, når han/hun er i behandling for alkoholafhængighed.

I regi af sundhedsaftalen indgik Odense Kommune og Region Syddanmark en samarbejdsaftale i 2012, og der blev etableret et tværgående team på tværs af de relevante afdelinger i hhv. Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen og Børn- og Ungeforvaltningen i Odense Kommune og familieambulatoriet på OUH.

Teamet består af to behandlere fra alkoholbehandlingen, to behandlere fra stofmisbrugsbehandlingen, en sundhedsfaglig medarbejder fra stofindtagelses- og sundhedsrummet, fire sundhedsplejersker og en konsulent fra Sundhed og Forebyggelse, otte sagsbehandlere fra Børn- og Ungerådgivningen, en familiebehandler fra Familiehuset, og tre socialrådgivere og en jordemoder fra familieambulatoriet OUH.

Teamet har gennemgået en tværgående fælles uddannelse og arbejder løbende med den faglige udvikling via kvalitetssikring af indsatsen.

Teamet varetager fortsat en integreret indsats i forhold til gravide kvinder med rusmiddelproblemer gennem et tæt samarbejde mellem Odense Kommune og familieambulatoriet OUH.

5.2 BEHANDLINGSTILBUD TIL GRAVIDE KVINDER MED ET FORBRUG AF RUSMIDLER

Det er vigtigt, at gravide kvinder med et rusmiddelforbrug henvises til det specialiserede tilbud, som familieambulatorierne kan tilbyde kvinderne med fokus på graviditet og barnet efter fødslen, jf. kapitel 4. Gravide kvinder med et rusmiddelmissbrug og komplekse sociale problemer har behov for støtte og indsats fra forskellige aktører på området foruden familieambulatorierne og eventuelt kommunens børne- og familieafdeling. For en betydelig del af kvinderne vil der være behov for en supplerende alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, enten som ambulant-, dag- eller døgnbehandling. Kvinderne kan allerede have en tilknytning hertil, hvor indsatsen evt. bør målrettes kvindens aktuelle situation.

Blandt gravide kvinder, der stopper deres forbrug af alkohol i graviditeten fx med støtte fra familieambulatoriet, kan nogle have brug for yderligere rådgivning for at forebygge genoptagelse af et for stort forbrug efter fødslen og under barnets opvækst. I forhold til denne målgruppe har kommunerne en opgave på grundniveau jf. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol: "Kommunen tilbyder en kort rådgivende samtale af høj kvalitet til borgere med et overforbrug eller skadeligt forbrug samt til pårørende og børn. Tilbuddet tilpasses og placeres, så det svarer til målgruppens behov, fx i sundhedscentre eller som udgående tilbud..." Det udgående tilbud kan i forhold til de gravide og deres partner fx foregå i familieambulatorierne⁶¹.

Der kan ligeledes være behov for særlige indsatser med fokus på at vurdere kvinden og hendes evt. partners ressourcer i forhold til at blive forældre og evt. behov for støtte hertil.

Set i forhold til målgrupperne vil der i dette kapitel i særlig grad være fokus på gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer samt gravide kvinder med et misbrug med betydelig risiko for at skade fosteret/ barnet, og som ofte vil være i en udsat og sårbar livssituation, jf. målgrupperne 4 og 5 i figur 3.

5.2.1 Stof- og alkoholmisbrugsbehandling

Kommunerne har ansvar for at tilbyde alkoholmisbrugsbehandling og stofmisbrugsbehandling og for at sikre, at behandlingen er sammenhængende og helhedsorienteret med henblik på at støtte borgerne i at reducere eller stoppe rusmiddelforbruget og reducere skaderne af et misbrug. Kommunen kan enten vælge at oprette egne tilbud eller at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Kommunalbestyrelsen skal i henhold til § 101 i serviceloven tilbyde social stofmisbrugsbehandling til personer med et misbrug af stoffer og i henhold til sundhedslovens § 141 tilbyde alkoholbehandling til personer, som har et misbrug af alkohol. Kommunalbestyrelsen skal dertil efter servicelovens § 101a tilbyde anonym, ambulant behandling af stofmisbrug til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har andre sociale problemer. Endvidere skal kommunerne i henhold til sundhedslovens § 142 tilbyde lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler (substitutionsbehandling) til personer, som har et misbrug af stoffer.

Kommunen kan løse opgaven ved at etablere egne tilbud og/eller ved at indgå aftaler med andre kommuner eller andre udbydere af social stofmisbrugsbehandling.

Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem behandlingstilbuddene og øvrige sociale støttetilbud til disse personer.

Kommunerne skal i den forbindelse sikre, at substitutionsbehandlingen er en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til personer, der har et stofmisbrug, og at der for den enkelte borger er sammenhæng mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og substitutionsbehandlingen.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge behandlingsindsatsen således, at den enkelte kommune har en tilstrækkelig varieret tilbudsvifte som kan imødekomme behovene hos forskellige målgrupper af personer med et misbrug af stoffer og alkohol, herunder særligt udsatte grupper. Tilbudsviften bør omfatte døgntilbud, dagstilbud og ambulante tilbud. Det vil bero på en konkret vurdering, hvilket tilbud der er bedst for den enkelte person.

I forhold til gravide kvinder i misbrugsbehandling er det således vigtigt, at misbrugsbehandlingstilbuddet samarbejder tæt med familieambulatoriet om den samlede indsats til kvinderne.

5.2.2 Ret til misbrugsbehandling

Kommunerne har pligt til at iværksætte behandlingen efter servicelovens § 101 og sundhedslovens §§ 141 og 142 senest 14 dage efter, at en person har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling, uanset hvilket misbrug der er tale om.

Formålet hermed er at sikre, at personer, der er motiverede for at komme i behandling, får tilbudt behandling så hurtigt som muligt, mens motivationen er størst.

Overholdelsen af behandlingsgarantien for den sociale stofmisbrugsbehandling registreres i Stofmisbrugsdatabasen.

Fremadrettet vil registrering i Stofmisbrugsdatabasen gøre det muligt at følge overholdelsen af 14-dagesfristen for iværksættelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

Der er ingen centrale opgørelser over, hvorvidt kommunerne overholder 14-dagesfristen for iværksættelse af alkoholbehandling.

Ifølge opgørelser fra Stofmisbrugsdatabasen, jf. tabellerne nedenfor, overholdt kommunerne i 2011⁶² behandlingsgarantien i 91 pct. af nystartede forløb, og den gennemsnitlige ventetid for social stofmisbrugsbehandling var på fem dage. En opgørelse på fordelt på kommuner viser endvidere, at 57 kommuner i 2011 har overholdt behandlingsgarantien i mere end 95 % af sagerne, 16 kommuner har overholdt behandlingsgarantien i 90-95 % af sagerne og 20 kommuner har overholdt behandlingsgarantien i mindre end 90 % af sagerne.

Tabel 5: Kommunernes overholdelse af behandlingsgaranti for social stofmisbrugsbehandling 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Antal nystartede behandlingsforløb	6.649	7.335	7.135	6.740
Antal overskridelser i nystartet behandlingsforløb	649	869	848	588
Andel af nystartede behandlingsforløb med overskridelser (pct.)	10 pct.	12 pct.	12 pct.	9 pct.
Gennemsnitlig anmodningslængde (dage)	7	6	6	5

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, VBGS-registret. Foreløbig opgørelse pr. 1. april 2015

Tabel 6: Overholdelse af behandlingsgaranti for social stofmisbrugsbehandling fordelt på kommuner 2008-2011

Overholdelse af behandlingsgarantien	2008	2009	2010	2011
Antal kommuner, som har overholdt behandlingsgarantien i mere end 95 % af sagerne	50	47	50	57
Antal kommuner, som har overholdt behandlingsgarantien i 90-95 % af sagerne	14	17	9	16
Antal kommuner, som har overholdt behandlingsgarantien i mindre end 90 % af sagerne	31	30	35	20
Antal kommuner, hvor overholdelse af behandlingsgaranti ikke kan beregnes pga. 3 eller færre nystartede behandlingsforløb i året	1	3	4	4

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, VBGS-registret. Foreløbig opgørelse pr. 1. april 2015.

Efter servicelovens § 101, stk. 4, kan en person, der er visiteret til behandling, vælge at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud af karakter svarende til det, der er visiteret til. Behandlingsgarantien kan fraviges, hvis borgeren vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud end det, kommunen har visiteret til, jf. servicelovens § 101 stk. 5. Endvidere kan retten til frit valg begrænses, hvis hensynet til den person, der er visiteret til stofmisbrugsbehandling, taler for det. I de tilfælde, hvor behandlingsgarantien ikke overholdes, registreres en begrundelse herfor i Stofmisbrugsdatabasen. Blandt de mulige begrundelser er mangel på ledig plads, personalemæssige forhold hos myndighed eller tilbud, at klienten er forhindret i fremmøde, at klienten er udeblevet, indhentning af samtykkeerklæring fra forældre/værge, samt - som allerede nævnt - henvisning til andet tilbud grundet brugen af frit valg.

Tilsvarende gælder efter sundhedslovens § 142, stk. 7, hvorefter en person, som er visiteret til lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler (substitutionsbehandling), kan vælge at blive behandlet på et andet offentligt eller privat behandlingstilbud end det, hvortil bopælskommunen har visiteret, medmindre der er tale om lægelig behandling med diacetylmorfin (heroin). En institution kan afvise at modtage en person, som har valgt behandlingstilbuddet. Et offentligt behandlingstilbud kan dog kun afvise at modtage en person, som har valgt institutionen, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige hensyn.

Der er frit valg til alkoholbehandling på et kommunalt ejet alkoholambulatorium og til private alkoholambulatorier, der er en del af det kommunale alkoholbehandlingstilbud. Endvidere skal behandling og rådgivning til personer, der har et misbrug af alkohol, ydes anonymt, hvis borgeren ønsker dette, jf. sundhedslovens § 141, stk. 5. Imidlertid vil medicinsk alkoholbehandling ikke kunne ydes anonymt, da behandlingen foregår med receptpligtig medicin.

5.2.3 Behandlingens indhold

Målet med den sociale stofmisbrugsbehandling er stabilisering, reduktion af stofbrugen eller stoffrihed. Den sociale stofmisbrugsbehandling er en socialpædagogisk eller psykologisk funderet indsats, som kan omfatte døgnbehandling, ambulante stoffri behandling, ambulante substitutionsbehandling og/eller omsorgs- og fællesskabsorienterede indsatser. Behandlingsforløbet fastlægges i forbindelse med udarbejdelse af en behandlingsplan, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers individuelle behov, og sker så vidt muligt i samarbejde med borgeren.

Lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler (substitutionsbehandling) efter sundhedslovens § 142 forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til personer, der har et stofmisbrug, jf. beskrivelsen ovenfor om den sociale stofmisbrugsbehandling.

Det er vigtigt, at behandlingstilbuddene er opmærksomme på, at kvinder med et misbrug af stoffer kan have en fejlagtig oplevelse af, at deres livsstil gør, at de ikke kan blive gravide. Tilbuddene bør også være opmærksomme på, at en del kvinder med et misbrug af stoffer ikke er opmærksomme på deres kropssignaler, og derfor først opdager en graviditet sent i forløbet.

På det dialogmøde, som arbejdsgruppen afholdt i april 2015 med en række aktører på området, blev det fremhævet af flere, at det er af afgørende betydning, hvordan kvinderne og deres familier bliver mødt af de professionelle. Herunder skal kvinderne og deres familier mødes med forståelse, tillid og en helhedsforståelse, således at de kan få den rette hjælp.

Nedenfor præsenteres en casebeskrivelse, der illustrerer, hvordan et behandlingstilbud til gravid kvinde med et misbrug af stoffer kan forløbe.

Boks 8: Case - en gravid kvinde med misbrug af stoffer

Case: Gravid kvinde med misbrug af stoffer

Anne (28 år) er indskrevet i ambulante stofmisbrugsbehandling for blandingsmisbrug. Anne bliver gravid, mens hun er i stofmisbrugsbehandling. Graviditeten er uplanlagt, men Anne ønsker at beholde barnet.

Rusmidler: Anne har haft et heroinforbrug, siden hun var 13 år, og intravenøst fra 15-16-årsalderen. Derudover har hun haft et forbrug af benzodiazepiner og amfetamin.

Baggrundsforhold: Anne har tidligere været indlagt en psykiatrisk afdeling grund af en stofudløst psykose.

Annes kæreste, som også er far til det kommende barn, er indskrevet i samme stofmisbrugsbehandlingstilbud. Ved indskrivningstidspunktet var begge kaotiske og vanskelige at rådgive. Både Anne og kæresten var uden fast bolig på indskrivningstidspunktet. Senere får begge bolig i samme kommune.

Behandlingsforløb under graviditeten: Da Anne er i 9. graviditetsuge, fortæller hun sin behandler i stofmisbrugsbehandlingstilbuddet, at hun er gravid. Behandleren orienterer Anne om muligheden for at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse som ramme for behandlingsindsatsen. Anne ønsker at gøre alt for, at barnet ikke skal fjernes, og hun er derfor meget motiveret for at indgå i behandlingsforløbet, og hun afstår tilbuddet, da hun selv vurderer, at hun ikke har behov for at blive tilbageholdt.

Da Anne fortæller, at hun er gravid, bliver hun straks henvist til familieambulatoriet, og der afholdes et tværfagligt møde. På grund af Annes samlede sociale og sundhedsmæssige forhold vurderes det, at Anne har behov for et skærmet døgnbehandlingstilbud sammen med barnefaderen.

Anne indstilles til døgnbehandling i 13. graviditetsuge. Dette iværksættes dog først i 15. graviditetsuge, da Anne kun vil i døgnbehandling, hvis kæresten/barnefaderen kan være i behandling samme sted, og dette afslår opholdskommunen i første omgang.

Da begge har fået bevilget døgnbehandling, følges parret til stedet af en medarbejder fra stofmisbrugsbehandling. Anne følger stabilt den nedtrappingsplan, der er lagt i samarbejde med familieambulatoriet og har intet illegalt stofforbrug. Der bliver påbegyndt en forældreevneundersøgelse, mens parret er i døgnbehandling. Undersøgelsen foregår i døgnbehandlingstilbuddet af en fagperson fra hjemkommunen.

Undervejs i døgnbehandling søger og får parret bolig i nærheden af deres familienetværk, så de fremover kan få hjælp fra familien. Den nye bolig ligger i en anden kommune. Døgnbehandling bliver afbrudt, og i stedet får parret ophold på en familieinstitution i den nye opholdskommune. Parret er ikke tilfreds med at skulle være på en familiebehandlingsinstitution, men de accepterer det for at vise, at de kan klare at skulle have et barn. Senere udskrives parret til egen bolig.

Fraflytningskommune sender underretning til tilflytningskommunen, fødestedet bliver orienteret af familieambulatoriet, og misbrugscenter i tilflytningskommune kontaktes med henblik på at sikre fortsat stofmisbrugsbehandling.

Barnet bliver født uden abstinenser.

Når det gælder alkoholbehandling, anbefaler Sundhedsstyrelsen⁶³, at borgere tilbydes behandling for misbrug af alkohol, der er målrettet den enkelte, og som inkluderer borgerens familie, herunder eventuel partner og børn. Behandlingstilbuddet bør på baggrund af den alkoholafhængige og familiens konkrete behov omfatte: Akutbehandling, inklusiv farmakologisk behandling, systematisk udredning og diagnostik (herunder somatisk og psykiatrisk status sammen med udredning for alkoholmisbruget mv.), behandlingsplan inklusiv

vurdering af behov for ambulans, dag- eller døgnbehandling ud fra visitationskriterier samt medicinsk behandling af somatiske følgesygdomme, motiverende samtale, psykosocial samtale-behandling, dobbeltfokuseret behandling af borgere med dobbeltbelastning, familierapi med fokus på relationer og alkoholproblematik samt systematisk opfølgning på behandlingen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i den forbindelse, at behandlingen gennemføres i et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med relevante samarbejdspartnere i kommuner og regioner om både tidlig afdækning, behandling og opfølgning⁶⁴.

Aktuelt gennemføres et toårigt puljeprosjekt omhandlende familieorienteret alkoholbehandling, hvor 60 kommuner deltager med henblik på at forankre en systematisk familieorienteret indsats som led i en bred kvalitetsudvikling af alkoholbehandling. Projektet baserer sig på metoder og erfaringer fra satspuljeprosjektet "Kvalitet i alkoholbehandling ved bl.a. familieorienteret alkoholbehandling" fra 2010 - 2014, som dækkede 15 kommuners tilbud om alkoholbehandling. Tilbuddet om familieorienteret alkoholbehandling omfatter også gravide kvinder, der har et misbrug af alkohol, og kvindens eventuelle partner og børn. Kommunernes tilbud om familieorienteret alkoholbehandling retter sig også mod gravide og deres partner og børn og bør koordineres tæt med behandlingen i det regionale familieambulatorium mv.

Boks 9: Case - en gravid kvinde med misbrug af alkohol

Case: Gravid kvinde med misbrug af alkohol

Sofie er 21 år og Martin 36 år. Parret har været sammen i 8 måneder. De kommer som tilflyttere til Holstebro fra en lille by i Nordjylland.

Da Sofie henvender sig i alkoholbehandling i juli 2014, har hun lige fået konstateret, at hun er gravid i 12. uge. Hendes praktiserende læge har henvist hende til alkoholbehandling og til familieambulatoriet. Parret har ikke planlagt graviditeten og heller ikke beskyttet sig. Sofie troede egentlig ikke, man kunne blive gravid, når man drak så meget som hun.

Alkoholforbrug:

Sofie havde sin alkoholdebut som 12 årig, hvor hun drak sammen med sin far og en ældre bror. Hun er vokset op med sin far, som drak massivt. Forældrene blev skilt og Sofie har haft dårlig kontakt til sin mor som barn.

Fra 16 års alderen havde hun et dagligt forbrug på mellem 8 og 18 øl. Der var sjældent dage, hvor hun ikke drak. Hun drak både alene og sammen med venner. Hele hendes omgangskreds havde misbrug. I de første 12 graviditetsuger var hendes alkoholforbrug det samme.

Sofie har ikke haft tilbagefald til misbrug i behandlingsperioden.

Martin har for år tilbage haft en periode med storforbrug, men har ikke haft problemer med alkohol siden.

Alkoholbehandlingsforløb og tværfagligt og tværsektorielt samarbejde:

Da Sofie henvendte sig i alkoholbehandling, havde hun via lægen fået vejledning i svangerskabsafbrydelse eller alternativt omgående at stoppe med at drikke.

Sofie og Martin ønskede at gennemføre graviditeten og få den hjælp, som de havde behov for.

På grund af sommerferietiden var det lidt problematisk at få etableret et meget hurtigt netværksmøde. Det blev derfor aftalt, at Sofie og Martin kom til to ugentlige samtaler og kontrol (puste alkoholmeter) i alkoholbehandling. Dette

skete i samarbejde med familieafdelingen og sundhedsplejersken. I august blev der via familieambulatoriet indkaldt til netværksmøde, hvor de professionelle forskellige roller og hjælp til parret blev aftalt. Familieambulatoriet tog sig af alt i forhold til graviditeten, og den forestående fødsel, hvilket indebar mange kontroller og undersøgelser. Alkoholbehandlingen fortsatte den tætte familieorienterede alkoholbehandling med Sofie og Martin igennem hele graviditeten både med henblik på at undgå tilbagefald og for at støtte parret i procesarbejdet med at løse alkoholproblemet. Dette indebar både deltagelse i psykoedukation tre timer ugentlig over fem uger, samt terapeutiske samtaler én gang om ugen. For at støtte parret i at nå deres mål for fremtiden var omdrejningspunkterne for samtalerne parrets indbyrdes relationer med fokus på alkoholens indflydelse på deres familieliv, herunder at mærke og udtrykke følelser, løse konflikter og arbejde med ændring af deres indbyrdes samspilmønstre. Desuden blev der arbejdet med deres forberedelse til rollen som forældre uden brug af alkohol. Undervejs blev Sofie via tests undersøgt for mulig dobbeltbelastning i form af psykiatrisk problemstilling, og der var i hele perioden også tale om kontrol af, at Sofie ikke drak. I graviditetsforløbet har der været afholdt tre netværksmøder med deltagelse af parret, parrets forældre, familieambulatoriet, familieafdelingen, sundhedsplejersken og alkoholbehandlingen. Familien skiftede bopælskommune undervejs, men dette voldte ikke problemer, idet der var tale om en kommune, der har samarbejdsaftale med Holstebro Kommune, så alkoholbehandlingen og familieambulatoriet kunne fortsat tilbyde familien behandling af de samme professionelle.

Fødslen forløb ukompliceret i december 2014. Familieafdelingen havde forinden – med udgangspunkt i de undersøgelser, der var udarbejdet, truffet beslutning om, at Sofie og Martin med deres nyfødte søn skulle have ophold på en familieinstitution i en periode for at undersøge deres forældreevne. Dette forløb blev afsluttet i maj 2015.

Parret flyttede tilbage til Holstebro med deres lille søn og har valgt at fortsætte endnu en periode på tre måneder med den familieorienterede alkoholbehandling. Derefter evalueres alkoholbehandlingsforløbet, og der tages stilling til behovet for yderligere alkoholbehandling for at støtte parret i deres konstruktive udviklingsproces uden brug af alkohol i det nye familieliv med et lille barn og dermed at forebygge tilbagefald. Herudover har parret støtte og opbakning til forældreopgaven ved den lokale familieinstitution og familieafdeling. Familieafdelingen holder den praktiserende læge orienteret om familiens behandlingsforløb. Parrets søn følges med undersøgelser for mulige medfødte alkoholskader af børnelæge og psykolog frem til skolealderen i familieambulatoriet i Region Midtjylland.

Boks 10: Stikprøve i forhold til viden om indsatsen til gravide med et stofmisbrug

Variation i tilbud til gravide kvinder med stofmisbrug

Som en del af arbejdsgruppens arbejde er der gennemført en uformel stikprøve i syv kommuner, som varierer i størrelse og geografisk spredning. Stikprøven viser, at der er store forskelle i kommunernes indsats over for gravide kvinder med et forbrug af stoffer.

De små kommuner har oftest ingen eller få erfaringer med gravide kvinder med et forbrug af stoffer. Eksempelvis beretter en kommune om, at de kun har haft en enkelt gravid stofmisbrugende kvinde i behandling de sidste fire år. Erfaringerne peger dermed på, at gravide kvinder med et forbrug af stoffer ikke er en målgruppe, som de helt små kommuner har nogen særlig viden om eller fokus på, og at de derfor typisk ikke har et specialiseret tilbud til gravide kvinder. Behandlingsindsatsen i de små kommuner vil ofte være en del af normaltilbuddet og omfatte en henvisning til det regionale familieambulatorium.

Rundringningen peger samtidig på, at de mellemstore og store kommuner som regel har mere erfaring med målgruppen. Det er dog de færreste kommuner, som har et egentligt specialtilbud, som er systematisk struktureret i form af eksempelvis skriftlige manualer eller retningslinjer for, hvordan indsatsen til kvinderne skal tilrettelægges.

Flere kommuner har imidlertid udviklet specialiserede lokale kompetencer og indsatser til målgruppen. Det kan eksempelvis være i form af en fast kerne af medarbejdere, der tager sig af den psykosociale behandling til de gravide kvinder, faste rutiner for misbrugsbehandling, faste procedurer i forhold til at sikre samarbejde og koordination mellem relevante sociale og sundhedsfaglige indsatser mv.

Erfaringerne peger på vigtigheden af, at indsatsen til gravide kvinder med stofmisbrug skal omfatte en kombination af systematisk præventionsindsats, daglig social misbrugsbehandling og støtte til den gravide kvinde og koordinering og samarbejde mellem de relevante aktører.

I Hovedstadsområdet har der været gennemført projektet "Gravid på tværs - Hovedstadens graviditetsnetværk". Her blev der udarbejdet en håndbog med ideer til en forbedret indsats fra professionelle til gravide kvinder med stofmisbrug⁶⁵. Håndbogen beskriver forslag til, hvad en indsats i de forskellige faser i graviditetsforløbet kan indeholde, hvordan det tværfaglige arbejde kan gribes an og en oversigt over relevant lovgivning. Der er ikke i projektet viden om, hvor udbredt håndbogen er, eller i hvor høj grad den benyttes i kommunerne.

På det dialogmøde, som arbejdsgruppen afholdt i april 2015 med en række aktører på området, blev det fremhævet af flere, at der er en række gode erfaringer med at sikre efterbehandling til kvinderne og deres familie, efter de har født. Formålet med disse tilbud er, at kvinderne og deres familie har et trygt sted, hvor de kan mødes med professionelle, som også efter fødslen kan rådgive dem, samt møde andre familier i samme situation. På dialogmødet med blev det i særlig grad fremhævet, at der er gode erfaringer med efterbehandlingstilbud, hvor kvinderne og deres familier mødes i øjenhøjde og på en tillidsfuld måde, og hvor man eksempelvis har mulighed for at lave sociale ting sammen. Nedenstående boks beskriver et af disse tilbud, Cafe Tumling i Nordjylland.

Boks 11: Erfaring med en opfølgende indsats efter fødslen

Café Tumling

Café Tumling er et efterværnstilbud til gravide og mødre, der har haft et forbrug af stoffer eller alkohol i graviditeten eller i tiden inden, og som har fået hjælp fra Familieambulatoriet. Cafémøderne foregår om eftermiddagen og inkluderer aftensmad.

Der afholdes Café Tumling i tre byer i lånte lokaler. Der er café en gang om måneden hvert sted. To kommuner donerer sundhedsplejersketimer til den café, der ligger i deres kommune. Caféen er derudover bemannet af frivillige medarbejdere, der for de flestes vedkommende er rekrutteret blandt medarbejderne fra Familieambulatoriet og deres samarbejdspartnere, dvs. medarbejdere, som kvinderne kender fra deres behandlings- og graviditetsforløb.

De frivillige professionelle sørger for hver gang for at få snakket med hver enkelt kvinde, eksempelvis om de frustrationer, kvinderne oplever i hverdagen eller om udfordringerne ved at blive mor. Formålet er at sikre fortløbende støtte til kvinderne og deres familier i et forum, hvor det er legitimt at have en fortid med en misbrugsproblematik.

Erfaringerne fra Café Tumling viser, at det med den forholdsvis lavintensive indsats er muligt at støtte kvinderne og deres familier i forælderrollen, forebygge problemer og hjælpe familierne videre, der hvor problemerne opstår. Ligeledes har det været muligt, at sætte ind med ekstra støtte i en periode, hvis det viser sig, at en mor/familien har behov for det. Kvinderne oplever caféen som et fristed, hvor de ikke føler sig stemplet på grund af deres fortid som stofmisbruger, hvilket gør det lettere for dem at have tillid til medarbejderne og komme til dem med deres problemer. Det betyder blandt andet, at kvinderne isolerer sig mindre, ligesom de har mulighed for at skabe nye sociale netværk, der kan være bæredygtige på længere sigt.

Kilde: Socialstyrelsen (2012): "En forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere". Evalueringsrapport.

5.2.4 Døgnbehandlingstilbud

I perioden 2008-13 har 25 gravide kvinder med stofmisbrug været i døgnbehandling på i alt 15 forskellige stofmisbrugsbehandlingstilbud. Hvert tilbud har haft én eller to gravide kvinder i behandling om året, og i alt mellem én og fire kvinder i behandling i hele perioden (2008-2013). I løbet af perioden er fem af tilbuddene blevet lukket. Det ene af disse tilbud var det eneste, der i alt havde haft fire gravide kvinder i behandling.

I 2012 og 2013 har tre behandlingstilbud oplyst, at de har gravide kvinder med stofmisbrug som målgruppe. I 2012 var fire gravide kvinder i behandling på tre forskellige stofmisbrugsbehandlingstilbud, hvoraf det ene har oplyst at have gravide som målgruppe. I 2013 var én gravid kvinde i behandling på et af de tilbud, der har oplyst at have gravide som målgruppe.

En opgørelse, som Center for Rusmiddelforskning har lavet for Socialstyrelsen i december 2014, viser, at to stofmisbrugsbehandlingstilbud i 2012 og 2013 har oplyst til Tilbudsportalen, at de har gravide kvinder som målgruppe. Det ene tilbud har begrænset erfaring med behandling til denne målgruppe, da det er flere år siden, de sidst havde en gravid kvinde i behandling. Det andet tilbud har haft flere gravide kvinder i behandling og har erfaring med, hvilken støtte gravide kvinder har behov for. Tilbuddet har desuden erfaring med brug af kontrakter om tilbageholdelse. Behandlingen omfatter social stofmisbrugsbehandling, som fx støtte til at få struktur på hverdagen, ændre livsstil, træne sociale kompetencer. Tilbuddet har opbygget tætte kontakter til

familieambulatorier, og den gravide kvindes kontaktperson følger kvinden til undersøgelser her. Desuden følger kontaktpersonen med til møder i kvindens hjemkommune.

Tilbudsportalen har registreret indberetningsfejl i behandlingstilbuddenes angivelser af, hvorvidt gravide kvinder med stofmisbrug er en del af deres målgruppe. For en eksakt opgørelse over samtlige døgntilbud til gravide med stofmisbrug er der derfor behov for en nærmere udredning af området. Tilbudsportalen arbejder pt. på at kvalificere og kvalitetssikre indberetningssystemet.

De få døgntilbud, der har gravide kvinder i stofmisbrugsbehandling, har meget få kvinder i behandling. Dette gør det vanskeligt for et tilbud at oparbejde viden og kompetencer om virkningsfulde behandlingsindsatser over for denne målgruppe. For at sikre sammenhæng og helhed i støtten til den gravide kvinde er det nødvendigt, at de forskellige indsatser er koordinerede, og at de involverede parter arbejder sammen med henblik på, at støtten opleves som brugbar af den gravide kvinde. Når et tilbud kun med års mellemrum har en gravid kvinde i behandling, er det vanskeligt at oparbejde det nødvendige samarbejde med både familieambulatorium og hjemkommune og dermed sikre en koordineret og helhedsorienteret indsats. Den gravide kvinde vil desuden oftest være den eneste gravide i et stofmisbrugsbehandlingstilbud, hvilket betyder, at den gensidige støtte mellem flere i samme situation ikke er til stede.

På de dialogmøder, arbejdsgruppen afholdt i henholdsvis april og september 2015 med repræsentanter fra praksis, blev der givet udtryk for, at ikke mindst den lille gruppe kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i almindelig misbrugsbehandling og den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier, kan have gavn af et ophold på et døgnbehandlingstilbud. Der blev dog her samtidig givet udtryk for, at der ses en udfordring på tværs af landet i forhold til på den ene side at sikre tilstrækkelig ekspertise i indsatsen til kvinderne på det enkelte døgntilbud og på den anden side at sikre en geografisk dækning på tværs af landet. Dertil kommer, at der på baggrund af oplysninger fra kommunerne kan være behov for at se på, om der er døgntilbud med de rette rammer og kompetencer til at sikre kvinderne den rette indsats og støtte.

5.2.5 Handleplan

Kommunen skal i henhold til servicelovens § 141 tilbyde en handleplan til borgere med alvorlige sociale problemer og/eller betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Handleplanen skal beskrive formålet med indsatsen og hvilken indsats, der er nødvendig for at opnå formålet, varighed m.m. Handleplanen kan herudover bidrage til en koordination af indsatsen.

Hvis borgeren har fået udarbejdet en § 141 handleplan, skal behandlingsplanen for stofmisbrugsbehandlingen koordineres med og indarbejdes i denne, således at den enkelte borger modtager en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

5.2.6 Retningslinjer

Med henblik på at styrke kommunernes arbejde med den sociale stofmisbrugsbehandling samt brugen af metoder og indsatser med

dokumenteret effekt er Socialstyrelsen i gang med at udarbejde nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, som forventes at blive offentliggjort ultimo 2015. Kommunerne er ifølge servicelovens § 4 forpligtet til at sikre de nødvendige tilbud til alle typer af borgere, herunder gravide med stofmisbrug. Retningslinjerne vil bl.a. bidrage til at præcisere, at behandleren ved screening og udredning for stofmisbrug skal være opmærksom på, om en kvinde er gravid. Retningslinjerne vil desuden pege på, at den sociale stofmisbrugsbehandling koordineres eller integreres med relevante sundhedsfaglige indsatser, herunder at gravide kvinder har behov for et specialiseret tilbud, der varetages i tæt tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem stofmisbrugsbehandling, familieambulatorium, børne- og familieafdeling, praktiserende læge, sundhedsplejerske m.fl. Retningslinjerne præciserer desuden vigtigheden af, at der er opmærksomhed på de kommende fædre med henblik på at sikre en tværsektoriel indsats, der har fokus på at mindske tilbagefald til stofmisbrug, yde støtte i rollen som far og fremme trivslen i familien.

Med henblik på at støtte kommunerne i udviklingen af kvaliteten i alkoholbehandlingen har Sundhedsstyrelsen i foråret 2015 udgivet National Klinisk Retningslinje om behandling af alkoholafhængighed⁶⁶. Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger vedrørende familieorienteret behandling, individuel behandling versus behandling i grupper, dag- versus døgnbehandling, Community Reinforcement Approach (CRA), medicinsk behandling, varighed af behandlingen og efterbehandling. Formålet med den nye retningslinje er at højne og ensarte kvaliteten af den specialiserede alkoholbehandling i Danmark. Retningslinjen omhandler behandlingen af voksne over 18 år, hvor alkoholafhængighed er hovedproblemet. Det er vigtigt at understrege, at retningslinjen kun omfatter udvalgte elementer i behandlingen af alkoholafhængighed. Retningslinjen er således et supplement til øvrige rådgivningsmaterialer på området.

5.2.7 VISO

VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet. VISO yder gratis vejledende rådgivning til kommuner, borgere, institutioner og tilbud. Rådgivningen varetages af et landsdækkende netværk af specialister. Kommunerne har det fulde myndighedsansvar på social- og specialundervisningsområdet, og det er altid kommunen, der beslutter, hvilke indsatser der skal sættes i gang i en borgers sag.

Rådgivning og udredning gennem VISO omfatter individuelt tilrettelagte forløb med fokus på at kvalificere kommunens beslutningsgrundlag. Ved rådgivning om særlige målgrupper kan VISO yde rådgivning om indsatser, der kan bidrage til at kvalificere en fagperson eller en kommunes videre arbejde med borgere med samme problemstilling.

VISO har de seneste år haft meget få henvendelser fra fagpersoner om rådgivning i sager om gravide med et misbrug af stoffer, men har leverandører der vil kunne yde kvalificeret rådgivning i sager om gravide med et misbrug af stoffer.

5.2.8 Rådgivning om prævention og graviditeter

For kvinder i den fertile alder, der er i lægelig stofmisbrugsbehandling gælder, at misbrugsbehandlingsinstitutionen skal sikre, at kvinden tilbydes præventionsrådgivning og løbende rådgivning i forhold til såvel uønsket som ønsket graviditet. Ved indskrivning af en kvinde med et stofmisbrug i substitutionsbehandling skal lægen i det kommunale misbrugsbehandlingsystem optage en gynækologisk anamnese samt vurdere status for antikonception. Ved behov for antikonception skal lægen sikre, at kvinden får den nødvendige rådgivning og tilbud om antikonceptionsbehandling. Der bør løbende foretages en opfølgning herpå. Nærmere krav til denne rådgivning fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (vejledning nr. 42 af 1. juli 2008).

Stofmisbrugsbehandlingstilbud har således en vigtig rolle i forhold til at sikre løbende fokus på rådgivning til kvinder i den fertile alder om prævention, abort og støttemuligheder under graviditeten. Ved en systematisk tilgang til rådgivning om og støtte til prævention og abort vil mange ikke-planlagte graviditeter kunne forebygges. Erfaringen på området tyder imidlertid på, at der ikke på nuværende tidspunkt findes en fælles praksis herfor.

Kommunen har mulighed for at tilbyde rådgivning om familieplanlægning, jf. servicelovens § 11, stk. 3. Samtaler om familieplanlægning kan blandt andet handle om at vente med at få (endnu) et barn, indtil kvindens eller familiens situation har stabiliseret sig, ligesom rådgiveren kan gå i dialog om prævention generelt. Den specifikke rådgivning om konkrete præventionsformer, helbredsundersøgelser mv. foretages af sundhedspersonale som for eksempel den praktiserende læge. Udover rådgivning om familieplanlægning, giver serviceloven også kommunerne mulighed for at yde økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaveren i forbindelse med udgifterne til prævention.

I boksen nedenfor beskrives erfaringer med systematisk præventionsindsats, abortrådgivning og social støtte som en integreret del af behandlingsindsatsen under graviditeten i et af projekterne i "Puljen til forstærket indsats over for gravide kvinder med stofmisbrug."

Boks 12: Erfaringer med kombineret præventions- og abort indsats og social støtte i graviditeten

Projekt Familie- og Gravidenheden

Projektet "Familie- og Gravidenheden" blev iværksat i 2008 i Behandlingscenter Odense – Stofbehandlingen og afsluttet i efteråret 2011. Familie- og Gravidenheden etablerede en specialiseret indsats til gravide kvinder med stofmisbrug, der kombinerede fokus på en systematisk præventionsindsats, støtte til eventuel abort, samt en tæt social behandling og støtte til de kvinder, som valgte at gennemføre deres graviditet.

Den sociale behandling og støtte til kvinderne, som var projektets bærende aktivitet, blev ydet i form af tæt og daglig kontakt, hjemmebesøg med individuelle samtaler samt parsamtaler i de tilfælde, hvor det var aktuelt. Familierne kunne desuden modtage hjemmebesøg og støtte efter fødslen, og der var i hele forløbet mulighed for at få hurtig telefonisk kontakt med projektmedarbejdere efter behov, herunder aftener og weekender.

Den daglige sociale behandling blev varetaget af en fast gruppe på 2-3

projektansatte, som kunne koncentrere sig om den afgrænsede målgruppe, og som besad specialiseret viden og indsigt i målgruppens problematikker og ikke mindst i den daglige sociale behandling af målgruppen.

Den intensive og specialiserede indsats i Familie- og Graviditeten havde positive resultater og behandlingseffekter. Andelen af kvinder i stofmisbrugsbehandling, som blev gravide, faldt markant. 31 ud af de 34 børn, der blev født af kvinder, som var i kontakt med projektet, blev født abstinensfrie og uden synlige skader. Det skønnes desuden, at Familie- og Graviditeten blev så velkendt og velanset blandt professionelle aktører i lokalområdet, at en stor del af de gravide kvinder med stofproblematikker i optageområdet i projektperioden er blevet afdækket og henvist til projektet.

Kilde: Socialstyrelsen (2012): "En forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere". Evalueringsrapport.

En struktureret og konsekvent præventionsindsats til kvinder i den fertile alder i stofmisbrugsbehandling kan således bidrage til at forebygge ikke-planlagte graviditeter.

Tilsvarende spiller alkoholbehandlingstilbuddene en væsentlig rolle i forhold til at forebygge uønskede graviditeter hos kvinder med et misbrug af alkohol, og at børn fødes med medfødte alkoholskader. I alkoholbehandlingen bør kvinder i den fertile alder systematisk spørges til graviditet og tilbydes graviditetstest ved behov. Desuden bør der informeres om kvindernes særlige risiko for alkohol- og andre rusmiddelskader ved brug af rusmidler ved en eventuel kommende graviditet, men også informeres om familieambulatorierne som et særligt støttetilbud – allerede ved ønsket om graviditet. Ønske om graviditet bør drøftes sammen med tilbud om prævention, som alkoholbehandlingen bør støtte etableringen af ud fra den enkelte kvindes behov. Kvinder, der i forbindelse med alkoholbehandlingen får afdækket en graviditet, bør henvises hurtigst muligt til det regionale familieambulatorium. Ved behov for abortrådgivning bør dette primært varetages af familieambulatoriet.

5.3 KOMMUNERNES BØRNE- OG FAMILIEAFDELINGER

Kommunernes børne- og familieafdelinger vil ofte spille en helt central rolle i forhold til støtten til gravide kvinder med et rusmiddelforbrug og ligeledes i forhold til barnefaderen eller en eventuel ægtefælle eller partner.

Hvis der er grund til at antage, at et barn kan have behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de kommende forældres forhold nærmere og eventuelt træffe afgørelse om en social indsats allerede under graviditeten. Støtten skal være tidlig og helhedsorienteret, og der kan gives såvel forebyggende indsatser efter servicelovens § 11 og særlig støtte efter servicelovens kapitel 11 på baggrund af en børnefaglig undersøgelse.

Selvom det følger af kommunens generelle tilsynsforpligtelse, at kommunen skal være opmærksom på kvinder og familier, hvor det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte efter servicelovens kapitel 11 umiddelbart efter fødslen kan der, hvilket også blev rejst på det afholdte dialogmøde d. 1. september 2015 være kvinder, der er tilbageholdende i forhold til samarbejdet med kommunen af

frygt for, hvilke konsekvenser, det vil få i forhold til barnet, når dette er født i form af fx anbringelse uden for hjemmet.

Det vil imidlertid ofte være tilfældet, at gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler indledningsvis får kontakt til professionelle i sociale eller sundhedsfaglige indsatser som fx misbrugsbehandling, lægen eller familieambulatoriet. Disse professionelle er omfattet af underretningspligten efter servicelovens § 153, efter hvilken alle personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte efter servicelovens kapitel 11 på grund af de kommende forældres forhold. Det gælder uanset, at der fortsat er mulighed for at benytte de redskaber, som findes inden for vedkommendes eget regi.

Ud over underretningspligten for fagpersonerne, jf. ovenfor, bør der i arbejdet med den enkelte kvinde i øvrigt være opmærksomhed på at få etableret et godt samarbejde med børne- og familieafdelingen om mulighederne for støtte.

Som det fremgår af kapitel 4 om familieambulatorierne, vil det således ofte være nødvendigt, at eksempelvis familieambulatoriet underretter kommunens børne- og familieafdeling, og at der indledes et tværfagligt samarbejde med henblik på støtte til den gravide kvinde og eventuelt hendes partner.

Hvis de kommende forældres forhold er af en sådan karakter, at der er grund til at antage, at der kan være behov for at iværksætte en indsats over for barnet umiddelbart efter fødslen, skal kommunen iværksætte en børnefaglig undersøgelse af de kommende forældres forhold, jf. servicelovens § 50, stk. 9. Undersøgelsen skal afdække problemer og ressourcer hos forældrene og netværket, så den tilstrækkelige indsats kan vælges fra starten. Det er således relevant at undersøge forældrenes muligheder og barrierer for at varetage barnets fremtidige behov. Som led i undersøgelsen skal kommunen inddrage eksempelvis familieambulatoriet, lægen, misbrugsbehandlingscenteret og andre professionelle, der har viden om familiens forhold.

Undersøgelsen skal munde ud i en begrundet stillingtagen til, hvilke indsatser der skal iværksættes, og der udarbejdes en handleplan for indsatsen over for de kommende forældre og det kommende barn, jf. servicelovens § 140. Handleplanen omfatter således en plan over både den indsats, der eventuelt iværksættes allerede under graviditeten, og de indsatser, der forventes iværksat efter barnets fødsel, herunder eksempelvis støtte i hjemmet eller anbringelse af barnet uden for hjemmet efter fødslen.

Servicelovens § 52, stk. 4, forpligter kommunerne til at iværksætte indsatser over for kommende forældre allerede under graviditeten såfremt den børnefaglige undersøgelse viser et behov herfor. Der kan med samtykke fra forældrene træffes afgørelse om støtte i hjemmet, familiebehandling, døgnophold for de kommende forældre, udpegning af kontaktperson eller anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte. Ligeledes kan der træffes afgørelse om økonomisk støtte efter servicelovens § 52 a, eksempelvis til udgifter, der kan medvirke til, at en anbringelse uden for hjemmet kan undgås.

Desuden kan kommunen give forebyggende indsatser efter servicelovens § 11, der blandt andet omfatter familieorienteret rådgivning og forældrekurser til

udvikling af forældrenes forældreevne, allerede inden barnet fødes. Kommunen kan også tilbyde rådgivning om familieplanlægning og yde økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaveren til udgifter i forbindelse med prævention. Det er ikke et krav, at der forud for indsatser efter § 11 er gennemført en børnefaglig undersøgelse, hvorfor denne type af indsatser kan være relevant både for de mindre udsatte og for de meget udsatte forældre.

På dialogmøderne, som arbejdsgruppen afholdt i henholdsvis april og september 2015 med en række aktører på området, blev det fremhævet af flere, at netop familierådgivning og rådgivning om prævention og gratis prævention er vigtige redskaber i indsatsen til kvinderne.

Efter barnet er født, kan kommunen træffe afgørelse om indsatser for barnet og familien på baggrund af den børnefaglige undersøgelse og handleplanen efter servicelovens § 140. Der kan eksempelvis træffes afgørelse om støtte i hjemmet, døgnophold for både forældre og barnet eller anbringelse af barnet uden for hjemmet umiddelbart efter fødslen.

Hvis de kommende forældre er utilfredse med kommunens indsats eller sagsbehandling, kan de henvende sig til Ankestyrelsen, som har mulighed for at tage sager op af egen drift, hvis kommunen ikke har truffet de nødvendige sagsbehandlingsskridt, som fx at lave en børnefaglig undersøgelse eller iværksættelse af relevante foranstaltninger. Ankestyrelsen kan også tage sagen op, hvis den børnefaglige undersøgelse er mangelfuld eller lignende. På baggrund af Ankestyrelsens vurdering af sagen kan Ankestyrelsen pålægge kommunen at tage de nødvendige sagsbehandlingsskridt, eller at træffe de nødvendige afgørelser. Ankestyrelsen kan også selv træffe foreløbig afgørelse om foranstaltninger, hvis der er behov herfor, og kommunen ikke i tilstrækkeligt omfang iværksætter dem.

Derudover gælder de almindelige klageregler på området for udsatte børn og unge. Det betyder, at de kommende forældre har mulighed for at klage til Ankestyrelsen over kommunens afgørelse om støtte, hvis de ikke mener, at den er relevant eller tilstrækkelig. Det er ligeledes muligt at klage til Ankestyrelsen over en kommunes beslutning om ikke at iværksætte en børnefaglig undersøgelse.

5.4 GENEREL STØTTE EFTER SERVICELOVEN

Kommunerne har efter serviceloven en generel forpligtigelse til at sørge for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning. Formålet med rådgivningen er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder, samt på længere sigt at sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp. Denne generelle rådgivning kan gives særskilt eller i forbindelse med anden hjælp efter serviceloven eller anden lovgivning. Rådgivningen skal kunne gives som et anonymt og åbent tilbud, og kommunen skal i forbindelse med rådgivningen være opmærksom på, om den enkelte har behov for anden form for hjælp efter serviceloven eller anden lovgivning.

Serviceloven indeholder dernæst en række muligheder for kommunen for at tilbyde støtte og hjælp til mennesker med en rusmiddelproblematik, herunder gravide. Generelt skal støtte efter serviceloven ske ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov, og støtten skal tilrettelægges med et

helhedsorienteret perspektiv på borgerens problemer. Det er den enkelte kommune, der træffer afgørelse om støtte og hjælp efter serviceloven. Ifølge retssikkerhedslovens § 4 skal kommunen tilrettelægge sagsbehandlingen på en måde, så det er muligt for borgeren af medvirke i egen sagsbehandling.

Den konkrete støtte kan eksempelvis omfatte socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 til blandt andet at kunne bo i egen bolig og til at klare dagligdagen.

Serviceloven indeholder ligeledes mulighed for at tilbyde den enkelte borger enten korterevarende eller længerevarende ophold i botilbud efter henholdsvis servicelovens §§ 107 og 108.

Endelig skal kommunen også tilbyde kvinder, der er udsat for vold eller trusler om vold, ophold på et kvindekrisecenter efter servicelovens § 109. Kommunen skal samtidig tilbyde personer med særlige sociale problemer, og som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, midlertidigt ophold på et forsorgshjem efter servicelovens § 110.

Der eksisterer ligeledes en række samværs- og aktivitetstilbud efter servicelovens § 104 i kommunerne til udsatte borgere.

Endelig kan kommunen efter servicelovens § 99 tilbyde en støtte- og kontaktpersonordningen, som har til formål at skabe kontakt til de mest socialt udsatte. Målet med ordningen er at bistå den enkelte med at bygge bro til omverdenen, fx kommunale myndigheder, væresteder, sundhedsvæsenet mv. Alle borgere kan ved henvendelse til kommunen gøre opmærksom på, at en person har brug for hjælp. En støtte- og kontaktperson kan tilbyde personen hjælp, også anonymt, hvis borgeren ønsker det.

5.5 OPSAMLING

Den almene svangreomsorg, herunder primært ved egen læge og sekundært ved jordemoder, spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre afdækning af gravide – så tidligt som overhovedet muligt i graviditeten – af kvinder med et rusmiddelforbrug, og har en væsentlig opgave i forhold til at sikre, at disse kvinder modtager rådgivning om risikoen for fosterskader ved forbruget og afhængig af deres behov henvises til den rette støtte, indsats og behandling. Det drejer sig ikke mindst om at sikre, at kvinderne bliver henvist til familieambulatorierne, som målrettet støtter kvinderne i graviditeten og har fokus på håndtering af et aktuelt forbrug og misbrug af alkohol og/eller stoffer. Desuden kan det være relevant at henvise kvinden til den relevante misbrugsbehandling og støtte mv. i kommunalt regi, herunder eventuelt ved underretning af den kommunale børne- og familieafdeling, jf. servicelovens § 153.

Afdækningen af rusmiddelforbrug hos en gravid kvinde bør imidlertid også foregå gennem de øvrige, herunder kommunale tilbud, som de pågældende kvinder er i kontakt med. Det drejer sig om alle former for stof- og alkoholmisbrugsbehandling, såvel dag-, døgn- og ambulante tilbud, kommunale børne- og familieafdelinger, botilbud, herberger, kvindekrisecentre, bostøttemedarbejdere, støtte- og kontaktpersoner, væresteder, gadeplansindsatser, behandlingstilbud, Kriminalforsorgen mv.

Alle øvrige aktører bør hurtigst muligt henvise gravide kvinder med et rusmiddelforbrug eller misbrug til familieambulatorierne og indgå i et samarbejde med familieambulatorierne om den rette støtte til kvinden gennem graviditeten og eventuelt efter graviditeten samt vurdere, om kommunen skal underrettes, jf. servicelovens § 153.

Kommunerne har ansvar for at tilbyde alkoholmisbrugsbehandling og stofmisbrugsbehandling og for at sikre, at behandlingen er sammenhængende og helhedsorienteret med henblik på at støtte borgerne i at reducere eller stoppe rusmiddelforbruget og reducere skaderne af et misbrug. Kommunen kan enten vælge at oprette egne tilbud eller at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Kommunerne har efter serviceloven en generel forpligtigelse til at sørge for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning. Formålet med rådgivningen er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder, samt på længere sigt at sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer ved egen hjælp.

Serviceloven indeholder dernæst en række muligheder for kommunen for at tilbyde støtte og hjælp til mennesker med en rusmiddelproblematik, herunder gravide. Generelt skal støtte efter serviceloven ske ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov, og støtten skal tilrettelægges med et helhedsorienteret perspektiv på borgerens problemer.

Kommunerne har pligt til at iværksætte behandlingen efter servicelovens § 101 og sundhedslovens §§ 141 og 142 senest 14 dage efter, at en person har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling, uanset hvilket misbrug der er tale om. Formålet hermed er at sikre, at personer, der er motiverede for at komme i behandling, får tilbudt behandling så hurtigt som muligt, mens motivationen er størst.

Kommunen skal i henhold til servicelovens § 141 tilbyde en handleplan til borgere med alvorlige sociale problemer og/eller betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Hvis borgeren har fået udarbejdet en § 141 handleplan, skal behandlingsplanen for stofmisbrugsbehandlingen koordineres med og indarbejdes i denne, således at den enkelte borger modtager en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Det følger af kommunens generelle tilsynsforpligtelse, at kommunen skal være opmærksom på kvinder og familier, hvor det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen.

Hvis der er grund til at antage, at et barn kan have behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de kommende forældres forhold nærmere og eventuelt træffe afgørelse om en social indsats allerede under graviditeten. Kommunen kan ligeledes give forebyggende indsatser efter servicelovens § 11, der blandt andet omfatter familieorienteret rådgivning og forældrekurser til udvikling af forældrenes forældreevne, allerede inden barnet fødes.

Alle personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte. Denne underretningspligt gælder fx for professionelle i sociale eller

sundhedsfaglige indsatser som fx misbrugsbehandling, lægen eller familieambulatoriet.

Ud over underretningspligten for fagpersonerne, jf. ovenfor, bør der i arbejdet med den enkelte kvinde i øvrigt være opmærksomhed på at få etableret et godt samarbejde med børne- og familieafdelingen om mulighederne for støtte.

Hvis de kommende forældre er utilfredse med kommunens indsats eller sagsbehandling, kan de henvende sig til Ankestyrelsen, som har mulighed for at tage sager op af egen drift og fx pålægge kommunen at tage de nødvendige sagsbehandlingsskridt, eller at træffe de nødvendige afgørelser.

Derudover gælder de almindelige klageregler på området for udsatte børn og unge.

KAPITEL 6: LOVGRUNDLAG FOR TILBUD OM TILBAGEHOLDELSE AF GRAVIDE KVINDER MED ET MISBRUG OG ERFARINGER HERMED

Efter gældende lovgivning er der i dag mulighed for, at en kommune og en gravid kvinde med et stof- eller alkoholmisbrug kan indgå kontrakt om døgnbehandling for rusmiddelforbruget med mulighed for, at behandlingstilbuddet i en række særlige tilfælde kan tilbageholde kvinden under graviditeten. De eksisterende regler på alkohol- og stofområdet er på de fleste områder parallelle, men indeholder enkelte, væsentlige forskelle.

I dette afsnit beskrives gældende regler for tilbud om at indgå kontrakt på alkohol- og stofområdet om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse af gravide kvinder med et misbrug af alkohol- og/eller stoffer samt kommunernes erfaring med dette tilbud.

6.1 TILBUD OM TILBAGEHOLDELSE AF GRAVIDE KVINDER MED ET FORBRUG AF ALKOHOL

Kommunernes tilbud til gravide kvinder med alkoholmisbrug om kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten er reguleret i sundhedslovens § 141 a-f (lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014) samt i bekendtgørelse (nr. 227 af 11. februar 2008) og vejledning (nr. 18 af 11. februar 2008) om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling.

Formålet med sundhedslovens regler er at gøre det muligt for kommunerne at give et tilbud til gravide kvinder med et alkoholmisbrug om at kunne blive tilbageholdt på en døgninstitution eller -funktion for alkoholmisbrugere i en kort periode. Hensigten er at hindre den gravide kvinde i at skade fosteret i en situation, hvor kvinden ikke kan styre sin trang til alkohol, og at hindre kvinden i at genoptage alkoholmisbruget. Formålet er endvidere at fastholde kvinden i behandling. Behandling og tilbageholdelse vil i givet fald skulle ske på en døgninstitution til alkoholbehandling eller i en familieambulatoriefunktion tilknyttet en døgnfunktion. Med familieambulatoriefunktion tilknyttet en døgnfunktion forstås i denne sammenhæng en kommunal, regional eller privat institution, der virker efter sundhedslovens § 141 som et alkoholbehandlingssted.⁶⁷

Muligheden for kommunerne til at tilbyde gravide kvinder med alkoholmisbrug kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten blev indført med lov nr. 511 af 6. juni 2007 om ændring af sundhedsloven. Lovændringen var en udmøntning af satspuljeaftalen for 2007-2010⁶⁸, hvorved satspuljepartierne var enige om at styrke indsatsen over for gravide alkoholmisbrugere. Der var i forligskredsen enighed om, at man i første omgang skulle gennemføre muligheden for tilbageholdelse af gravide kvinder med et alkoholmisbrug som et tilbud til kommunerne. Der blev derfor ikke med lovændringen indført en pligt for kommunerne til at tilbyde gravide kvinder med

et alkoholmisbrug kontrakt med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten.⁶⁹

Sundhedslovens bestemmelser om frivillig tilbageholdelse er baseret på en 3-dobbelt frivillighed. For det første er det overladt til kommunalbestyrelsen, om den vil benytte sig af lovens bestemmelser. For det andet skal kommunalbestyrelsen i det konkrete tilfælde træffe afgørelse om, hvorvidt der skal gives et tilbud om alkoholbehandling med mulighed for tilbageholdelse på en relevant behandlingsinstitution. Der er således ingen forpligtelse for kommunen til at tilbyde en sådan kontrakt, og kommunens afgørelse herom kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. For det tredje er det frivilligt for den gravide kvinde, om hun vil indgå en sådan kontrakt. Ønsker den gravide kvinde ikke at indgå en sådan aftale, har hun fortsat adgang til øvrige eksisterende behandlingstilbud. Herved fastholdes frivillighedsprincippet i behandlingen.

Af sundhedslovens § 141 a fremgår, at kommunalbestyrelsen i et møde træffer afgørelse om, hvorvidt kommunen vil tilbyde gravide kvinder med alkoholmisbrug kontrakter om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tilbageholdelse efter sundhedslovens §§ 141 b-141 f. Kommunalbestyrelsen skal således træffe afgørelse om, hvorvidt man på en eller flere af de døgninstitutioner, som kommunen anvender som et tilbud til borgerne om alkoholbehandling, skal have mulighed for at tilbyde en gravid kvinde med alkoholmisbrug at indgå en kontrakt om alkoholbehandling med mulighed for tilbageholdelse. Kommunen kan i den forbindelse, eventuelt i samarbejde med behandlingsinstitutionerne, vurdere, om det er mest hensigtsmæssigt at koncentrere denne form for behandlingskontrakter på én bestemt institution eller på flere. Vurderingen heraf må bl.a. ske på baggrund af forholdene på den enkelte institution i forhold til personalenormering, eksisterende fagkompetencer, normerede antal pladser, institutionens størrelse og fysiske indretning mv.

I forbindelse med tilbud om støtte til alkoholmisbrugere i form af døgnophold efter sundhedslovens § 141 kan kommunen således tilbyde en gravid kvinde med alkoholmisbrug at indgå kontrakt om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tilbageholdelse efter sundhedslovens § 141 b-e, jf. sundhedslovens § 141 b, stk. 1.

Inden en behandling indledes, skal der indgås en skriftlig kontrakt herom mellem den gravide kvinde med alkoholmisbrug og kommunen om behandling med mulighed for tilbageholdelse, jf. sundhedslovens § 141 b, stk. 2. Af vejledning om lov om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling (vejledning nr. 18 af 11. februar 2008) fremgår, at den skriftlige kontrakt om behandlingsforløbet indgås mellem den gravide alkoholmisbruger og behandlingsinstitutionen, før behandlingen påbegyndes.

En kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse af den gravide kvinde med alkoholmisbrug kan indgås for en periode på ikke over et halvt års varighed fra indgåelsen, jf. sundhedslovens § 141 b, stk. 3. Den gravide kvinde med alkoholmisbrug kan opsiges en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, når betingelserne for tilbageholdelse efter sundhedslovens § 141 c ikke længere er til stede, jf. sundhedslovens § 141 b, stk. 4. De nærmere krav til indhold af en frivillig kontrakt om behandling efter sundhedslovens § 141 a er beskrevet i vejledning om lov om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling.

Af sundhedslovens § 141 c, stk. 1, fremgår, at tilbageholdelse af en gravid alkoholmisbruger i behandling på en døgninstitution for alkoholmisbrugere eller en familieambulatoriefunktion tilknyttet en døgnfunktion kan ske, når der er en begrundet formodning om, at den gravide alkoholmisbruger vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, fordi:

- 1) den gravide alkoholmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fosteret,
- 2) udsigten til ophøret af misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet eller
- 3) den gravide alkoholmisbruger frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv

Tilbageholdelse kan kun ske, hvis mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige, jf. sundhedslovens § 141 c, stk. 2.

Af sundhedslovens § 141 d fremgår, at afgørelse om tilbageholdelse af en gravid kvinde i kontraktbehandling træffes af behandlingsinstitutionens leder og kan meddeles mundtligt til den gravide alkoholmisbruger. Er afgørelsen meddelt mundtligt, skal der straks udarbejdes en skriftlig begrundelse for afgørelsen, som gives til den gravide alkoholmisbruger. Lederens afgørelse skal straks forelægges for kommunen, som senest 3 hverdage efter iværksættelsen af en tilbageholdelse afgør, om tilbageholdelsen skal opretholdes, eller om den skal ophøre, såfremt den ikke allerede er ophørt. Tilbageholdelsen skal ophøre, når betingelserne i sundhedslovens § 141 c, stk. 1, ikke længere er til stede.

Den enkelte tilbageholdelse kan højst vare 14 dage fra afgørelsen efter sundhedslovens § 141 c, stk. 1, og den samlede tilbageholdelsesperiode må ikke overstige 2 måneder inden for en periode på 6 måneder. Afgørelse om ophør af en tilbageholdelse træffes af behandlingsinstitutionens leder og skal meddeles kommunen. Den gravide alkoholmisbruger skal straks have meddelelse om ophøret af tilbageholdelsen.

Kommunen skal efter anmodning fra den gravide kvinde indbringe en afgørelse om tilbageholdelse for retten efter retsplejelovens kapitel 3 a, jf. sundhedslovens § 141 e.

Af sundhedslovens § 141 f fremgår, at isolation og fiksering ikke er tilladt i forbindelse med behandling for alkoholmisbrug efter sundhedslovens § 141 b - 141 e.

Fysisk magtanvendelse er tilladt, i det omfang det er nødvendigt for at forhindre den gravide alkoholmisbruger i at forlade behandlingsstedet og afværge, at den gravide alkoholmisbruger udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på lemme eller helbred.

Isolation, hvorved forstås afsondring i aflåst rum i kortere eller længere perioder, er ikke tilladt. Kortvarig aflåsning af værelset betragtes ikke som isolation. Fiksering er ikke tilladt.

6.2 TILBUD OM TILBAGEHOLDELSE AF GRAVIDE KVINDER MED FORBRUG AF STOFFER

Siden 2007 har kommunerne i forbindelse med tilbud om døgnbehandling haft pligt til at tilbyde gravide kvinder med et stofmisbrug at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Indførelsen af en skalbestemmelse for gravide kvinder med et stofmisbrug i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling blev udmøntet i forlængelse af satspuljeaftalen for 2007.

Tilbud om tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere er reguleret i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, også kaldet tilbageholdelsesloven (lovbekendtgørelse nr. 1128 af 20. oktober 2014) samt i bekendtgørelse (nr. 101 af 20. februar 2008) og vejledning (nr. 10 af 20. februar 2008) om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.

Kommunen har pligt til at tilbyde gravide kvinder kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse i forbindelse med tilbud om døgnbehandling. Dermed adskiller reglerne sig fra alkoholområdet, hvor det er frivilligt for kommunen, om man ønsker at benytte sig af kontrakter i forbindelse med tilbud om døgnbehandling til gravide kvinder. Formålet med loven er ifølge lovforslagets bemærkninger at forbedre mulighederne for at fastholde gravide kvinder med et stofmisbrug, som er visiteret til døgnbehandling, i behandling under graviditeten og begrænse, at deres børn fødes med stofabstinenser eller misbrugsrelaterede skader.

Af tilbageholdelseslovens § 1 fremgår det, at kommunalbestyrelsen i forbindelse med tilbud om støtte til gravide kvinder med et stofmisbrug i form af døgnophold efter servicelovens § 107, stk. 2, nr. 2, skal tilbyde den gravide at indgå en kontrakt om stofmisbrugsbehandling med mulighed for tilbageholdelse på døgntilbuddet.

Det følger af tilbageholdelseslovens § 3, at kontrakten skal indgås mellem den gravide kvinde med et stofmisbrug og botilbuddet, og at kontrakten skal indgås, før behandlingen påbegyndes. Hvis den gravide kvinde ikke ønsker at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse, har den gravide kvinde med et stofmisbrug fortsat adgang til de øvrige eksisterende behandlingstilbud.

Af vejledningen fremgår det, at reglerne om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling kun kan anvendes på botilbud til behandling af stofmisbrugere i henhold til servicelovens § 107, stk. 2, nr. 2, hvilket vil sige såvel kommunale og regionale som godkendte private botilbud. Det fremgår af vejledningen, at det er kommunalbestyrelsen, der fastlægger, hvordan og på hvilke botilbud reglerne kan anvendes.

Det følger endvidere af tilbageholdelseslovens § 4, stk. 1, at en kontrakt kan indgås for en periode af ikke over et halvt års varighed fra indgåelsen. Det følger af tilbageholdelseslovens § 4, stk. 2, at den gravide kvinde til enhver tid kan opsige kontrakten om behandling med mulighed for tilbageholdelse, med mindre hun aktuelt er under tilbageholdelse.

Ifølge tilbageholdelseslovens § 5, stk.1, kan tilbageholdelse ske, når der er begrundet formodning om, at den gravide kvinde med et stofmisbrug vil afbryde den aftalte behandling, og at det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, fordi:

- 1) udsigten til at ophøre med misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, eller
- 2) stofmisbrugeren frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Det bemærkes i den forbindelse, at der er i tilbageholdelsesloven – i modsætning til reglerne på alkoholområdet – ikke er eksplicit lovhjemmel til at tilbageholde en gravid kvinde med et stofmisbrug med henvisning til, at den gravide kvinde frembyder nærliggende fare for at skade fosteret. Det fremgår imidlertid af bemærkningerne til lovforslaget fra 2007, at: *"Forslaget til ændring af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling har til formål, at gravide stofmisbrugere, der er visiteret til døgnbehandling, får tilbudt en kontrakt og dermed mulighed for tilbageholdelse for at undgå, at deres børn fødes med stofabstinenser eller skader som følge af stofmisbruget."*

Tilbageholdelse kan kun ske, såfremt mere lempelige foranstaltninger er utilstrækkelige, jf. tilbageholdelseslovens § 5, stk. 2.

Af tilbageholdelseslovens § 6, stk. 1, fremgår det, at den foreløbige beslutning om tilbageholdelse træffes af botilbuddets leder og snarest muligt skal meddeles til den gravide kvinde og skal forelægges kommunen, som senest tre dage efter den foreløbige beslutning er truffet, træffer en endelig beslutning. Den gravide stofmisbruger skal straks have meddelelse om beslutningen, som skal være skriftlig og begrundet.

Det følger af tilbageholdelseslovens § 7, at tilbageholdelsen skal ophøre, når betingelserne i § 5 ikke længere er til stede. Den enkelte tilbageholdelse kan ikke vare over 14 dage, og den samlede tilbageholdelsesperiode kan ikke overstige to måneder inden for seks måneder. Beslutningen om ophøret af tilbageholdelsen træffes af botilbuddets leder og skal efterfølgende meddeles kommunen. Den gravide kvinde skal straks have meddelelse om ophøret af tilbageholdelsen.

Kommunen skal efter anmodning fra den gravide kvinde indbringe en afgørelse om tilbageholdelse for retten efter retsplejelovens kapitel 3 a, jf. tilbageholdelseslovens § 8.

Af tilbageholdelseslovens § 9 fremgår det, at isolation og fiksering ikke er tilladt. Fysisk magt er tilladt i det omfang, at det er nødvendigt for at afværge, at den gravide kvinde med stofmisbrug udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslaget fra 2007, at botilbuddet – typisk i en akut opstået kritesituation – kan foretage aflåsning af yderdøre om natten og i kortere perioder af dagen, i det omfang det er nødvendigt for at sikre, at stofmisbrugeren forhindres i at forlade botilbuddet under et aftalt behandlingsforløb.

6.3 KOMMUNALE ERFARINGER MED INDGÅELSE AF KONTRAKTER

Kommunerne har, som beskrevet i det foregående afsnit, siden 2007 haft pligt til at tilbyde gravide med et misbrug af stoffer, som er visiteret til døgnbehandling, mulighed for at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse.

Kommunerne har desuden siden 2007 haft mulighed for at tilbyde gravide kvinder med misbrug af alkohol, som er visiteret til døgnbehandling, at indgå en kontrakt med mulighed for tilbageholdelse. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at beslutte, om muligheden for at tilbyde kontrakt om behandling til gravide med et misbrug af alkohol skal anvendes i den pågældende kommune.

Nedenfor redegøres der for kommunernes erfaringer med tilbud om døgnbehandling til gravide kvinder med et misbrug med mulighed for tilbageholdelse efter hhv. sundhedsloven og tilbageholdelsesloven.

6.3.1 Anvendelse af kontrakter til gravide kvinder med et misbrug af stoffer

Kommunerne skal hvert år pr. 1. oktober indberette til Socialstyrelsen i hvilket omfang, der er tilbudt og/eller indgået kontrakter om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse med gravide med et misbrug af stoffer. Første indberetning fandt sted i 2008 og de seneste i efteråret 2014. Resultaterne af indberetningerne til Socialstyrelsen viser, at der i perioden fra marts 2008 til oktober 2014 er indgået kontrakt med tre forskellige kvinder på landsplan i tre forskellige kommuner.

En kommune har erfaret, at alene dét at indgå kontrakten har haft en præventiv effekt for den pågældende kvinde. Efter indgåelse af kontrakten forblev den gravide kvinde indskrevet i døgnbehandling frem til fødslen. Kvinden havde ved ankomsten til stedet et alvorligt blandingsmisbrug, men det blev ikke aktuelt for behandlerne på stedet at effektuere en tilbageholdelse, da det var tilstrækkeligt i forhold til misbrugsbehandlingen, at kvinden vidste, at hun ville kunne tilbageholdes.

Socialstyrelsen har i henholdsvis januar 2011 og marts 2014 gennemført rundringninger til i alt 14 kommuner for at få uddybet kommunernes erfaringer med brugen af kontrakterne som et tilbud til kvinder med behov for døgnbehandling. De deltagende kommuner har peget på følgende årsager:

Lille målgruppe og derfor manglende ekspertise

En række af de mindste kommuner møder sjældent en gravid kvinde i deres stofmisbrugsbehandlingstilbud. Derfor er der i disse kommuner en meget begrænset viden om og opmærksomhed på problematikken. Som følge deraf er der ingen daglig og praktisk anledning til at forholde sig til bestemmelserne vedrørende kontrakterne.

I forlængelse heraf har nogle af kommunerne fremhævet en oplevelse af, at der fortsat er et færre antal af de mest belastede kvinder med heroin- og/eller

blandingsmisbrug, der bliver gravide, og at der af de kvinder, som bliver gravide, er en betydelig andel, der vælger abort.

Mindre indgribende indsats opleves som tilstrækkelig

Nogle kommuner vurderer, at den ambulante behandling i tæt samarbejde med de regionale familieambulatorier og lokale sundhedsplejersker er et tilstrækkeligt tilbud til kvinderne. Flere kommuner oplever, at man med langt de fleste kvinder kan nå målet med samarbejde og frivillighed.

Kontrakterne vs. motivation og frivillighed

I forlængelse heraf giver nogle kommuner udtryk for, at de vurderer arbejdet med kontrakterne og muligheden for at tilbageholde kvinderne som værende modsætningsfyldt til deres øvrige indsats, som er baseret på motivationsarbejde. De vurderer blandt andet, at tilbageholdelse er kontraindiceret i forhold til et godt graviditetsforløb for kvinden og med hensyn til at opnå et godt samarbejde med hende.

Manglende døgntilbud med ekspertise

Men der er også kommuner, som vurderer, at der mangler døgntilbud, som kan tilbyde at tage imod og/eller har den fornødne erfaring med gravide kvinder, og hvor tilbageholdelsen kan foregå. Dertil kommer, at de få tilbud, der er på landsplan, ofte ligger geografisk meget langt fra kvindens opholdskommune.

Udfordringer i selve rammen for tilbageholdelsen

To kommuner, der hidtil har benyttet sig af kontrakter med mulighed for tilbageholdelse, og som i udgangspunktet er positivt stemt over for at benytte sig af kontrakterne, mener ikke, at der er tilstrækkelig mulighed for tilbageholdelse, da kvinden kun kan tilbageholdes i 14 dage i træk og samlet set to måneder ud af seks. Der efterspørges mulighed for at kunne tilbageholde kvinden i et længere samlet tidsrum.

Det påpeges ligeledes, at det vanskeliggør anvendelsen af kontrakterne, at kvinden til hver en tid kan opsige kontrakten.

Uklarhed om reglerne

Flere adspurgte kommuner giver udtryk for manglende viden om, hvordan en tilbageholdelse rent praktisk skal foregå. Det handler eksempelvis om, hvorvidt det er muligt at låse dørene, og om, hvordan behandlingsstedet kan agere, hvis kvinden har en udadreagerende adfærd, som behandlerne har vanskeligt ved at håndtere..

Enkelte af de deltagende kommuner efterspørger i forlængelse heraf konkret støtte i form af eksempelvis standardiserede skabeloner til aftalerne med kvinderne. Der efterspørges ligeledes adgang til oplysninger om, hvilke døgnbehandlingssteder der har erfaring med og kompetencer til at behandle gravide kvinder, som har indgået en kontrakt med mulighed for tilbageholdelse.

6.3.2 Anvendelse af kontrakter til gravide kvinder med alkoholmisbrug

Erfaringen med anvendelse af frivillig tilbageholdelse med kontrakt til gravide kvinder med alkoholmisbrug er meget begrænset. Det er ikke lykkedes arbejdsgruppe at opspore kommuner, der anvender kontrakter i arbejdet med gravide kvinder med alkoholmisbrug.

I forbindelse med gennemførelse af satspuljeprojektet "Kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol" blev der i 2009-2010 gennemført et projekt med tilbud til gravide kvinder med alkoholmisbrug om at blive tilbageholdt baseret på en frivillig kontrakt, jf. sundhedslovens bestemmelser herom (beskrevet ovenfor).

Døgnafdelingen i Vrå i Region Nordjylland fik i den forbindelse tildelt satspuljemidler til drift af fem døgnpladser med mulighed for tilbageholdelse af gravide kvinder med et alkoholmisbrug på frivillig kontrakt.

Tilbuddet omfattede behandling ved to misbrugsbehandlere, pædagogisk personale til at dække aften- og nattevagtsfunktion, og der blev tilknyttet administrativt personale.

Erfaringerne med projektet viste hurtigt, at der ikke blev rekrutteret gravide kvinder til tilbuddet. Døgnafdelingen i Vrå intensiverede derfor dens afdæknings- og rekrutteringsaktiviteter til kommuner og regioner via informationsmateriale, hjemmesider og informationsmøder om tilbuddet.

Ca. et år efter opstart var det ikke lykkedes at rekruttere gravide kvinder til tilbuddet, og projektet blev derfor lukket ned.

Evalueringen af projektet⁷⁰ peger på følgende forklaringer på den manglende rekruttering:

- Projektet blev gennemført før etableringen af de regionale familieambulatorier, som ellers ville kunne henvise gravide kvinder til indsatsen
- Der er tale om en smal målgruppe for indsatsen
- Kommunerne havde en generel modvilje mod døgnbehandling, bl.a. på grund af høje kommunale udgifter til døgnbehandling (projektet opererede med en begrænset kommunal egenbetaling på 895 kr. pr. døgn for døgnbehandling af en gravid kvinde)
- Den geografiske placering af et planlagt landsdækkende tilbud ville skabe stor afstand for mange gravide kvinder til deres familie og øvrige netværk.
- Selve lovgrundlaget udgjorde en barriere, idet det indeholder en såkaldt tredobbelt frivillighed i forhold til muligheden for tilbageholdelse:
 - hver kommune skal beslutte, om den vil benytte lovens mulighed for tilbuddet,
 - i forhold til den enkelte gravide kvinde skal det besluttes, om loven skal tages i anvendelse og
 - den enkelte gravide kvinde skal selv beslutte, om hun vil indgå en kontrakt.

Hertil bemærkes, at tilbud til gravide kvinder med alkoholmisbrug om at indgå en kontrakt om behandling ikke indgik i de øvrige to kommunale forsøgsprojekter i henholdsvis Odense og Aarhus kommuner, som også modtog midler fra satspuljeprojektet "Kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol". Delindsatser fra disse projekter er omtalt andre steder i rapporten.

6.4 OPSAMLING

Der er efter gældende lovgivning mulighed for at tilbageholde kvinder med et rusmiddelforbrug på et døgnbehandlingstilbud, hvis kommunen indgår en kontrakt med kvinden herom.

Der er imidlertid betydelige forskelle i lovgrundlaget på henholdsvis alkohol- og stofmisbrugsområdet.

I forhold til misbrug af alkohol *kan* kommunalbestyrelsen beslutte, at man i den pågældende kommune vil benytte muligheden for at tilbyde gravide kvinder med et misbrug af alkohol at indgå kontrakt om døgnbehandling for misbruget med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten som en del af det samlede tilbud til gravide kvinder med et misbrug af alkohol.

På stofmisbrugsområdet *skal* kommunen efter gældende lovgivningen tilbyde den gravide kvinde med et stofmisbrug at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse i forbindelse med tilbud om døgnbehandling. Således er kommunen i forbindelse med tilbud om døgnbehandling til gravide kvinder med et misbrug af stoffer forpligtet til at tilbyde kvinden kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Tilsvarende er der i dag forskel på de formelle kriterier for, hvornår kommunen i givet fald vil kunne tilbageholde en gravid kvinde i behandling.

Hvis der er tale om misbrug af alkohol, kan en tilbageholdelsesforanstaltning – når kommunalbestyrelsen har besluttet, at kommunen skal benytte denne mulighed, og der er indgået en kontrakt om behandling med den enkelte kvinde – iværksættes, såfremt det vurderes, at den gravide kvinde med et misbrug vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, fordi kvinden frembyder nærliggende fare for at skade fosteret. Et tilsvarende kriterium indgår ikke som et særskilt element i vurderingen af, om en gravid kvinde med misbrug af stoffer kan tilbageholdes. Det fremgår dog samtidig af bemærkningerne til lovforslaget på stofområdet, at formålet med forslaget er at forbedre mulighederne for at fastholde gravide stofmisbrugere, som er visiteret til døgnbehandling, i behandling under graviditeten og begrænse, at deres børn fødes med stofabstinenser eller misbrugsrelaterede skader.

I praksis har det vist sig, at tilbud om indgåelse af en frivillig kontrakt behandling med mulighed for om tilbageholdelse kun i meget få tilfælde benyttes af kommunerne, hvilket der kan være en række forskellige årsager til.

En række kommuner angiver således, at de sjældent møder en gravid kvinde med et misbrug, at de ikke kender tilstrækkelig til og har erfaring med reglerne om tilbud om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse, og at de i det hele taget har meget lidt fokus på dette område.

Flere kommuner fremhæver dog også, at de oplever mindre indgribende indsatser over for den gravide kvinde, herunder samarbejdet med familieambulatorierne, som tilstrækkelige til at give kvinderne den støtte, som de har behov for. Hertil kommer, at nogle kommuner oplever, at brugen af kontrakter er modsætningsfyldt i forhold til den øvrige kommunale indsats, som baseres på kvindens motivation og frivillighed.

Konkret er der også peget på udfordringer med implementeringen af kontrakterne som et relevant tilbud til gravide kvinder med et misbrug i kommunerne, da kommunerne oplever mangel på relevante døgnbehandlingstilbud, som kan danne rammen om et konkret behandlingstilbud til kvinden, og som samtidig kan håndtere en eventuel tilbageholdelse. Herudover peger nogle kommuner på, at der er udfordringer med, at den periode, hvori kvinden kan tilbageholdes, er for kort, ligesom det forhold, at kvinden kan opsige kontrakten, opleves som vanskeligt at håndtere i praksis.

Endelig efterspørger nogle kommuner en standardkontrakt, som de kan benytte, når kommunen ønsker at give en kvinde tilbud om behandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten.

KAPITEL 7: ERFARINGER MED TILBAGEHOLDELSE I ANDRE LANDE

Arbejdsgruppen har som led sit arbejde søgt at inddrage viden om de lovgivningsmæssige rammer og erfaringer fra andre lande, herunder såvel de øvrige nordiske lande som andre lande, der måtte have erfaring med andre rammer for indsatsen over for gravide kvinder med et misbrug af rusmidler end tilbageholdelse.

Arbejdsgruppen har således rettet henvendelse til samarbejdsparter i de øvrige nordiske lande for en beskrivelse af de gældende rammer for indsatsen over for gravide kvinder med rusmiddelbrug. I den forbindelse har Norge, Sverige og Grønland bidraget med oplysning om eksisterende indsatser og i et vist omfang fremsendt beskrivelse af de lovgivningsmæssige rammer i de respektive lande.

Herudover har arbejdsgruppen gennem kontakt til den danske sundhedsattaché i Bruxelles søgt at indhente erfaringer fra andre europæiske lande om indsatser over for gravide kvinder med et misbrug af rusmidler under graviditeten. Denne henvendelse har ikke ført til afklaring af, om der måtte være andre europæiske lande, der har erfaring med tilbud og målrettede indsatser til gravide kvinder med et misbrug af rusmidler under graviditeten, der har til formål at mindske antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, på grund af moderens misbrug under graviditeten. Der er ikke modtaget tilbagemeldinger på denne forespørgsel.

Det indsamlede materiale viser, at der i Norge er mulighed for at tilbageholde gravide kvinder med et misbrug af rusmidler uden kvindens samtykke af hensyn til at mindske risikoen for at barnet vil blive født med skader. I Norge kan den gravide kvinde endvidere også lade sig frivilligt tilbageholde i behandling under graviditeten.

I Sverige er der en generel mulighed for at tilbageholde personer, der har et misbrug af rusmidler i visse nærmere bestemte situationer. Hensyn til graviditet og/eller et eventuelt kommende barn indgår imidlertid ikke som et selvstændigt element i vurderingen af, om en gravid kvinde med et misbrug af rusmidler kan tilbageholdes i løbet af graviditeten.

I dette kapitel gennemgås de muligheder, der er i disse to lande. I Norge er der gennemført en evaluering af indsatsen, og erfaringerne herfra gennemgås ligeledes i kapitlet.

I kapitlet beskrives ligeledes erfaringer fra Grønland med afdækning samt tidlig og helhedsorienteret indsats.

7.1 ERFARINGER FRA SVERIGE

I Sverige er der ikke lovgivningsmæssig mulighed for at tilbageholde gravide kvinder med henblik på behandling for stof- og alkoholmisbrug af hensyn til fosteret eller det fødte barns sundhed.

Udgangspunktet i den svenske lovgivning (lagen om vård av missbrukare i vissa fall 1988:870) er, at en person kan tilbageholdes i behandling for et misbrug af

rusmidler, hvis en person som følge af et forudgående misbrug af alkohol og/eller stoffer har behov for omsorg for at komme fri af sit misbrug, omsorgsbehovet ikke kan tilgodeses efter socialtjenesteloven eller på anden vis og misbrugeren som følge af misbruget udsætter sin fysiske eller psykiske sundhed for alvorlig fare, løber en åbenbar risiko for at ødelægge sit liv eller kan befrygtes at skade sig selv eller en nærtstående.

En sådan tilbageholdelse kan ikke ske alene med henblik på beskyttelse af fosteret, idet begrebet nærtstående ikke omfatter et ufødt barn. Kun, hvor beskyttelsesinteresserne for mor og barn er sammenfaldende, kan loven tages i anvendelse⁷¹.

Hensigten med indsatsen er at motivere den pågældende til behandling under frivillige former, og tilbageholdelsen skal ophøre, så snart formålet med behandlingen er opnået. Den maksimale tilbageholdelsesperiode er 6 måneder.

I Sverige blev der senest i 2009 fremsat forslag om ændring af loven (1988:870). Hensigten med forslaget var at ændre loven sådan, at en gravid kvinde skulle kunne tilbageholdes i behandling, såfremt hun på grund af langvarigt misbrug af alkohol og/eller stoffer udsætter sit ufødte barn for en betragtelig risiko for at blive født med skade som følge af misbruget. Forslaget indebar en række ændringer af perioden for tilbageholdelse, således at tilbageholdelsen i visse tilfælde skulle kunne vare længere tid end de 6 måneder, som er udgangspunktet i loven og eventuelt helt frem til en måned efter fødslen for herved at give mulighed for at tilbyde behandling og støtte under hele graviditeten samt støtte i tiden efter fødslen.

Forslaget mødte under behandlingen flere indvendinger. Bl.a. anførte Kammerrätten i Stockholm, at forslaget var i konflikt med kvindens ret til at bestemme over egen krop. Domstolen mindede i den forbindelse bl.a. om, at flere store udredninger gennem tiden havde talt imod tvangsbehandling af gravide kvinder.

Den svenske regering valgte på denne baggrund at trække lovforslaget.

Det er länsretten, der træffer afgørelse om tvangsindlæggelse/tvangsbehandling. Socialtjenesten anlægger sagen. Länsretten er en almen forvaltningsdomstol, der behandler tvister mellem borgere og myndigheder, og som derudover har særlige kompetencer, herunder kompetence til at iværksætte tvungen omsorg af stofmisbrugere.

Länsrettens beslutning om at tvangsindlægge kan påklages til kammerretten (landsret) og derefter Regeringsretten (Højesteret).

Næsten alle gravide i Sverige har kontakt med jordmødrene i den kommunalt forankrede "mödrahälsovården", det er i særlig grad herigennem, kvinder med et rusmiddelforbrug afdækkes.

Institutionerne "Lunden" i Lund og "Rebecka" i Stockholm er specialiseret i denne målgruppe, men der sker anbringelse af gravide på alle behandlingsinstitutioner efter LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall 1988:870) alt efter afstand til hjemmet.

7.2 ERFARINGER FRA NORGE

I Norge har det siden 1. januar 1996 været muligt at tilbageholde gravide kvinder, der har et misbrug af rusmidler, i behandling mod deres vilje, såfremt misbruget har en sådan karakter, at det er overvejende sandsynligt, at barnet vil blive født med skade, og hvis andre frivillige hjælpeforanstaltninger ikke kan anses for tilstrækkelige

Tilbageholdelse kan ligeledes ske med den gravide kvindes samtykke.

Lovgivningen giver ikke mulighed for at tvangsbehandle gravide kvinder med stof- og alkoholmisbrug under opholdet på institutionen, men alene at tilbageholde kvinden under graviditeten.

Reglerne om tilbageholdelse af gravide med et misbrug af rusmidler med og uden den gravides samtykke er fastsat i §§ 10-3 og 10-4 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (jf. lov nr. 30 af 24. juni 2011 som ændret ved lov nr. 46 af 22. juni 2012). Reglerne fremgik tidligere af §§ 6-2 a og 6-3 i lov om sociale tjenester.

I det følgende beskrives rammerne omkring tilbageholdelse af en gravid kvinde med et misbrug af rusmiddel uden samtykke. Herefter følger en beskrivelse af rammerne for frivillig tilbageholdelse og den erfaring med tilbageholdelse som ramme for behandlingen af gravide kvinder med misbrug af rusmiddel, der er opnået i Norge.

7.2.1 Tilbageholdelse uden samtykke fra den gravide kvinde

Formålet med at indlægge og tilbageholde den gravide kvinde på institutionen under svangerskabet uden samtykke er at forhindre eller begrænse sandsynligheden for, at barnet påføres skade under graviditeten.

Efter lovens § 10-3 kan der således træffes beslutning om, at en gravid kvinde, der er afhængig af rusmidler, kan indlægges på en institution udpeget af det regionale sundhedsvæsen og tilbageholdes på denne institution i hele svangerskabet. En sådan indlæggelse kan finde sted, hvis forbruget af rusmidler er af en sådan karakter, at det er overvejende sandsynligt, at barnet vil blive født med skade, og hvis andre frivillige hjælpeforanstaltninger ikke kan anses for tilstrækkelige.

Under kvindens ophold på den udpegede institution skal der lægges vægt på, at kvinden dels tilbydes tilfredsstillende behandling for sit rusmiddelmisbrug og dels understøttes i at blive i stand til at tage vare på barnet.

Beslutning om tilbageholdelse af en gravid kvinde, der er afhængig af rusmidler, uden kvindens samtykke træffes af *fylkesnemda* (fylkesnævnet)⁷². Fylkesnævnet skal i den forbindelse ligeledes træffe beslutning om, hvorvidt der skal være adgang til at tage urinprøver på den gravide under opholdet på institutionen.

Det er kommunen, hvor den gravide kvinde opholder sig, der har ansvar for at rejse sag om tilbageholdelse under graviditeten for fylkesnævnet. Efter aftale kan ansvaret overføres til en anden kommune, som den gravide kvinde ligeledes har tilknytning til. Den kommune, der indbringer sagen for fylkesnævnet, har tilsvarende ansvar for iværksættelse af den beslutning, som fylkesnævnet måtte

træffe i sagen.

Forhandlingsmøder i fylkesnævnet skal afholdes snarest og hvis muligt inden to uger, fra fylkesnævnet har modtaget sagen. Behandlingen af sagen indledes ved, at kommunen udarbejder en begæring om tilbageholdelse af den gravide efter lovens § 10-3. Begge parter (kommunen og kvinden) møder med sin advokat. Fylkesnævnet træffer almindeligvis beslutning i sagen på baggrund af et mundtligt forhandlingsmøde.

Fylkesnævnets afgørelse kan indbringes for retten (tingretten) af den part, der ikke har fået medhold. Fristen for indbringelse af sagen er to måneder fra den dag, den, der har ret til at rejse sagen ved retten, fik kendskab til afgørelsen.

Kommunen kan undlade at iværksætte fylkesnævnets beslutning om tilbageholdelse af en gravid, såfremt forholdene tilsiger dette. Fristen for iværksættelse af en beslutning om tilbageholdelse af den gravide er to uger, hvorefter beslutningen bortfalder.

Kommunen kan endvidere forud for fylkesnævnets afgørelse træffe en midlertidig beslutning om at tilbageholde en gravid kvinde med et misbrug af rusmidler, hvis de interesser, som bestemmelsen har til hensigt at beskytte, vil lide væsentlig skade, hvis beslutningen ikke træffes og gennemføres straks. En midlertidig beslutning vil kunne træffes, hvis det er overvejende sandsynligt, at barnet vil blive født med skade, og frivillige hjælpeforanstaltninger over for den gravide kvinde ikke kan anses for tilstrækkelige.

Hvis kommunen har truffet en midlertidig beslutning om tilbageholdelse af den gravide, skal den endelige beslutning om tilbageholdelse træffes af fylkesnævnet inden for to uger. I det omfang, at sagen ikke er sendt til fylkesnævnet inden for fristen, bortfalder beslutningen om tilbageholdelse af den gravide.

Kommunens mulighed for at træffe midlertidig beslutning om tilbageholdelse af den gravide kvinde skal blandt andet ses i lyset af muligheden for at indbringe fylkesnævnets afgørelse for retten.

Kommunen skal herefter i samråd med institutionen, hvor den gravide kvinde tilbageholdes, mindst hver tredje måned vurdere, om der fortsat er grundlag for at tilbageholde den gravide kvinde. Tilbageholdelsen kan alene fortsætte, hvis kommunen træffer afgørelse om dette inden for fristen.

7.2.2 Tilbageholdelse med samtykke fra den gravide kvinde

Efter den norske lovgivning er der desuden mulighed for, at en gravid kvinde med et rusmiddelforbrug lader sig frivilligt indlægge på en institution udpeget hertil af det regionale sundhedsvæsen, jf. lovens § 10-4.

Hvis en gravid kvinde på denne baggrund har ladet sig frivilligt indlægge på institutionen, kan institutionen stille som vilkår, at en gravid kvinde, der har et misbrug af rusmidler, kan tilbageholdes i op til tre uger fra indlæggelsen.

Ved ophold på en institution med henblik på behandling eller oplæring i mindst tre måneder kan der desuden stilles vilkår om, at kvinden kan tilbageholdes i op

til tre uger efter, at samtykket udtrykkeligt er trukket tilbage. Tilbageholdelse kan kun ske op til tre gange for hvert ophold.

I det omfang, at den gravide kvinde forlader institutionen, men bliver bragt tilbage inden tre uger, regnes udgangspunktet for fristen for tilbageholdelse fra det tidspunkt, hvor den gravide kvinde er bragt tilbage til institutionen.

Den gravide kvindes samtykke til frivillig indlæggelse skal være skriftligt og gives til institutionslederen senest ved opholdets begyndelse.

En tilbageholdelse uden kvindens samtykke efter lovens § 10-3 kan fortsætte som en frivillig tilbageholdelse efter lovens § 10-4, og samtykke kan gives i forbindelse med overgang fra tvangsmæssig til frivillig tilbageholdelse. Før samtykke til tilbageholdelse afgives, skal den gravide kvinde gøres bekendt med eventuelle vilkår for behandlingen, jf. ovenfor.

Den institution, hvor tilbageholdelsen sker, kan som vilkår for opholdet stille krav om, at den rusmiddelafhængige kvinde, inden opholdet påbegyndes, giver samtykke til, at der kan tages urinprøver under opholdet.

For så vidt angår helt unge gravide kvinder bemærkes, at det af loven fremgår, at et barn over 12 år med rusmiddelproblemer kan modtages på institutionen på grundlag af samtykke fra barnet selv og forældremyndighedsindehaver(e). Hvis barnet er fyldt 16 år, er barnets eget samtykke til behandling og ophold på institutionen tilstrækkeligt.

7.2.3 Erfaringer med ordningen – Borgestadklinikken

I december 2012 er der offentliggjort en rapport om erfaringerne med anvendelse af reglerne om tilbageholdelse af gravide misbrugere⁷³, som de håndteres på Borgestadklinikken i Region Sør.

Borgestadklinikken har plads til syv gravide i Skærmet Enhed, som er den afdeling, hvor gravide med misbrug af rusmidler kan indlægges enten med eller uden den gravide kvindes samtykke.

I tilknytning til Borgestadklinikken's behandlingstilbud er der etableret et kompetencecenter for rusmidler, der har det nationale ansvar for erfaringsudveksling og kompetenceløft på området. Kompetencecentret har løbende offentliggjort undersøgelser om erfaringer med tilbageholdelse af gravide.

Metode og mål for behandling

Borgestadklinikken har siden den 1. januar 1996 haft tilbud om at modtage gravide stof- og alkoholmisbrugere, der efter de norske regler tilbageholdes i behandling under graviditeten.

Behandling på Borgestadklinikken starter med afgiftning og abstinensbehandling i. Mor og foster bliver undersøgt, og en eventuel nedtrapning bliver vurderet. Når mors og fosters situation er stabiliseret, overflyttes kvinden til Skærmet Enhed, hvor kvinden modtager tilbud om at deltage i det behandlingstilbud og dagsprogram, der er udviklet ved enheden.

Behandlingsenheden møder kvinden med samme grundholdning, som den møder frivilligt indlagte gravide kvinder med.

Behandlingen af kvinderne retter sig mod tre hovedområder:

Den gravides forhold til barnet – udvikling af tilknytning, ansvar og kærlighed.

Kvindens forhold til sig selv – menneskeværd, håb og tro på ændring

Kvindens forhold til behandlere og institutionen – tillid, alliance og samarbejde

Alt arbejde i enheden har som udgangspunkt forståelse for, at tvang er en alvorlig indgriben i et menneskes liv. Derfor er tvang heller ikke en behandlingsmetode, det er kun en ramme for opholdet. Graden af kontrol og skærmning vurderes kontinuerligt over for den enkelte gravide. Hvis kvinden ønsker det, og hvis det vurderes hensigtsmæssigt, inviteres kvindens partner til at blive indlagt sammen med kvinden. Partneren tilbydes i så fald hjælp til egne rusmiddelproblemer og indlægges efter samme regime for skærmning som kvinden.

På den skærmede enhed møder kvinden andre patienter, som er i samme situation, samt et personale, der har megen erfaring med og interesse for denne patientgruppe. Der lægges vægt på at starte en god proces frem mod moderskabet, hvor jordmoderen har en central rolle. Endelig hjælpes kvinden til at beskytte fosteret mod giftige stoffer, og kvinden får altid tilbud om barselsophold ved Borgestadklinikken efter fødslen.

Behandlingsinstitutionens formelle ansvar for den gravide, som er indlagt efter lovens regler om tilbageholdelse uden samtykke, ophæves ved fødslen. Der er derfor ikke fuld adgang til oplysninger om, hvad der sker med mor og barn efter fødslen. Nogle kvinder ønsker således at afslutte kontakten med institutionen ved fødeafdelingen, mens andre overføres direkte til andre hjælpeforanstaltninger enten i den kommunale sundheds- og socialtjenestes regi eller til andre specialiserede enheder end Borgestadklinikken. Nogle kvinder vælger at tage imod tilbud om barselsophold på Borgestadsklinikken, eller lader sig frivillig behandle på stedet efter fødslen.

7.2.4 Data vedrørende kvinder indlagt på Borgestadklinikken

I perioden 1996 til 2010 har 157 kvinder været indlagt på Skærmet Enhed. I perioden 1996 til 2008 steg antallet af indlagte kvinder fra ca. fem kvinder om året til ca. 15 kvinder om året. I perioden 2009 til 2010 er der registreret en nedgang i antallet til ca. ti kvinder om året. Dette fald er sammenfaldende med en gennemgribende reform af det norske velfærdssystem.

Gennemsnitsalderen for de indlagte kvinder har ligeledes varieret. Indtil 2008 faldt alderen gradvist fra ca. 30 år til ca. 26 år. I perioden 2009 til 2010 er gennemsnitsalderen steget til 28 år. Der kan være en sammenhæng mellem kvindens alder og hvor mange år, kvinden har haft et stof- og/eller alkoholmisbrug. De fleste patienter har et længerevarende misbrug bag sig. Generelt er kvindernes helbredstilstand dårlig ved indlæggelse.

Perioden fra, at en graviditet opdages, til kvinden indlægges efter lovens regler om tilbageholdelse, er faldet fra 11 uger i de første år til 8,5 uger i perioden 2009 til 2010. I gennemsnit er kvinden i 11. graviditetsuge, når graviditeten opdages. Tidspunktet for, hvornår i graviditeten kvinden indlægges på klinikken,

har varieret over perioden. Jo kortere perioden fra graviditeten opdages, til kvinden indlægges er, desto kortere tid bliver fosteret eksponeret for rusmidler.

De fleste af de indlagte kvinder oplyser, at de har et blandingsmisbrug (narkotika og alkohol eller narkotika, alkohol og lægemidler). Kun 5 pct. af de indlagte kvinder i perioden 2009 til 2010 angiver, at de kun har et misbrug af alkohol, og knap 10 pct. af de indlagte kvinder oplyser, at de alene har misbrug af narkotika. Den resterende gruppe angiver forskellig variation af blandingsmisbrug, heraf oplyser ca. 50 pct., at en del af misbruget vedrører alkohol.

Omkring halvdelen af de indlagte kvinder har tidligere fødsler bag sig inden indlæggelsen. Denne andel har været stabil gennem hele perioden, hvor tilbuddet har eksisteret.

77 pct. af de børn, der er information om, forbliver i moderens omsorg. De kvinder, der beholder omsorgen for eget barn efter fødslen, skiller sig ikke ud fra de kvinder, der får fjernet barnet ved fødslen, i forhold til belastning ved udskrivning, manglende motivation eller indstilling til at modtage hjælp.

I perioden 1996 til 2010 beholdt 67 af de indlagte kvinder omsorgen for barnet efter fødslen, mens 65 kvinder fik barnet fjernet efter fødslen. I de senere år ses en tendens til, at flere kvinder beholder omsorgen for barnet efter fødslen end i de første år.

De fleste kvinder (syv ud af ti i perioden 2009-2010 og 24 ud af 37 i perioden 1996-2005), der efter fødslen beholder barnet hos sig, fortsætter i frivillig behandling eller opfølgning efter fødslen enten på Borgestadsklinikken eller i andet tilbud. De kvinder, der beholder barnet efter fødslen, ses at have været i behandling over længere tid sammenlignet med de kvinder, der får fjernet barnet ved fødslen.

I forhold til skader på barnet er der i perioden 2009-2010 registreret oplysninger om abstinenser/skader hos det nyfødte barn. Der er registreret 13 fødsler (syv piger og seks drenge) i perioden. I syv tilfælde er der registreret abstinenser/skader. Syv ud af 12 børn har symptomer af en eller anden karakter (et barn er angivet behandlet, to børn har symptomer, men inden for normalområdet, to børn har let abstinens-score).

Med henblik på at belyse, om muligheden for tilbageholdelse af gravide uden samtykke giver udslag i forhold til barnets fødselsparametre (primært fødselsvægt), er der gennemført et studie⁷⁴ af samtlige børn født af gravide indlagt på Borgestadsklinikken i perioden 1996-2009. Her har man systematiseret og sammenlignet fødselsvægt for børn født af kvinder, der er tilbageholdt uden samtykke, med børn født af kvinder, der er frivilligt indlagt.

Data i undersøgelsen omfatter 110 børn født af kvinder, der er tilbageholdt uden samtykke (ingen flerfoldsgraviditeter), og 57 børn født af kvinder, der er frivilligt indlagt (tre flerfoldsgraviditeter). Alle børn i begge grupper var levendefødte.

Fødselsvægt er en indikator for såvel moderens som barnets sundhedsmæssige tilstand i graviditeten, og fødselsvægt har sammenhæng med barnets sundhedstilstand videre i livet. Rusmiddelmisbrug, ernæring, sygdom, genetiske faktorer og ikke mindst rygning kan påvirke fødselsvægten.

Begge grupper i undersøgelsen er storrygere og har et misbrug af rusmidler, der for størstedelens vedkommende er præget af blandingsmisbrug.

Den gennemsnitlige fødselsvægt, længde og hovedomkreds i perioden for børn født af gravide, der var tilbageholdt uden samtykke, var 3165 gram, 48,9 cm og 34 cm. De frivillig indlagte mødres børn havde en gennemsnitlig fødselsvægt, længde og hovedomkreds på 3362 gram, 49,6 cm og 34,5 cm. Forskellen i længde og hovedomkreds mellem de to grupper var ikke signifikant.

Gennemsnitsvægten for nyfødte børn i Norge var 3531 gram i perioden, længde 50,1 cm og hovedomkreds 35,2 cm.

Børn af gravide indlagt uden samtykke har således en signifikant lavere fødselsvægt end gennemsnittet for norske børn (356 gram) og en lavere fødselsvægt end børn født af frivilligt indlagte kvinder (163 gram).

Den gennemsnitlige fødselsvægt var 3512 gram, når mødrene havde været indlagt uden samtykke i længere tid end 140 døgn. Den gennemsnitlige fødselsvægt var på 3029 gram, når mødrene havde været indlagt uden samtykke i kortere tid end 140 døgn. For børn født af frivilligt indlagte kvinder var tallene 3439 gram og 3301 gram.

Den primære årsag til lavere fødselsvægt angives at være rusmiddelforbruget, mens ernæringsforstyrrelse, følgesygdomme og rygning angives som sekundær årsag.

Den gennemsnitlige lavere fødselsvægt for børn født af kvinder indlagt uden samtykke sammenlignet med børn af de frivilligt indlagte kvinder, tolkes i undersøgelsen således, at primær- og sekundærbelastningerne ved selve misbruget er større for de kvinder, der tilbageholdes uden samtykke, når de sammenlignes med de kvinder, der indlægges frivilligt.

Undersøgelsen konkluderer, at dette kan ses som en klar indikation på, at muligheden for tilbageholdelse uden samtykke bruges over for den mest belastede gruppe af kvinder.

Desuden peges der på, at længden af indlæggelse på klinikken har en markant positiv indflydelse på fødselsvægten, hvilket ifølge undersøgelsen indikerer god kvalitet af behandlingen. Det indikerer samtidig, at hensigten med tilbageholdelse af gravide uden samtykke er opnået. Det påpeges, at en intervention i forhold til den gravide kvinde bør ske så tidligt i graviditeten som muligt.

Endelig anføres det, at det er påfaldende få af de indlagte gravide kvinder, der angiver alkoholmisbrug som den primære årsag til indlæggelse, når man samtidig ved, at alkoholindtaget blandt norske kvinder er stigende, og at alkohol er det mest toksiske rusmiddel for et foster.

7.3 ERFARINGER FRA GRØNLAND

Fra Grønland er det oplyst, at man siden 2007 har haft fokus på tidlig afdækning af bl.a. gravide kvinder med stof- og alkoholmisbrug og kvindens familie gennem et tværsektorielt og landsdækkende program "Tidlig indsats".

Projektet har ud over et fokus på hjælp til at stoppe et misbrug også fokus på gravide familier, der har behov for støtte og hjælp til at få ændret boligsituationen, at bearbejde tidligere svære oplevelser (fx seksuelle overgreb), at stoppe vold i parforholdet eller at være alene med barnet.

Hvis behovet for kontakt til projektet skyldes misbrug, tilbydes den gravide kvinde og hendes familie afvæning i Nuuk gennem Enhed for Tidlig Indsats. Henvisningen sker ofte ved første jordemoderkonsultation, men kan også forekomme senere i graviditeten, hvis det viser sig nødvendigt. I 2013 har Enhed for Tidlig Indsats modtaget i alt 146 visitationer til misbrugsbehandling svarende til 12,2 visitationer pr. måned. Dette er en stigning på 40 pct. i forhold til 2012. Størstedelen af de visiterede er kvinder, men fædre eller kommende fædre indgår også i opgørelsen af antal visiterede til misbrugsbehandlingen i Nuuk.

Projektet tilbyder det lokale sundheds- og socialfaglige personale en tværfaglig og målrettet model til at afdække og visitere gravide, heriblandt gravide kvinder med misbrug af rusmidler, med særlige behov til programmet. Hver by danner en tværfaglig "tidlig indsatsgruppe", som har ansvaret for at koordinere og udfærdige handlingsplaner og sikre, at den gravide og hendes familie tilbydes en række støttende tilbud, eksempelvis misbrugsbehandling, tilknytning til familiecenter, ekstra sundhedsplejerske besøg etc.

Indsatsen i projektet baseres på tillid og frivillighed. Indsatsen tager udgangspunkt i adfærdsændring ved hjælp af information, vejledning, undervisning, terapi, støtte mm. Borgeren opfordres i projektet til selv at præcisere, hvilken hjælp og støtte der ønskes.

I hver af de fire kommuner og sundhedsregioner er der nedsat en styregruppe, som har ansvaret for programmets kommunale og regionale implementering. Enhed for tidlig indsats under landshospitalet (Dronning Ingrid's Hospital) har ansvar for den landsdækkende implementering samt for at koordinere, udvikle og monitorere programmet.

7.4 OPSAMLING

Der er i Norge og Sverige forskellige erfaringer med at benytte tilbageholdelse i behandling af personer med rusmiddelproblematikker og tilbageholdelse af gravide kvinder med et alkohol- og/eller stofmisbrug.

I Sverige er der ikke lovgivningsmæssig mulighed for at tilbageholde gravide kvinder med henblik på behandling for stof- og alkoholmisbrug af hensyn til fosteret.

I Sverige er det muligt at tilbageholde en gravid kvinde med henblik på behandling for hendes stof- eller alkoholmisbrug, hvis det vurderes, at kvinden har behov for omsorg for at komme ud af sit misbrug, og omsorgsbehovet ikke kan tilgodeses inden for de øvrige muligheder i socialtjenesteloven. Denne tilbageholdelse i behandling kan ikke ske alene med henblik på beskyttelse af fosteret, idet begrebet nærtstående ikke omfatter et foster. Kun, hvor beskyttelsesinteresserne for moderen og fosteret er sammenfaldende, kan loven tages i anvendelse.

Hensigten med indsatsen er at motivere den pågældende til behandling under frivillige former, og tilbageholdelsen skal ophøre, så snart formålet med behandlingen er opnået. Den maksimale tilbageholdelsesperiode er seks måneder.

Det er i Sverige forsøgt at udvide beføjelserne på området, således at en gravid kvinde skulle kunne tilbageholdes i behandling, såfremt hun på grund af langvarigt misbrug af alkohol eller stoffer udsætter fosteret for en betragtelig risiko for at blive født med skade som følge af misbruget. Forslaget mødte dog under behandlingen flere indvendinger, herunder at forslaget var i konflikt med kvindens ret til at bestemme over egen krop. Den svenske regering valgte på denne baggrund at trække lovforslaget tilbage.

I Norge er der over en næsten 20 årig periode gode erfaringer med at benytte tilbageholdelse af gravide med et rusmiddelmisbrug som ramme for behandling med henblik på at forebygge eller reducere, at barnet fødes med skader. Det gælder både kvinder indlagt med og uden samtykke.

Erfaringerne fra Norge peger desuden på, at der er god effekt i forhold til at sikre kvinderne et specialiseret behandlingstilbud målrettet graviditeten, rusmiddelmisbruget og det kommende forældreskab, herunder tilknytningen til barnet. Det er uanset, om der er tale om tilbageholdelse med eller uden samtykke.

Barnets fødselsvægt, længde og hovedomfang er vigtige indikatorer på, hvordan de sundhedsmæssige betingelser for vækst har været for fosteret under graviditeten. Lav fødselsvægt er en væsentlig risikofaktor for spædbarnssygelighed og -dødelighed. Børn født af kvinder med et alvorligt rusmiddelmisbrug har lavere fødselsvægt, længde og hovedomfang end gennemsnittet. Data fra Norge viser, at børn af gravide indlagt uden samtykke havde en gennemsnitlig 350 gram lavere fødselsvægt end gennemsnittet for norske børn, hvilket er en betydelig forskel. Af naturlige grunde vides det ikke, hvordan fødselsvægten havde været, hvis mødrene ikke var blevet tilbageholdt.

Varigheden af tilbageholdelsen under graviditeten viste sig at være af stor betydning for børnenes fødselsvægt. De norske tal viser, at fødselsvægten var signifikant højere og tæt på gennemsnittet for norske børn, hvis moderen havde været tilbageholdt mere end 140 døgn under graviditeten sammenlignet med kortere tilbageholdelsestid. Det gjaldt for både kvinder indlagt med og uden samtykke.

KAPITEL 8: PERSPEKTIVERING

Gennem denne rapport har den tværministerielle arbejdsgruppe præsenteret sit arbejde med afdækning af den eksisterende viden om:

- 1) hvor mange børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten,
- 2) hvad der kendetegner moderens/familiens situation,
- 3) den eksisterende indsats på området samt
- 4) lovgivningsmæssige rammer og erfaringer fra andre lande.

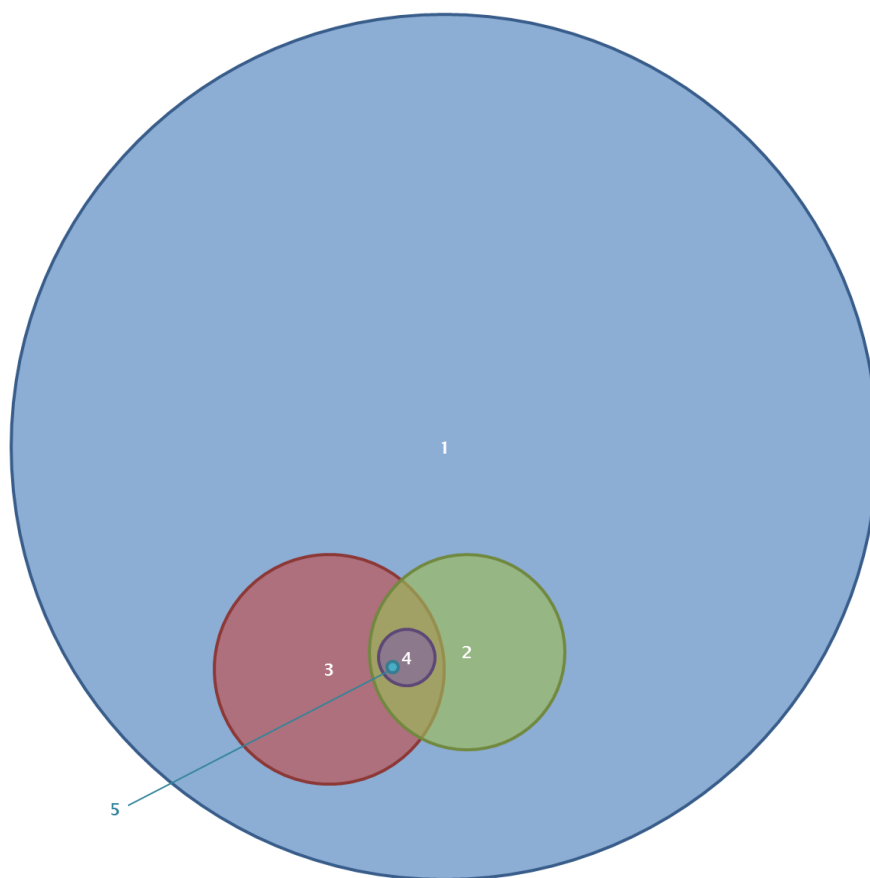
I dette kapitel præsenteres arbejdsgruppens vurdering af, hvilke potentialer der er for at styrke og målrette indsatsen på området med henblik på at reducere antallet af børn, som fødes med alvorlige helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten.

Kvinder i den fertile alder og gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af rusmidler er en differentieret gruppe kvinder, som har forskellige behov for rådgivning, svangreomsorg, støtte og misbrugsbehandling gennem graviditeten. Hvis en styrket indsats på området skal bidrage til, at antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer og skader, reduceres, er der behov for at se på gruppen af gravide kvinder ud fra de særlige problemstillinger og behov, de har som følge af deres forbrug og misbrug af rusmidler.

Som det er beskrevet i rapporten, har arbejdsgruppen gennem sit arbejde identificeret nedenstående fem delmålgrupper af kvinder i den fertile alder:

- 1) Alle kvinder i den fertile alder
- 2) Kvinder i den fertile alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer
- 3) Gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer
- 4) Gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer
- 5) Gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og i almindelig misbrugsbehandling.

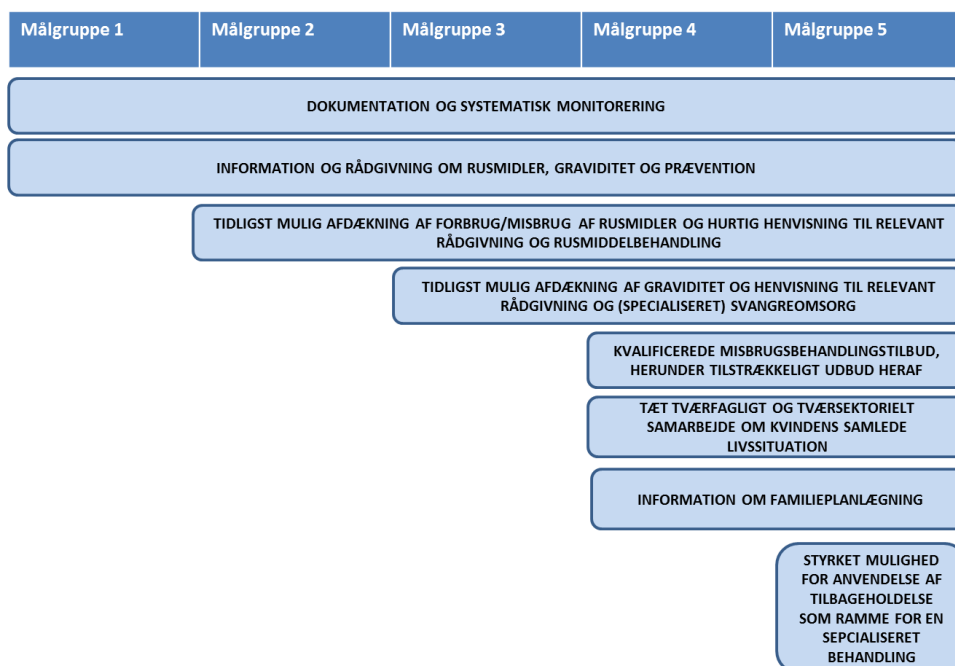
Figur 10: Opdeling i fem overordnede delmålgrupper



Arbejdsgruppen har for hver af de fem delmålgrupper identificeret særlige fokusområder, hvor indsatsen kan styrkes med henblik på at reducere antallet af børn, som fødes med skader som følge af moderens rusmiddelforbrug.

Figur 11 opsummerer arbejdsgruppens forslag til fokusområder for hver af de fem målgrupper, som uddybes i de efterfølgende afsnit.

Figur 11: Forslag til fokusområder med henblik på styrelse af indsatsen



8.1 EN STYRKET INDSATS FOR DE FEM DELMÅLGRUPPER

8.1.1 Øget dokumentation og monitorering på tværs af målgrupperne

Arbejdsgruppen har gennem rapporten redegjort for et generelt behov for fremadrettet at sikre øget monitorering af området. Dette vil styrke viden dels om, hvor mange børn der får alvorlige helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, dels viden om, hvilke skader der er tale om, herunder om der er tale om skader, som kan konstateres ved fødslen, eller om der er tale om helbredsproblemer og funktionsforstyrrelser, som først konstateres under barnets opvækst.

En øget monitorering af området vil ligeledes bidrage med viden om de kvinder, som har rusmiddelproblemstillinger i graviditeten, samt hvilket behov for støtte og behandling disse kvinder har i forhold til at ophøre eller reducere deres forbrug eller misbrug af rusmidler med henblik på at sikre, at færrest mulige børn fødes med helbredsproblemer og skader. Øget monitorering vil således kunne bidrage til at styrke og målrette både den forebyggende indsats, så færre børn fødes med helbredsproblemer og skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten, og den konkrete rådgivning, specialiseret svangreomsorg, misbrugsbehandling og øvrige indsats til de kvinder, der har et forbrug eller misbrug af rusmidler, og som bliver gravide.

Det forventes, at Dansk Familieambulatoriedatabase fremover vil kunne bidrage med yderligere viden om både gravide kvinders forbrug af rusmidler, om hvilke forhold der kendetegner deres situation, samt om antallet af børn med medfødte rusmiddelskader, herunder hvilke typer af skader som børnene får, således at indsatsen kan målrettes yderligere.

Det vurderes dog derudover, at der kan være et potentiale i at styrke dataindsamlingen og monitoreringen på området, således at indsatsen til særlige målgrupper kan tilpasses, og således at den tværfaglige og tværsektorielle indsats kan styrkes.

Udover det generelle behov for øget dokumentation og monitorering knytter der sig særlige opmærksomhedspunkter til de forskellige delmålgrupper af kvinder i den fertile alder og gravide kvinder.

Boks 13: Tværgående fokusområde

- **DOKUMENTATION OG SYSTEMATISK MONITORERING**

8.1.2 Målgruppe 1: Alle kvinder i den fertile alder

Størstedelen af kvinder i den fertile alder drikker alkohol, og mange kvinders forbrugsmønstre af rusmidler kan udgøre en risiko for fosterskader ved en eventuel kommende graviditet. Målgruppen alle kvinder i den fertile alder udgør ca. 1 mio. kvinder og er dermed den største af de fem delmålgrupper. Som det er beskrevet i rapporten, er det færre end hver sjette kvinde i den fertile alder (16-49 år), der helt undlader at drikke alkohol, og en betydelig andel af kvinderne – svarende til ca. 316.000 – har et episodisk højt alkoholforbrug (det vil sige fem genstande eller mere ved samme lejlighed) mindst én gang om måneden.

Dertil kommer, at mange kvinder har et alkoholforbrug på mere end syv genstande ugentligt. Derudover har syv pct. af de 15-25 årige brugt stoffer, heraf hovedparten hash, inden for den seneste måned. På den baggrund vurderer arbejdsgruppen, at der er et forebyggende potentiale i at styrke oplysningen til og rådgivningen af alle kvinder i den fertile alder.

Mange af disse kvinder vil, når graviditeten bliver erkendt, ophøre med forbruget. Men som det ligeledes gennem rapporten er beskrevet, er der gennem hele graviditeten risiko for at skade fosteret ved et forbrug af rusmidler. Dette gælder ikke mindst i starten af graviditeten.

Særligt den første tid af graviditeten er risikofyldt for fosteret. Det er derfor væsentligt at have fokus på en forebyggende indsats i form af oplysning om risiko ved forbrug og misbrug af rusmidler for fosteret og barnet. For de kvinder, der har et forbrug eller misbrug af rusmidler, er det af stor betydning, at dette afdækkes så tidligt som muligt i graviditeten, så kvinden hurtigt kan blive henvist til relevant rådgivning eller behandling for at minimere risikoen for fosterskader

Set i forhold til gruppen af kvinder i den fertile alder er der yderligere et forebyggende potentiale i generelt at opfordre kvinderne til at bruge prævention, når de bruger rusmidler, og ophøre med brug af rusmidler, når de planlægger graviditet. Herved undgår de nygravide kvinder desuden bekymring for, om de kan have skadet fosteret.

Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at en betydelig del af indsatsen for at reducere antallet af børn, der fødes med skader som følge af moderens forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer under graviditeten, handler om generel forebyggende information om:

- 1) rusmidlers potentielt skadende virkning på et foster ved graviditet,
- 2) anvendelse af prævention, når kvinden bruger rusmidler, samt om
- 3) ophør med brug af rusmidler, når en graviditet planlægges.

En sådan forebyggende information bør gives i forbindelse med enhver form for præventionsrådgivning i almen praksis, på præventionsklinikker, i skolesundhedsplejen, ved seksualundervisning i skolen mv.

Ved at følge disse råd kan gravide kvinder undgå bekymring for, om de har skadet fosteret fx ved et rusmiddelforbrug tidligt i graviditeten.

Boks 14: Fokusområde målrettet alle kvinder i fertil alder

Målgruppe 1

- Dokumentation og systematisk monitorering

- **INFORMATION OG RÅDGIVNING OM RUSMIDLER, GRAVIDITET OG PRÆVENTION**

8.1.3 Målgruppe 2: Kvinder i den fertile alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af rapporten, at der ligeledes er et forebyggende potentiale i forhold til den gruppe af kvinder i den fertile alder, som har et misbrug af alkohol og/eller stoffer. Denne målgruppe skønnes at udgøre ca. 30.000 kvinder årligt.

Kvinder i den fertile alder med misbrug af alkohol og/eller stoffer udgør en højrisikogruppe i forhold til at udsætte et eventuelt kommende foster for rusmidler. Dette gælder i særlig grad kvinder med et alkoholmisbrug. Der bør derfor sikres systematisk afdækning af forbrug eller misbrug af rusmidler ved kontakt til sundheds- og socialsektoren, så kvinder med et rusmiddelproblem, som ikke allerede er i kontakt med et misbrugsbehandlingstilbud, kan blive afdækket og tilbudt relevant rusmiddelbehandling. Herunder bør der i relevant omfang:

- sikres systematisk formidling af viden til kvinderne om de risici, der er for et foster ved et rusmiddelforbrug under en eventuel kommende graviditet,
- motiveres og støttes til at etablere fungerende prævention,
- drøftes ønske om graviditet og informeres om familieambulatorierne som støttetilbud under eventuel kommende graviditet og
- spørges til graviditet og tilbydes en graviditetstest ved behov

Set i forhold til denne målgruppe af kvinder vurderer arbejdsgruppen, at der i særlig grad er behov for, at der i indsatsen i misbrugsbehandlingstilbud systematisk og kontinuerligt i dialogen med kvinder i den fertile alder sættes fokus på at drøfte graviditet og prævention.

Kommunen har i dag i henhold til serviceloven mulighed for at yde økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaveren i forbindelse med udgifterne til prævention. Arbejdsgruppen anbefaler, at der ses på muligheden for, at også kvinder i den fertile alder med misbrug, som endnu ikke har børn, får denne mulighed.

Boks 15: Fokusområder til kvinder i fertil alder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Målgruppe 2

- Dokumentation og systematisk monitorering
- Information og rådgivning om rusmidler, graviditet og prævention
- **TIDLIGST MULIG AFDÆKNING AF FORBRUG/MISBRUG AF RUSMIDLER OG HURTIG HENVISNING TIL RELEVANT RÅDGIVNING OG RUSMIDDELBEHANDLING**

8.1.4 Målgruppe 3: Gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer

Den tredje gruppe af kvinder, som arbejdsgruppen har identificeret, omfatter gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer, som kan være skadeligt for fosteret. Målgruppen skønnes at udgøre ca. 22.400 kvinder årligt. Gruppen omfatter kvinder, som har haft en eller flere episoder med indtag af fem genstande eller flere ved samme lejlighed, eller har haft et forbrug af hash i starten af graviditeten. De fleste stopper dette forbrug, når graviditeten bliver kendt, mens en mindre gruppe vil have et aktuelt forbrug af rusmidler og behov for hjælp til at stoppe forbruget hurtigst muligt.

Det vil på den baggrund være af stor betydning i forhold til at forebygge rusmiddelskader hos børn, at gravide kvinder med et forbrug af rusmidler identificeres så tidligt som overhovedet muligt - både hvad angår graviditet og forbrug af rusmidler - med henblik på at blive støttet til at ophøre eller reducere forbruget.

Arbejdsgruppen vurderer således, at der ligeledes i forhold til denne målgruppe i særlig grad er behov for, at de professionelle så tidligt som overhovedet muligt får afdækket kvindernes rusmiddelforbrug og dermed sikrer, at kvinden får den relevante rådgivning om rusmiddelforbrugets risiko for fosteret.

Arbejdsgruppen vurderer, at primært de praktiserende læger og sekundært jordemødrene som led i den almindelige svangreomsorg derfor bør sikre systematisk og kvalificeret at få afdækket forbruget af rusmidler - også et forbrug tidligt i graviditeten, som kvinden måske er ophørt med.

Nogle kvinder vil udelukkende have behov for rådgivning af deres praktiserende læge om risikoen for skader på fosteret som følge af rusmiddelforbruget, mens andre vil have behov for specialiseret rådgivning i det regionale familieambulatorium.

Boks 16: Fokusområder til gravide kvinder med et forbrug af alkohol og/eller stoffer

Målgruppe 3

- Dokumentation og systematisk monitorering
- Information og rådgivning om rusmidler, graviditet og prævention
- Tidligst mulig afdækning af forbrug/misbrug af rusmidler og hurtig henvisning til relevant rådgivning og rusmiddelbehandling
- **TIDLIGST MULIG AFDÆKNING AF GRAVIDITET OG HENVISNING TIL RELEVANT RÅDGIVNING OG (SPECIALISERET) SVANGREOMSORG**

8.1.5 Målgruppe 4: Gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Hvis en kvinde med et misbrug af rusmidler bliver gravid, er det afgørende, at graviditeten tidligst muligt afdækkes, således at kvinden hurtigst muligt kan få den rette svangreomsorg, behandling og øvrig indsats, og således at risikoen for at skade fosteret reduceres mest muligt. Målgruppen skønnes at udgøre ca. 3.500 kvinder årligt.

Arbejdsgruppen vurderer derfor, at det set i forhold til gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer er afgørende, at de professionelle, som er i kontakt med disse kvinder, systematisk har fokus på at drøfte rusmidler og graviditet med kvinderne og derved skaber en tillidsfuld relation, hvor kvinderne tør fortælle om graviditetsønsker og om, at de er blevet gravide, således at de kan få den rette og relevante rådgivning, svangreomsorg, behandling og øvrig indsats.

Indsatsen vil omfatte rådgivning om risiko for fosteret ved brug af rusmidler, henvisning til specialiseret svangreomsorg i de regionale familieambulatorier, rusmiddelbehandling, støtte og øvrig indsats ved gennemførelse af graviditeten samt rådgivning om abort, når dette er relevant.

For de kvinder, som allerede er i misbrugsbehandling, er misbrugsbehandlings-tilbuddet efter arbejdsgruppens vurdering en central aktør i forhold til systematisk at have en dialog med kvinderne om graviditet og prævention, som det er beskrevet i afsnittet om målgruppe 2, og gennem en sådan kontakt med kvinden sikre tidligst muligt afdækning af graviditeten. For de kvinder, som ikke allerede er tilknyttet misbrugsbehandling, vil alle øvrige aktører, som kvinden er i kontakt med, spille en central rolle.

Generelt er det arbejdsgruppens vurdering, at det er afgørende, at der findes relevante og kvalificerede behandlingstilbud til gravide kvinder med et misbrug. Et tilstrækkeligt udbud af kvalificerede tilbud til gravide kvinder med et misbrug vil efter arbejdsgruppens vurdering ofte være en væsentlig forudsætning for, at kvinderne opsøger og får succes med deres behandling til gavn for fosteret og senere barnet. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at der er behov for et øget fokus på at sikre høj kvalitet i tilbuddene til gravide kvinder med et misbrug målrettet graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelmisbruget, samt udbuddet af sådanne behandlingstilbud.

Hvis kvinden vælger at gennemføre graviditeten, vurderer arbejdsgruppen desuden, at der i høj grad er behov for, at der gennem hele graviditeten, efter fødslen og fortsat under barnets opvækst etableres et tæt samarbejde mellem de relevante professionelle, som kvinden er i kontakt med. For de kvinder, der allerede er i misbrugsbehandling, vil der være tale om hurtigst muligt at sikre et samarbejde mellem misbrugsbehandlingstilbuddet og det regionale familieambulatorium med henblik på at støtte kvinden og hendes familie. For de kvinder, som ikke allerede er tilknyttet misbrugsbehandling, er det afgørende, at hun hurtigst muligt henvises til familieambulatoriet og en relevant misbrugsbehandling. Det kan være af stor betydning for nogle kvinder, at aktører, som kvinden allerede har en god og tillidsfuld relation til, eksempelvis en medarbejder fra et rusmiddelbehandlingstilbud, et forsorgshjem eller et værested, støtter kvinden i henvisningen hertil.

Kvinder med et misbrug har ofte andre sociale problemer og derfor behov for en helhedsorienteret indsats. Det gælder ikke mindst, hvis kvinden bliver gravid og dermed vil kunne have behov for en helhedsorienteret indsats med fokus på

såvel graviditeten, det kommende forældreskab som relevant misbrugsbehandling, herunder familieorienteret alkoholbehandling, som tager højde for kvindens misbrug og ligeledes et eventuelt misbrug hos partneren. Derudover kan der være behov for, at kommunen vurderer, om kvinden og hendes partner i øvrigt har brug for hjælp og støtte efter serviceloven eller anden relevant lovgivning. Det bemærkes i den forbindelse, at kommunerne har en generel rådgivningsforpligtelse om mulighederne for støtte efter serviceloven og anden relevant lovgivning.

Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af den eksisterende viden, at der i praksis er behov for yderligere fokus på et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring disse kvinder og deres familier. Der ses i den forbindelse at være et fortsat behov for yderligere implementering af familieambulatoriernes rolle og samarbejde med øvrige aktører på området. Det bør blandt andet ske gennem etablering af samarbejdsaftaler i regi af de lovpligtige sundhedsaftaler imellem hvert af de regionale familieambulatorier og hver kommune i regionen. Arbejdsgruppen vurderer i sammenhæng hermed også, at der kan være behov for, at kommunerne, i højere grad end det er tilfældet på nuværende tidspunkt, benytter sig af muligheden for at få rådgivning fra VISO om udredningen af disse kvinder, samt om tilrettelæggelsen af en individuelt tilrettelagt indsats til kvinderne og deres familie.

Boks 17: Fokusområder til gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Målgruppe 4:

- Dokumentation og systematisk monitorering
- Information og rådgivning om rusmidler, graviditet og prævention
- Tidligst mulig afdækning af forbrug/misbrug af rusmidler og hurtig henvisning til relevant rådgivning og rusmiddelbehandling
- Tidligst mulig afdækning af graviditet og henvisning til relevant rådgivning og (specialiseret) svangreomsorg
- **KVALIFICEREDE MISBRUGSBEHANDLINGSTILBUD, HERUNDER TILSTRÆKKELIGT UDBUD HERAF**
- **TÆT TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE OM KVINDENS SAMLEDE LIVSSITUATION**
- **INFORMATION OM FAMILIEPLANLÆGNING**

8.1.6 Målgruppe 5: Gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier og almindelig misbrugsbehandling

Blandt de gravide kvinder med et misbrug er der en lille gruppe af kvinder, der ifølge de regionale familieambulatoriers skøn udgør mellem 10-15 kvinder årligt,

som har et betydeligt misbrug af rusmidler, og som befinder sig i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i almindelig misbrugsbehandling og den specialiserede svangreomsorg i de regionale familieambulatorier.

Arbejdsgruppen vurderer, at der også for målgruppe 5 er behov for, at der sker en afdækning af kvindens graviditet tidligst muligt, og at der etableres et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om kvindens samlede livssituation. I den forbindelse kan der være behov for, at kommunerne, i højere grad end det er tilfældet i dag, retter henvendelse til VISO med henblik på at få rådgivning om udredningen af kvinderne samt tilrettelæggelsen af en relevant og individuel tilrettelagt indsats.

Der ses en udfordring på tværs af landet i forhold til på den ene side at sikre tilstrækkelig ekspertise i indsatsen til kvinderne på det enkelte tilbud og på den anden side at sikre en geografisk dækning på tværs af landet. Dertil kommer, at der på baggrund af oplysninger fra en række adspurgte kommuner kan være behov for at se på, om der eksisterer relevante døgnbehandlingstilbud med de rette rammer og kompetencer til at imødekomme kvindernes behandlingsbehov, herunder håndtere en eventuel tilbageholdelsessituation, således at de får den rette og målrettede behandling. Der er fra Norge gode erfaringer med at anvende en målrettet indsats til kvinderne på et døgnbehandlingstilbud, herunder at sikre, at der under opholdet i dialog med kvindens hjemkommune og familieambulatoriet tages konkret stilling til, hvad der skal ske, når kvinden har født sit barn. Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at inddrage disse erfaringer i det videre arbejde med at tilbyde relevant indsats til målgruppen.

Som det fremgår af rapporten, vurderer kommunerne, at det kan være vanskeligt at anvende de eksisterende muligheder for at tilbageholde kvinderne i et døgntilbud. I den sammenhæng vurderer arbejdsgruppen, at der kan være behov for at styrke de muligheder, der er i dag, for at kunne indgå en kontrakt med kvinderne om behandling med mulighed for tilbageholdelse som ramme for at yde en relevant behandlingsindsats i forhold til graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelproblemet. Der er meget få erfaringer med de nuværende regler, men en række adspurgte kommuner vurderer, at reglerne kan være vanskelige at anvende i praksis i forhold til målgruppen.

Arbejdsgruppen vurderer desuden, at denne lille gruppe af kvinder har behov for at modtage en helhedsorienteret indsats under en døgnbehandling, hvor de kan blive støttet i at modstå trangen til at bruge rusmidler, blive skærmet mod belastende livsomstændigheder og få ro til at forholde sig til deres samlede situation i et terapeutisk miljø med andre gravide i tilsvarende situation. En sådan indsats vil kræve kvalificerede døgnbehandlingstilbud, der kan yde en helhedsorienteret indsats med fokus på graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelmissbruget.

Arbejdsgruppen vurderer, at der vil være behov for at justere de gældende regler, således at de bliver brugbare for kommunerne og dermed kan bidrage til at styrke indsatsen over for kvinderne.

Der kan ligeledes være behov for fx at udarbejde en skabelon for en kontrakt, som kommunerne kan tage udgangspunkt i, når kommunen i samarbejde med kvinden skal indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. En skabelon vurderes at kunne frigøre tid og ressourcer i kommunernes lokale

arbejde med målgruppen og sikre klare rammer for samarbejdet mellem parterne i forbindelse med kontraktindgåelsen. I den forbindelse vil en kontraktskabelon kunne udgøre en god ramme for dialogen med den gravide kvinde om det konkrete indhold af kontrakten, således at det sikres, at denne indgås på et oplyst grundlag.

Boks 18: Fokusområder til gravide kvinder med et betydeligt misbrug af rusmidler, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg og almindelig misbrugsbehandling

Målgruppe 5

- Dokumentation og systematisk monitorering
- Information og rådgivning om rusmidler, graviditet og prævention
- Tidligst mulig afdækning af forbrug/misbrug af rusmidler og hurtig henvisning til relevant rådgivning og rusmiddelbehandling
- Tidligst mulig afdækning af graviditet og henvisning til relevant rådgivning og (specialiseret) svangreomsorg
- Kvalificerede misbrugsbehandlingstilbud, herunder tilstrækkeligt udbud heraf
- Tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om kvindens samlede livssituation
- Information om familieplanlægning
- **STYRKET MULIGHED FOR ANVENDELSE AF TILBAGEHOLDELSE SOM RAMME FOR EN SEPCIALISERET BEHANDLING**

8.2 MODELLER FOR TILBAGEHOLDELSE AF GRAVIDE KVINDER MED ET MISBRUG I BEHANDLING

Efter gældende lovgivning er der i dag i visse situationer mulighed for at tilbageholde en gravid kvinde med alkohol- og/eller stofmisbrug på et døgnbehandlingstilbud, såfremt kvinden har indgået en kontrakt om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten med kommunen. Imidlertid benyttes muligheden for at indgå kontrakter om behandling med mulighed for tilbageholdelse med kvinder med misbrug af alkohol eller stoffer i dag kun i yderst begrænset omfang.

Som en del af sit kommissorium har arbejdsgruppen fået til opgave at udarbejde oplæg til forskellige modeller, der baseret på en afvejning af hensynet til den gravide kvinde og det ufødte barn kan bidrage til, at antallet af børn, der fødes

med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrugt stoffer eller alkohol i graviditeten, reduceres. Modellerne skal forholde sig til et evt. behov for efterbehandling/efterværn, når kvinden har født sit barn. Endvidere skal den eller de modeller, der peges på, bygge på tillid, frivillighed og egen motivation, men hvis mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige, på anvendelse af tilbageholdelse, herunder uden samtykke, fx som ramme for en terapeutisk indsats i forhold til afhængigheden og det kommende moderskab.

I dette afsnit behandler arbejdsgruppen mulige lovgivningsmæssige modeller for tilbud til gravide med et misbrug af alkohol og/eller stoffer om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse. Afsnittet skal ses i sammenhæng med resten af arbejdsgruppens perspektivering i relation til den indsats, en kvinde, der er i døgnbehandling, og hendes evt. familie i øvrigt vil have behov for.

Målgruppen for overvejelser om nye modeller for behandling af gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer med mulighed for tilbageholdelse, vurderer arbejdsgruppen, er de anslåede 10-15 kvinder årligt, som har et betydeligt misbrug af alkohol og/eller stoffer, og som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorierne og i almindelig misbrugsbehandling.

Nedenfor er beskrevet tre overordnede og skalérbare modeller for, hvordan tilbageholdelse som en terapeutisk ramme kan benyttes i behandlingen af gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer med afsæt i henholdsvis

- 1) gældende regler på området,
- 2) en styrkelse og udvidelse af mulighederne for tilbageholdelse med samtykke og endelig
- 3) mulighed for tilbageholdelse uden samtykke i lighed med de norske regler.

De skitserede modeller

Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af gennemgangen af gældende regler og kommunale erfaringer med målgruppen, at der kan være behov for at ensrette de gældende regler på alkohol- og stofområdet for behandling med mulighed for tilbageholdelse under graviditeten. Dels vurderes det som følge af alkohols skadevirkning på fosteret uhensigtsmæssigt, at gravide kvinder med et alkoholforbrug i dag ikke har samme krav på tilbud om kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse som gravide kvinder med et stofmisbrug. Dels vil der i praksis være tale om en målgruppe af gravide kvinder, der for en stor dels vedkommende vil have misbrug af både stoffer og alkohol.

Alle tre modeller indebærer således en ensretning af sundhedslovens bestemmelser om behandling af gravide alkoholmisbrugere med mulighed for tilbageholdelse med tilbageholdelseslovens bestemmelser om behandling med mulighed for tilbageholdelse af stofmisbrugere. Dette vil blandt andet medvirke til at sikre, at gravide kvinder med et alkoholmisbrug og stofmisbrug har samme krav om få tilbud om at indgå en kontrakt med kommunen om behandling med mulighed for tilbageholdelse, ligesom kriterierne for en konkret tilbageholdelse gøres identiske.

En ensretning vil endvidere kunne hjælpe med et at sikre sammenhæng mellem kommunens tilbud på tværs af målgruppen, ligesom det vurderes at kunne medføre en forenkling i kommunens administration af såvel kontrakter om behandling med mulighed for tilbageholdelse som af regelgrundlaget for konkret

tilbageholdelse af en kvinde, der har indgået kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Den første model skitserer en mindre justering af lovgivningen, der tager afsæt i gældende regler for tilbageholdelse, og som indebærer ensretning og præcisering af reglerne for kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse på alkohol- og stofområdet.

Den anden model indebærer udover en ensretning og præcisering af reglerne tillige en udvidelse af den eksisterende mulighed for at tilbageholde den gravide kvinde i behandling, såfremt hun har givet sit samtykke hertil.

Den tredje model er den mest vidtgående og indebærer, at et særligt nedsat udvalg, fx svarende til børn- og ungeudvalget, efter indstilling fra den kommunale forvaltning og med inddragelse af kvinden, kan træffe afgørelse om, hvorvidt en gravid kvinde med et misbrug af alkohol og/eller stoffer skal tilbageholdes i behandling uden kvindens samtykke.

Der ligger således en væsentlig forskel mellem henholdsvis model 1 og 2 og model 3, idet model 1 og 2 er baseret på et samtykke fra den gravide, mens der i model 3 med inspiration fra Norge er præsenteret en model, som *ikke* kræver kvindens samtykke. Den faktiske tilbageholdelse, som måtte finde sted i model 3, er dermed efter arbejdsgruppens vurdering afgørende forskellig fra den faktiske tilbageholdelse, der eventuelt vil finde sted under model 1 og 2, idet denne tilbageholdelse finder sted på baggrund af et forudgående samtykke fra kvinden.

Model 1 og 2 baserer sig således på samme grundprincip som de nugældende regler, idet behandlingen, herunder muligheden for tilbageholdelse, forudsætter et forudgående samtykke fra kvinden.

Der er med indførelsen af gældende regler taget stilling til, at der i de situationer, hvor en gravid kvinde med et misbrug har behov for et døgnbehandlingstilbud, skal tilbydes mulighed for at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse ud fra hensynet om at begrænse, at børn af gravide kvinder med et misbrug fødes med stofabstinenser eller misbrugsrelaterede skader. Der er således i de gældende regler også indsat en bestemmelse om, at kvinder, der har indgået en kontrakt med mulighed for tilbageholdelse, til enhver tid kan opsige sit samtykke, dog ikke når den gravide kvinde befinder sig i en konkret tilbageholdelsessituation. Hertil kommer, at den konkrete tilbageholdelse alene kan finde sted, når bestemte betingelser er opfyldte, ligesom misbrugeren kan indbringe den konkrete tilbageholdelse for retten.

Såfremt der ændres i lovgivningen i forhold til mulighederne for tilbageholdelse, skal der tages stilling til vægtningen af hensynet til på den ene side den enkelte kvindes retsstilling og på den anden side risikoen for skader hos foster og barnet. Med hver af de tre skalerbare modeller, som arbejdsgruppen peger på, gælder, at denne vægtning skal ske, sådan at proportionaliteten mellem mulighederne for at tilbageholde kvinden med eller uden hendes samtykke og kvindens retssikkerhed i relation hertil sikres.

Nedenfor i figur 10 er det forsøgt at give et overordnet billede af de tre modeller og de parametre, der i hver model vil skulle indgå overvejelser om i forhold til

blandt andet kontraktens længde, tilbageholdelsesperioder mv. Herefter gennemgås alle tre modeller særskilt.

Figur 12 Oversigt over de tre lovgivningsmæssige modeller

	Model 1	Model 2	Model 3
Tilbageholdelse med/uden samtykke	Kun med samtykke	Kun med samtykke	Med og uden samtykke
Behandlingskontraktens maksimale længde	Seks måneder	Fra seks måneder og op til hele graviditeten	Op til hele graviditeten
Maksimal samlet tilbageholdelsesperiode	To måneder	Fra to måneder og op til hele graviditeten	Op til hele graviditeten
Maksimal sammenhængende tilbageholdelsesperiode	14 dage	Fra 14 dage og op til hele graviditeten	Op til hele graviditeten

8.2.1 Model 1: Ensretning og præcisering af gældende regler

Der er i dag enkelte, men væsentlige forskelle på lovgivningen på henholdsvis alkohol- og stofområdet om behandling af gravide kvinder med et misbrug med mulighed for tilbageholdelse, hvilket er beskrevet nærmere i kapitel 6.

Model 1 tager derfor afsæt i de eksisterende regler, men har som det primære formål at skabe identiske rammer for indsatsen til kvinder med et alkoholmisbrug og kvinder med et stofmisbrug, hvormed alle gravide kvinder med et misbrug af rusmidler sikres ens rettigheder i forhold til at få tilbud om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse.

I dag har kun gravide, der er visiteret til døgnbehandling som følge af et stofmisbrug, lovbestemt krav på tilbud om en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. For gravide kvinder med et misbrug af alkohol gælder, at det i den enkelte kommune skal være besluttet, at man vil tilbyde gravide kvinder med et misbrug af alkohol tilbud om en behandlingskontrakt med mulighed for tilbageholdelse, før reglerne kan bringes i anvendelse. Modellen forudsætter således en ændring af sundhedsloven, hvorved kommunerne bliver forpligtet til også at tilbyde gravide kvinder med et alkoholmisbrug en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse i forbindelse med visitation til døgnbehandling.

Modellen vurderes derudover med fordel at kunne indeholde en tilføjelse til tilbageholdelseslovens § 5 om, at den konkrete tilbageholdelse kan ske, når den gravide stofmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fosteret. Dermed bliver kriterierne for tilbageholdelse i henhold til tilbageholdelsesloven enslydende med kriterierne for tilbageholdelse i henhold til sundhedsloven, hvor kvinden bl.a. kan tilbageholdes, såfremt hun frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.

I dag er der desuden forskel på alkohol- og stofområdet i forhold til, om det efter pågældende lov er kommunen eller døgntilbuddet, der indgår behandlingskontrakten med mulighed for tilbageholdelse med den gravide kvinde. Det vil være hensigtsmæssigt også at ensrette bestemmelserne for så vidt angår dette.

Modellens perspektiver

Model 1, som har til formål at ensrette og præcisere reglerne på henholdsvis stof- og alkoholområdet, vurderes at kunne medvirke til at styrke den gravide kvindes retsstilling, idet hun vil blive tilbudt kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, uanset om hun er visiteret til døgnbehandling efter sundhedsloven eller efter tilbageholdelsesloven. Idet målgruppen for tilbud om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse i øvrigt ofte vil være overlappende, vurderes det endvidere, at en ensretning af regelgrundlaget kan sikre tydelighed om målgruppens ret til tilbud om behandling med mulighed for tilbageholdelse blandt de aktører, der er i kontakt med kvinden samt for kommunen, der dermed ikke skal forholde sig til, hvorvidt kvindens misbrug relaterer sig til stoffer eller alkohol.

Modellen forventes desuden at kunne imødegå nogle af de udfordringer, som flere kommuner har peget på i form af usikkerheder om, hvordan og under hvilke omstændigheder en tilbageholdelsesforanstaltning kan iværksættes. Særligt det forhold, at der i dag ikke er eksplicit lovhjemmel til at tilbageholde en gravid kvinde med et stofmisbrug med henvisning til, at kvinden frembyder nærliggende fare for skade på fosteret, vurderes at skabe usikkerhed om betingelserne for praktisering af gældende regler om tilbageholdelse.

Samtidig vil en ensretning af reglerne for gravide kvinder med et misbrug – uanset om de er visiteret efter sundhedslovens § 141 om alkoholbehandling eller efter servicelovens § 101 om stofmisbrugsbehandling – sikre, at kommunerne skal forholde sig til ens regler uanset kvindens misbrug. Dermed kan ensretningen medføre, at målgruppen udvides, hvormed der dannes grundlag for større kommunal erfaring med at tilbyde kontrakter om behandling med mulighed for tilbageholdelse, ligesom der er grundlag for opnå flere erfaringer med - og derigennem opnå fagligt mere kvalificerede tilbud til - den samlede målgruppe.

Idet der er tale om ensretning og præcisering af gældende regler, vurderes de juridiske og retssikkerhedsmæssige overvejelser at kunne bygge på forarbejdet til de gældende regler.

På baggrund af, at målgruppen for døgntilbud med mulighed for tilbageholdelse i praksis ofte er overlappende, vurderes det endeligt, at modellen medfører begrænsede merudgifter til indførelsen af en skal-bestemmelse i sundhedsloven, ligesom de foreslåede præciseringer af regelgrundlaget på tværs af de to lovgivninger ikke vurderes at medføre merudgifter.

8.2.2 Model 2: Styrket og udvidet mulighed for tilbageholdelse med samtykke

Model 2 indebærer en mere omfattende justering af gældende regler med henblik på at styrke og udvide mulighederne for at tilbageholde gravide kvinder med et alkohol- og/eller stofmisbrug, der er i døgnbehandling, og som i den forbindelse har indgået kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Modellen tager udgangspunkt i den ensretning og præcisering af lovgivningen på alkohol- og stofområdet, som er skitseret i model 1. Modellen vil således i lighed med model 1 skulle indeholde en ensretning af reglerne på alkohol- og stofområdet, således at kommunen forpligtes til at tilbyde kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse til gravide kvinder i forbindelse med tilbud om døgnbehandling, ligesom den konkrete tilbageholdelse på

stofområdet kan ske, såfremt den gravide kvinde med et stofmisbrug frembyder nærliggende fare for at skade fosteret. I modellen vil det som i model 1 være hensigtsmæssigt også at ensrette reglerne for, om det er kommunen eller døgntilbuddet, der indgår behandlingskontrakten med mulighed for tilbageholdelse med den gravide kvinde.

Modellen er dernæst skalérbar i den forstand, at den kan omfatte både markante og mindre markante ændringer i forhold til eksisterende regler med hensyn til kontraktlængde, tilbageholdelsesperiode osv. Uanset disse parametre, der vil skulle tages stilling til inden for model 2, er udgangspunktet dog som i model 1, at den gravide kvinde forudsættes frivilligt at have indgået kontrakt om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse.

Modellen rummer for det første mulighed for en forlængelse af den maksimale sammenhængende periode, hvor en gravid kvinde konkret kan tilbageholdes på et døgntilbud fra de i dag gældende 14 dage til en længere periode. Det anses i den sammenhæng relevant at lade faglige viden og erfaringer fra andre lande indgå i vurderingen af, hvilken maksimal længde af en konkret tilbageholdelse, der kan være med til at understøtte den gravide kvindes motivation for behandling, når hun har indgået kontrakten.

Modellen kan endvidere indeholde en forlængelse af den maksimale sammenlagte periode, en kvinde kan være tilbageholdt i løbet af kontraktperioden. Dermed kan det undgås, at tilbageholdelsesperioden udløber før fødslen. Den maksimale sammenlagte tilbageholdelsesperiode er i dag på 2 måneder i løbet af den samlede kontraktperiode.

Modellen kan endelige indeholde en forlængelse af den maksimale kontraktperiode, der i dag er seks måneder, så kontrakten kan gælde hele graviditeten i de tilfælde, hvor det måtte lykkes tidligt i graviditeten at komme i kontakt med kvinden, og hvor kvinden desuden tidligt i graviditeten tager imod tilbuddet om at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Dermed vil det kunne undgås, at behandlingskontrakten udløber kort før fødslen.

Modellens perspektiver

Idet model 2 er en skalérbar rammemodel, vil modellens perspektiver afhænge af, hvordan og i hvilket omfang kommunernes mulighed for at tilbageholde gravide kvinder med et misbrug udvides. Ensretningen af reglerne på stof- og alkoholområdet vil have samme perspektiver som model 1, idet det vil sikre ens rettigheder for gravide kvinder, der visiteres til døgnbehandling, uanset hvilke rusmidler, der misbruges.

Derudover vil modellen kunne medføre, at den gravide kvinde med et misbrug får mulighed for at samtykke til en kontrakt om behandling med mulighed for en mere indgribende grad af tilbageholdelse, end muligheden er i dag, hvortil der knytter sig en række både faglige og retssikkerhedsmæssige overvejelser, som alt efter modellens indgribende karakter, vil skulle indgå i et videre arbejde hermed.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en udvidelse af den samlede kontraktperiode fra de i dag 6 måneder til den samlede graviditet ikke i sig selv medfører ændringer i den gravide kvindes retssikkerhed, idet det forudsættes, at hun fortsat kan opsige kontrakten. Fagligt vurderes det relevant, at kvinden kan indgå kontrakt for hele graviditeten af hensyn til fosteret, som også i den sidste

del af graviditeten kan tage skade af moderens forbrug af stoffer og/eller alkohol. Dermed kan det undgås, at behandlingskontrakten fører til en uhensigtsmæssig situation, hvor en gravid kvindes kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse udløber inden fødslen, hvilket potentielt vil kunne skabe usikkerhed om kvindens situation i den resterende del af graviditeten med risiko for genoptagelse af misbrug mv.

Ses der på en udvidelse af perioden for en samlede tilbageholdelse, er det arbejdsgruppen vurdering, at det er afgørende, at der sikres en hensigtsmæssig balance mellem på den ene side den gravide kvindes motivation til behandling og på den anden side hendes retssikkerhed. Det vurderes, at en forlængelse af perioden for en samlet tilbageholdelse kan understøtte, at den gravide kvinde kan motiveres til fortsat behandling, mens en mere vidtgående udvidelse vil medføre en række retssikkerhedsmæssige udfordringer og vil kunne afholde den gravide kvinde fra indgå kontrakt.

I det omfang, der inden for model 2 justeres på reglerne sådan, at såvel kontraktperiode, den sammenlagte tilbageholdelsesperiode som den enkelte tilbageholdelsesperiode forlænges, vurderes det hensigtsmæssigt, at der samtidig ses på, om der er behov for at ændre på reglerne for den gravide kvindes mulighed for at opsige kontrakten, når hun ikke er tilbageholdt således at hendes retssikkerhed ikke svækkes.

En mere indgribende model inden for model 2 vurderes endvidere at medføre behov for at se på, om de klagemuligheder, der følger af gældende regler på området, er tilstrækkelige set i relation til, at tilbageholdelse af en gravid kvinde i behandling er en meget indgribende foranstaltning. På samme vis vil det efter arbejdsgruppens opfattelse skulle indgå i et arbejde med en sådan model, at såvel de faglige kompetencer som tilsynet hermed i tilstrækkelig grad står mål med tilbageholdelse som en indgribende foranstaltning.

Endelig vurderes det, at en udvidet kontrakt- og tilbageholdelsesperiode vil medføre merudgifter proportionalt med modellens indgribende form. Merudgifterne vil som i model 1 knytte sig til en udvidet målgruppe, men også til den udvidede kontraktperiode om døgnbehandling, den pædagogiske indsats i relation til gennemførelsen af en konkret tilbageholdelse, evt. hyppigere indhentelse af samtykke til behandlingen samt evt. udvidede klagemuligheder mv.

8.2.3 Model 3: Tilbageholdelse uden samtykke

Model 3 er den mest vidtgående og indgribende model og vil i lighed med reglerne i Norge indebære, at et særligt nedsat udvalg, fx svarende til børn og unge-udvalget, hvor der blandt andet sidder pædagogisk-psykologisk sagkyndige udepeget af statsforvaltningen og en byretsdommer, efter indstilling fra den kommunale forvaltning og med inddragelse af kvinden, kan træffe afgørelse om, at en gravid kvinde med et misbrug af alkohol og/eller stoffer, ud fra en række nærmere fastsatte kriterier, skal tilbageholdes i behandling uden kvindens samtykke.

Da frivillighed i behandlingen efter arbejdsgruppens vurdering fortsat bør være udgangspunktet i behandlingen af gravide kvinder med et misbrug af stoffer og/eller alkohol, vil modellen skulle indføres i kombination med model 1 eller 2,

således at en gravid kvinde, der selv ønsker at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, fortsat har denne mulighed.

Modellen kan indrettes således, at kommunen – såfremt den bliver underrettet om en gravid kvinde med et misbrug af alkohol og/eller stoffer, der vurderes at udgøre en umiddelbar risiko for at skade fosteret – skal kontakte den gravide kvinde med tilbud om misbrugsbehandling, herunder tilbud om indgåelse af kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse som beskrevet i model 1 eller model 2, kombineret med, at kvinden tilbydes at blive fulgt til den specialiserede svangreomsorg i familieambulatoriet.

Såfremt den gravide kvinde ikke ønsker at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, og det fortsat vurderes, at den gravide kvindes misbrug frembyder nærliggende fare at skade fosteret, skal kommunen indstille til relevant organ, fx et særligt nedsat udvalg svarende til børn og unge-udvalget, at der træffes afgørelse om, at kvinden skal tilbageholdes i behandling, om nødvendigt i den resterende del af graviditeten.

Kompetencen til at træffe sådanne afgørelser kan som anført fx henlægges til et særligt nedsat udvalg i kommunen bestående af en dommer og en eller flere personer med faglig ekspertise i forhold til rusmiddelproblematik og graviditet, svarende til børn og unge-udvalget, der træffer afgørelser i sager på børneområdet.

Modellen vil forudsætte, at beslutning om tilbageholdelse under graviditeten kan fuldbyrdes i de tilfælde, hvor kvinden trods afgørelsen ikke frivilligt ønsker at tage ophold på den relevante døgninstitution. Dette vil fx kunne være relevant i forhold til gravide kvinder, som ikke befinder sig på en behandlingsinstitution i forvejen, eller gravide kvinder, der allerede er i behandling på en institution, der ikke har den nødvendige faglige ekspertise i specialiseret behandling målrettet graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelmisbruget inkluderende familien og som derfor skal flyttes til anden relevant døgnbehandlingsinstitution, men ikke ønsker at samarbejde herom. Konkret vil det kunne være i form af, at kvinden kan afhentes af politiet.

Modellens perspektiver

Der knytter sig en række etiske, retssikkerhedsmæssige og faglige overvejelser til model 3, som både handler om den meget indgribende karakter, en sådan model vil medføre over for den enkelte gravide kvinde, og som handler om de effekter, en sådan model vil have på mulighederne for at motivere og fastholde gravide kvinder med et misbrug i behandling og specialiseret svangreomsorg.

Det er således arbejdsgruppens overordnede vurdering, at indførelse af en sådan model kræver omfattende juridisk og fagligt forarbejde og således ikke kan hvile på forarbejderne til gældende regler eller alene på de overvejelser, der knytter sig til model 2 og de parametre, der indgår heri. Der vil således være behov for yderligere, grundige juridiske afklaringer, hvis model 3 ville skulle indføres.

Modellen indebærer, at gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer, der ikke er motiverede til behandling, og som i dag derfor ikke kan fastholdes de eksisterende behandlingstilbud, og som således risikerer at skade fosteret, kan tilbageholdes i døgnbehandling frem til fødslen.

Det bemærkes, at modellen fraviger det frivillighedsprincip, der generelt gælder i den pædagogiske tilgang til gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller

stoffer. Således vurderes det, at modellen står i umiddelbar modsætning til den generelle behandlingskultur, der eksisterer i Danmark, hvilket kan føre til modstand mod modellen fra behandlingsmiljøerne mv.

I forlængelse heraf knytter der sig også en række hensyn til kvindens evt. andre børn og barnefaderen/partneren i den periode, hvor en gravid kvinde vil kunne tilbageholdes i behandling uden samtykke.

Endvidere vurderes det, at indførelse af en sådan model for behandling kan medføre, at gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer i højere grad end i dag vil undlade at søge hjælp i social- og sundhedssystemet på grund af risikoen for, at der træffes afgørelse om tilbageholdelse uden kvindens samtykke. Denne bekymring blev blandt andet fremhævet af flere deltagere på de dialogmøder som arbejdsgruppen har holdt i henholdsvis april og september 2015. Omvendt pegede andre deltagere på et helt centralt behov for at beskytte fosteret bedst muligt mod risikoen for skader under graviditeten med deraf følgende helbredsproblemer og livsvarige handicaps.

Som følge af modellens indgribende karakter vil det efter arbejdsgruppens vurdering være nødvendigt at sikre, at afgørelse om tilbageholdelse uden samtykke træffes af et uafhængigt udvalg eller nævn med særlig faglig ekspertise i forhold til rusmiddelproblematik og graviditet, som fx børn og ungeudvalget på børneområdet.

Det bør endvidere overvejes, om den instans, der har truffet beslutningen om tilbageholdelse, løbende – eksempelvis hver måned – skal vurdere, om der fortsat er behov for at opretholde afgørelsen om tilbageholdelse i behandling uden kvindens samtykke.

Endvidere vil der skulle indføres mulighed for at få prøvet afgørelsen om tilbageholdelse i behandling dels administrativt dels ved domstolene. En afgørelse om tilbageholdelse uden samtykke vil skulle kunne prøves af såvel den gravide kvinde, som kommunen.

Endelig vil model 3 indebære, at der vil skulle etableres misbrugsbehandlingstilbud med fysiske rammer, der både kan imødekomme behovet for tilbageholdelse under graviditet, samt øvrige hensyn til den faglige behandling og til fx kvindens kontakt med evt. børn, barnefaderen, øvrig familie igennem forløbet.

Samlet set vurderes model 3 at ville medføre væsentlige merudgifter.

8.2.4 Generelle overvejelser om modeller for behandling med mulighed for tilbageholdelse

Kvalificerede behandlingstilbud til gravide med misbrug

Arbejdsgruppen vurderer, at det er af stor betydning for barnets opvækstvilkår og dermed barnets sundhed og udvikling, at der er fokus på, at moderen evt. sammen med barnefaderen/partneren kan få såvel relevant behandling for rusmiddelmisbruget, herunder familieorienteret alkoholbehandling efter sundhedsloven, som tilbud om relevant støtte efter serviceloven i relation til det kommende forældreskab.

Uanset hvilken model for en styrket mulighed for at tilbageholde gravide kvinder med et misbrug af alkohol/og eller stoffer i behandling, der vælges, er det efter arbejdsgruppens vurdering væsentligt at sikre, at der eksisterer de nødvendige døgnbehandlingstilbud med de rette kompetencer og rammer i forhold til graviditeten, det kommende forældreskab og rusmiddelmisbruget målrettet gravide kvinder med et rusmiddelmisbrug.

På baggrund af de afholdte dialogmøder med relevante aktører på området og på baggrund af det lave antal gravide kvinder, der har modtaget tilbud om kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, er det arbejdsgruppens vurdering, at der i øjeblikket ikke eksisterer det tilstrækkelige udbud af specialiserede døgnbehandlingstilbud til målgruppen.

Erfaringerne fra Norge viser, at det er af stor betydning for behandlingsindsatsen og -resultatet, at der på behandlingsinstitutionen er højt specialiseret viden i forhold til målgruppen, dvs. både om misbrugsbehandling, graviditeten og de særlige forhold, der kan gøre sig gældende i familien. Eksempelvis kan den gravide kvindes situation betyde, at der vil være behov for, at der i behandlingen tages højde for kvindens eventuelle børn eller partner, herunder i form af familieorienteret alkoholbehandling efter sundhedsloven.

Arbejdsgruppen vurderer i forlængelse heraf, at det uanset valg af model er relevant at forholde sig til, hvordan et tilstrækkeligt og kvalificeret udbud af behandlingstilbud til gravide kvinder med et misbrug sikres.

Støtte efter fødslen

Det er nødvendigt med et tæt tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem misbrugsbehandlingstilbuddet, det regionale familieambulatorium, børn-familieafdelingen og socialforvaltningen i kvindens handlekommune, bl.a. med henblik på afklaring af den gravide kvinde og hendes kommende barns behov for støtte og hjælp efter fødslen.

Kommunerne har allerede i dag har en generel rådgivningsforpligtelse over for sine borgere om mulighederne for at modtage støtte og hjælp efter serviceloven og efter anden relevant lovgivning. Dernæst er kommunen er efter servicelovens bestemmelser forpligtet til at yde støtte ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov, og støtte skal tilrettelægges med et helhedsorienteret perspektiv på borgerens problemer.

Den konkrete støtte kan eksempelvis omfatte socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 til blandt andet at kunne bo i egen bolig og til at klare dagligdagen.

Endvidere findes der i serviceloven en række bestemmelser om kommunernes forpligtelse til at yde den nødvendige støtte til de børn, der måtte have behov herfor, fx praktisk pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, familiebehandling, aflastningsordning mv.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der i de eksisterende regler efter serviceloven på såvel voksen som børneområdet findes et tilstrækkeligt regelgrundlag for at sikre den nødvendige helhedsorienterede efterbehandling og støtte til kvinder og deres børn, der har været i behandling for et misbrug under graviditeten. Det er samtidig arbejdsgruppens vurdering, at der blandt alle aktører, der er i kontakt med de gravide kvinder, bør være et særligt og

vedblivende fokus på at sikre, at der er det fornødne samarbejde om kvinden og det kommende barns samlede livssituation målrettet tiden efter fødslen.

Indgåelse af kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse

Arbejdsgruppen har beskrevet tre mulige modeller for behandling med mulighed for tilbageholdelse med eller uden kvindens samtykke. Model 1 og 2 baserer sig på en kontrakt med og dermed et samtykke fra den gravide, mens model 3 giver mulighed for tilbageholdelse uden samtykke fra den gravide.

Model 1 og 2 følger principperne for samtykke, som findes i den eksisterende lovgivning. Som det også blev rejst på det dialogmøde, der blev afholdt 1. september 2015, er det i forbindelse med indgåelsen af kontrakten og dermed indhentelsen af kvindens samtykke til en eventuel senere tilbageholdelse afgørende at være opmærksom på frivillighedsprincippet og på at sikre, at kvinden er informeret om konsekvenserne af indgåelse af kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Der må således i forbindelse med en indgåelse af en aftale om kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse ikke lægges pres på kvinden med henblik på at indgå kontrakt om behandling, ligesom det er vigtigt, at kvinden tydeligt gøres opmærksom på, hvad det er for en form for behandlingskontrakt, der tilbydes, og hvilke konsekvenser det kan få – nemlig, at kvinden vil kunne tilbageholdes i behandling mod sin vilje.

Det er desuden som reglerne er i dag og ved en eventuel ændring, jf. de skitserede modeller 1 og 2, en klar forudsætning, at kvinden ved indgåelse af en aftale om behandling med mulighed for tilbageholdelse skal befinde sig i en tilstand, hvor hun mentalt er i stand til at forstå, hvad det er for en type behandlingstilbud, hun forpligter sig til, samt de konsekvenser, det kan indebære. Herunder skal kvinden være informeret om sine muligheder for undervejs at opsige kontrakten.

Ret til behandling uden indgåelse af kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse

For så vidt angår model 1 og 2 anser arbejdsgruppen det ligeledes vigtigt at fremhæve og fastholde kvindens fortsatte adgang til øvrige eksisterende behandlingstilbud, selvom hun ikke ønsker at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

På samme måde som i de nuværende regler kan kvinden således ikke i den skitserede model 1 og 2 nægtes et ellers relevant tilbud om behandling, herunder døgnbehandling uden mulighed for tilbageholdelse, fordi hun ikke har ønsket at indgå kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

BILAG

BILAG 1: KOMMISSORIUM FOR ARBEJDSGRUPPE OM GRAVIDE STOF- OG ALKOHOLMISBRUGERE

Social-, Børne- og Integrationsministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Januar 2014

Kommissorium for Arbejdsgruppe om gravide stof- og alkoholmisbrugere

1. Grundlaget

Regeringen ønsker at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal undersøge og komme med forslag til, hvordan man i Danmark kan begrænse antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrugt stoffer eller alkohol under graviditeten.

Ifølge Sundhedsstyrelsen bliver der årligt registreret 50-100 børn med medfødte abstinenser som følge af moderens narkotikamisbrug og 5-15 børn med diagnosen Føtal Alkoholsyndrom (FAS). FAS er den alvorligste medfødte alkoholskade. FAS er en diagnose, som er vanskelig at stille korrekt ved fødslen, hvorfor nogle børn med FAS ikke får stillet diagnosen. Men FAS udgør kun en lille del af de medfødte alkoholskader. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) anvendes i dag som den internationalt anerkendte samlebetegnelse dækkende alle typer af medfødte alkoholskader. FASD dækker over bredden af diverse forskellige fysiske og mentale skader. Heraf vil kun en mindre del af de medfødte alkoholskader være synlige ved fødslen, mens langt de fleste skader først vil vise sig senere i livet under børnenes og de unges opvækst og udvikling. Sundhedsstyrelsen vurderer derfor, at det reelle antal børn født med alkoholskader (herunder FAS) er væsentligt større.

Det indgår i handlingsplanen mod narkotikamisbrug "Kampen mod narko II", som blev fremlagt i oktober 2011, at der skulle foretages en kortlægning af andre landes erfaringer med tvangstilbageholdelse af misbrugere med henblik på, at resultaterne kunne indgå i overvejelser om brug af tvang i en dansk sammenhæng.

SFI Campbell gennemførte på den baggrund en kortlægning af forskning om tvang i misbrugsbehandling, som særligt går i dybden med erfaringerne fra Sverige og Norge, hvor det i dag er muligt at tvangstilbageholde misbrugere uden samtykke. Der kan på baggrund af SFI Campbells kortlægning ikke konkluderes entydigt på effekterne af tvang i misbrugsbehandling, men erfaringerne fra især Norge peger på, at tvangstilbageholdelse af gravide misbrugere kan være et supplerende redskab til at beskytte fosteret under graviditeten.

Efter dansk ret er det i dag muligt i et vist omfang at tilbageholde gravide stof- og alkoholmisbrugere, der er i behandling. Gravide stofmisbrugere kan tilbageholdes i behandling, forudsat at de, som led i deres behandlingsforløb på en døgninstitution, har indgået en kontrakt med kommunen herom jf. lov om

tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. Gravide alkoholmisbrugere kan tilbageholdes ved behandling på en døgninstitution, hvis de har indgået en kontrakt med kommunen jf. sundhedslovens § 141.

Den gravide misbruger kan til enhver tid opsige kontrakten med kommunen og forlade behandlingsstedet, medmindre særlige forhold gør sig gældende.

Mulighederne for at indgå behandlingskontrakter med mulighed for tilbageholdelse af gravide stof- og alkoholmisbrugere anvendes meget sjældent.

2. Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal afdække problemets omfang og karakter, herunder hvor i Danmark børn med skader som følge af misbrug under graviditeten fødes samt om muligt beskrive, hvad der kendetegner moderens/familiens situation. Arbejdsgruppen skal derudover kortlægge og analysere den nuværende indsats, herunder anvendelsen af de eksisterende regler om indgåelse af behandlingskontrakt med mulighed for tilbageholdelse af gravide misbrugere, og årsagerne til, at reglerne kun i få tilfælde er blevet bragt i anvendelse.

Arbejdsgruppen skal i den forbindelse inddrage de lovgivningsmæssige rammer og erfaringerne fra andre lande, herunder såvel de øvrige nordiske lande, som lande, der har erfaringer med andre rammer for indsatsen end tilbageholdelse af den gravide, med henblik på at vurdere, hvorledes og om de pågældende ordninger vil kunne passe ind i en dansk kontekst.

Arbejdsgruppen forestår udarbejdelse af et beslutningsoplæg med forskellige modeller baseret på en afvejning af hensynet til den gravide misbruger og det ufødte barn, der kan bidrage til, at antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrugt stoffer eller alkohol under graviditeten, reduceres. Derudover skal modellerne forholde sig til et evt. behov for efterbehandling/efterværn, når kvinden har født sit barn, herunder fx det tilbud, der ligger i familieambulatoriernes tilbud til gravide stof- og alkoholmisbrugere og børn født af misbrugere.

Den eller de mulige modeller, der peges på skal bygge på tillid, frivillighed og egen motivation, men hvis mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige, på anvendelse af tilbageholdelse herunder uden samtykke fx som ramme for en terapeutisk indsats i forhold til afhængigheden og det kommende moderskab. Undersøgelsen af de internationale erfaringer skal ligeledes have dette sigte.

I forbindelse med udarbejdelse af beslutningsoplægget skal arbejdsgruppen belyse de juridiske, organisatoriske, økonomiske, etiske og faglige aspekter ved de foreslåede modeller.

3. Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Social-, Børne- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med deltagelse af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere hører under Social-, Børne- og Integrationsministeriets område, og tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses område.

Formandskabet for arbejdsgruppen varetages af Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Arbejdsgruppen kan inddrage yderligere faglig ekspertise i forbindelse med arbejdet, ligesom KL og Danske Regioner vil blive inddraget i relevant omfang i arbejdet. Endvidere vil Justitsministeriet i fornødent omfang blive inddraget i forhold til en juridisk vurdering af mulige modeller for tvang.

Arbejdsgruppen afslutter sit arbejde efteråret 2014.

BILAG 2: LISTE OVER DELTAGERE VED INFORMATIONSMØDE DEN 17. SEPTEMBER 2014 FOR FOLKETINGETS SOCIALUDVALG OG FOLKETINGETS SUNDHEDS- OG FOREBYGGELSESDVALG PÅ HVIDOVRE HOSPITAL

- Sophie Løhde (V), Socialudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Eyvind Vesselbo (V), Socialudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Karen Ellemann (V), Socialudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Jane Heitmann (V), Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Karen Klint (S), Socialudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Liselotte Blixt (DF), Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Karina Adsbøl (DF), Socialudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Özlem Cekic (SF), Socialudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
- Nina Eg Hansen, direktør, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Johanne Lykke Aggergaard, kontorchef, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Mie Carstensen, specialkonsulent, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Kenneth Elmegaard, student, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Stine Kjær, konsulent, Socialstyrelsen
- Jette Nybroe, konsulent, Socialstyrelsen
- Dorthe Eberhardt Søndergaard, afdelingschef, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Julie Marie Cederholm, kontorchef, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Louise Filt, specialkonsulent, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kirsten Mundt, Sundhedsstyrelsen
- Mia Heick, oplægsholder, KABS Familievinklen
- Frid Hansen, oplægsholder, leder af Borgestadklinikken i Norge
- May Olofsson, leder af Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital

BILAG 3: LISTE OVER INVITEREDE TIL DIALOGMØDER DEN 15. APRIL 2015 OG 1. SEPTEMBER 2015

- Alkohol & Samfund
- AlkoholFagligt Forum
- Ankestyrelsen
- Blå Kors
- Brugerforeningen for Aktive Stofbrugere
- Brugernes Akademi
- Børnerådet
- Børns Vilkår
- Center for Rusmiddelforskning
- Center for Socialt Udsatte Horsens, Vesterled
- Centerlederforeningen
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Dansk Selskab For Børnesundhed
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Dansk Sygeplejeråd
- Danske Regioner
- Etisk Råd
- Fagligt selskab for Sundhedsplejersker
- Familieambulatoriet i Region Hovedstaden
- Familieambulatoriet i Region Midtjylland
- Familieambulatoriet i Region Nordjylland
- Familieambulatoriet i Region Sjælland
- Familieambulatoriet i Region Syddanmark
- Foreningen af Socialchefer i Danmark
- Frelsens Hær
- Gadejuristen
- Gravidteam Odense Kommune
- Højlykke Behandlingscenter for Kvinder
- Jordemoderforeningen
- KABS – behandlingscenter for stofbrugere
- KFUK's Sociale Arbejde
- KFUM's Sociale Arbejde
- Kirkens Korshær
- KL
- Landsforeningen for Pårørende til Stofmisbrugere
- Landsforeningen Lænken
- Lægeforeningen
- Lænken Ambulatorierne i Danmark
- Midtgården behandlingscenter
- Ombudsmanden

- Praktiserende Lægers Organisation
- Pårørendenetværket Antistigma
- Reden Vesterbro
- Rådet for Socialt Udsatte
- Socialpædagogernes Landsforbund
- VISO

BILAG 4: DIAGNOSEKODER

Indledning

SKS (Sundhedsvæsenets Klassifikations System) er en samling af internationale, nordiske og danske klassifikationer, der løbende udvikles og vedligeholdes af National Sundheds-it (NSI).

SKS bruges primært inden for sygehusvæsenet, bl.a. i forbindelse med registrering af sundhedsfaglige ydelser i de patientadministrative systemer og efterfølgende indberetning til Landspatientregistret. SKS er dermed med til at sikre en entydig brug og fortolkning af information.

SKS indeholder kliniske og administrative klassifikationer til brug for dokumentation af patienter og sundhedsvæsenets ydelser.

Herunder følger oversigt over de diagnosekoder og SKS-koder, der i dag anvendes til registrering af børn med medfødte skader som følge af moderens forbrug af alkohol og/eller stoffer samt afhængighedsskabende medicin under graviditeten.

Oversigt over ICD-10 diagnosekoder, der anvendes ved indberetning i Landspatientregisteret:

DP961 (abstinenssymptomer hos den nyfødte som følge af moderens brug af afhængighedsskabende stoffer (alkohol, stoffer og afhængighedsskabende medicin) under graviditeten)
DP962 (abstinenssymptomer hos den nyfødte som følge af moderens behandling med afhængighedsskabende medicin under graviditeten)
DQ860 (Føtal alkoholsyndrom)

Oversigt over SKS-koder (diagnoser):, der anvendes ved indberetning i Landspatientregisteret

DP043: Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt
DP044: Stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt

Oversigt over SKS-koder (diagnoser) for de regionale familieambulatoriers indberetning til Dansk Familieambulatoriedatabase:

Vedrørende gravide

DZ358M1 Svangrekontrol pga. rusmiddelforbrug i aktuel graviditet
DZ358M10 Svangrekontrol ved forbrug af alkohol i aktuel graviditet
DZ358M11 Svangrekontrol ved forbrug af opioid i aktuel graviditet
DZ358M11H Svangrekontrol ved forbrug af heroin i aktuel graviditet
DZ358M11MSvangrekontrol ved forbrug af metadon i aktuel graviditet
DZ358M11BSvangrekontrol ved forbrug af buprenorfin i aktuel graviditet
DZ358M11PSvangrekontrol ved forbrug af andet opiat i aktuel graviditet
DZ358M12 Svangrekontrol ved forbrug af cannabis i aktuel graviditet
DZ358M13 Svangrekontrol ved forbrug af benzodiazepin i aktuel graviditet
DZ358M14 Svangrekontrol ved forbrug af barbiturat i aktuel graviditet
DZ358M15 Svangrekontrol ved forbrug af kokain i aktuel graviditet

DZ358M16 Svangrekontrol ved forbrug af amfetamin i aktuel graviditet
DZ358M17 Svangrekontrol ved forbrug af andet centralstimulerende stof el
psykoaktivt middel i aktuel graviditet
DZ358M18 Svangrekontrol ved forbrug af tobak i aktuel graviditet

DZ358M2 Svangrekontrol pga. rusmiddelforbrug før aktuel graviditet
DZ358M20 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af alkohol
DZ358M21 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af opioid
DZ358M21H Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af heroin
DZ358M21M Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af metadon
DZ358M21B Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af buprenorfin
DZ358M21P Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af andet opiat
DZ358M22 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af cannabis
DZ358M23 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af benzodiazepin
DZ358M24 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af barbiturat
DZ358M25 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af kokain
DZ358M26 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af amfetamin
DZ358M27 Svangrekontrol pga. tidligere forbrug af andet centralstimulerende
stof el psykoaktivt middel

DZ358M3 Svangrekontrol pga. rusmiddelforbrug hos relateret person

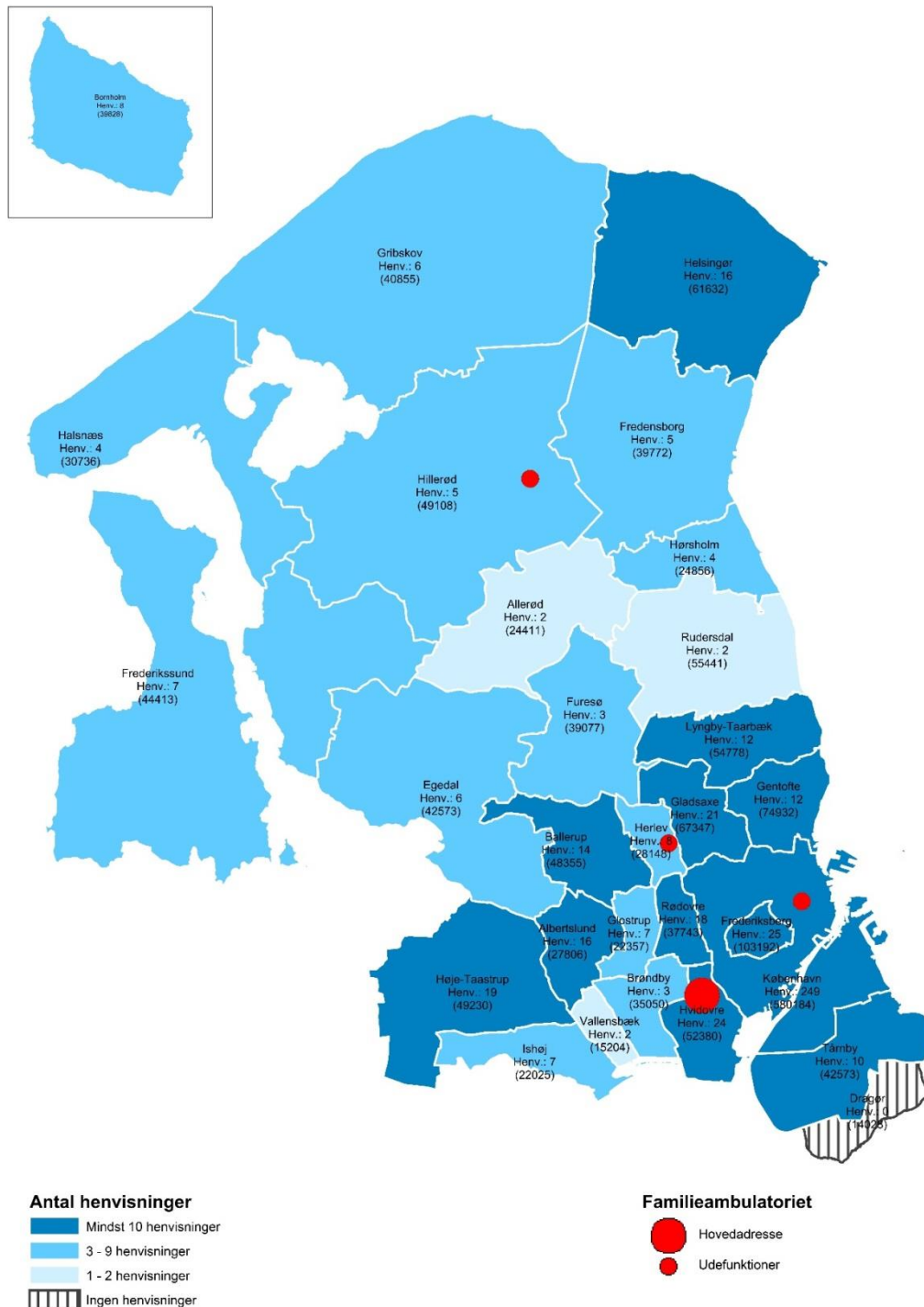
Vedrørende barselspatienter

DZ393 Postpartum undersøgelse begrundet i rusmiddelproblematik
DZ3931 Postpartum undersøgelse pga. rusmiddelforbrug i graviditet
DZ39310 Postpartum undersøgelse ved forbrug af alkohol i graviditet
DZ39311 Postpartum undersøgelse ved forbrug af opioid i graviditet
DZ39311B Postpartum undersøg v forbrug af buprenorfin i graviditet
DZ39311H Postpartum undersøgelse ved forbrug af heroin i graviditet
DZ39311M Postpartum undersøgelse ved forbrug af metadon i graviditet
DZ39311P Postpartum undersøg v forbrug af andet opiat i graviditet
DZ39312 Postpartum undersøgelse ved forbrug af cannabis i graviditet
DZ39313 Postpartum undersøg v forbrug af benzodiazepin i graviditet
DZ39314 Postpartum undersøgelse v forbrug af barbiturat i graviditet
DZ39315 Postpartum undersøgelse ved forbrug af kokain i graviditet
DZ39316 Postpartum undersøgelse v forbrug af amfetamin i graviditet
DZ39317 Postpartum undersøg v forbrug, centralst/psykoakt.mid i grav
DZ39318 Postpartum undersøgelse ved forbrug af tobak i graviditet
DZ3932 Postpartum undersøgelse pga. rusmiddelforbrug før graviditet
DZ39320 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af alkohol før graviditet
DZ39321 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af opioid før graviditet
DZ39321B Postpartum undersøgelse pga. forbrug af buprenorfin før graviditet
DZ39321H Postpartum undersøgelse pga. forbrug af heroin før graviditet
DZ39321M Postpartum undersøgelse pga. forbrug af metadon før graviditet
DZ39321P Postpartum undersøgelse pga. forbrug af andet opiat før graviditet
DZ39322 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af cannabis før graviditet
DZ39323 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af benzodiazepin før gravid
DZ39324 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af barbiturat før graviditet
DZ39325 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af kokain før graviditet
DZ39326 Postpartum undersøgelse pga. forbrug af amfetamin før graviditet
DZ39327 Postpartum unds, forbrug af centralst/psykoakt mid før grav
DZ3933 Postpartum undersøgelse, rusmiddelforbrug hos relateret person
DZ3939 Postpartum undersøgelse ved mistanke om rusmiddelproblematik UNS

Vedrørende børn

DZ071 Prænatal risikofaktor (pga. rusmiddelproblematik)
DZ071A Prænatal eksposition for alkohol
DZ071B Prænatal eksposition for anden psykoaktiv substans
DZ071B1 Prænatal eksposition for opioid
DZ071B1B Prænatal eksposition for buprenorfin
DZ071B1H Prænatal eksposition for heroin
DZ071B1M Prænatal eksposition for metadon
DZ071B1P Prænatal eksposition for andet opiat
DZ071B2 Prænatal eksposition for cannabis
DZ071B3 Prænatal eksposition for benzodiazepin
DZ071B4 Prænatal eksposition for barbiturat
DZ071B5 Prænatal eksposition for kokain
DZ071B6 Prænatal eksposition for amfetamin
DZ071B7 Prænatal eksposition for anden centralstim/psykoaktiv subst
DZ038M Obs pga. mistanke om prænatal rusmiddeleksposition

BILAG 5: PATIENTKORT FOR DE REGIONALE FAMILIEAMBULATORIER



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



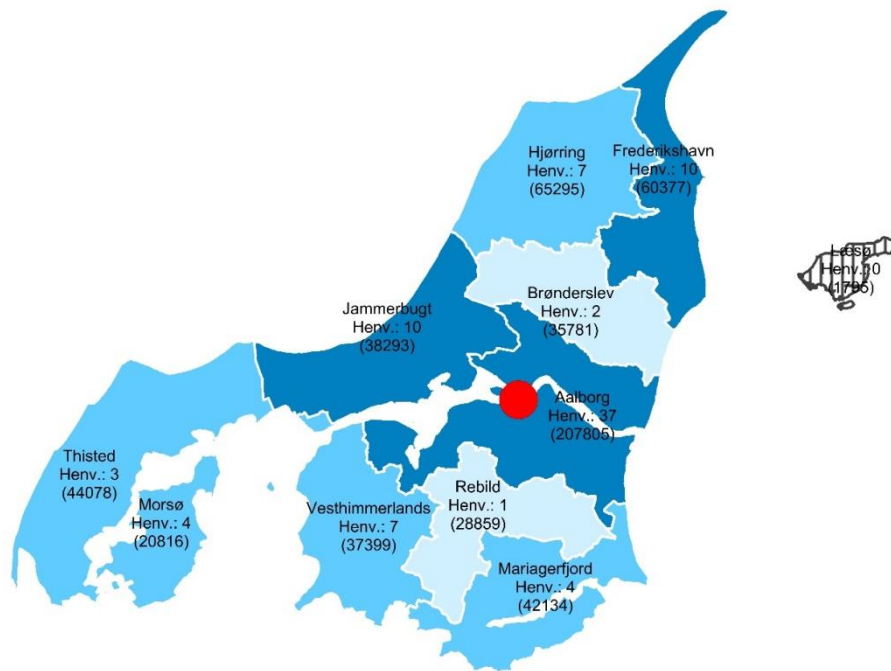
Antal henvisninger



Familieambulatoriet



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



Antal henvisninger

- Mindst 10 henvisninger
- 3 - 9 henvisninger
- 1 - 2 henvisninger
- Ingen henvisninger

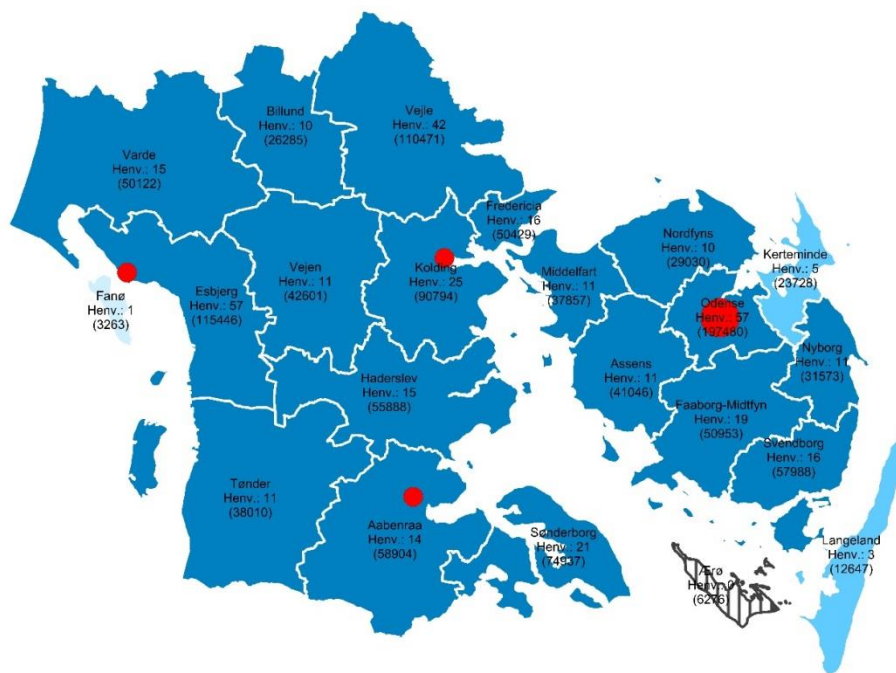
Familieambulatoriet

- Hovedadresse
- Udefunktioner

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



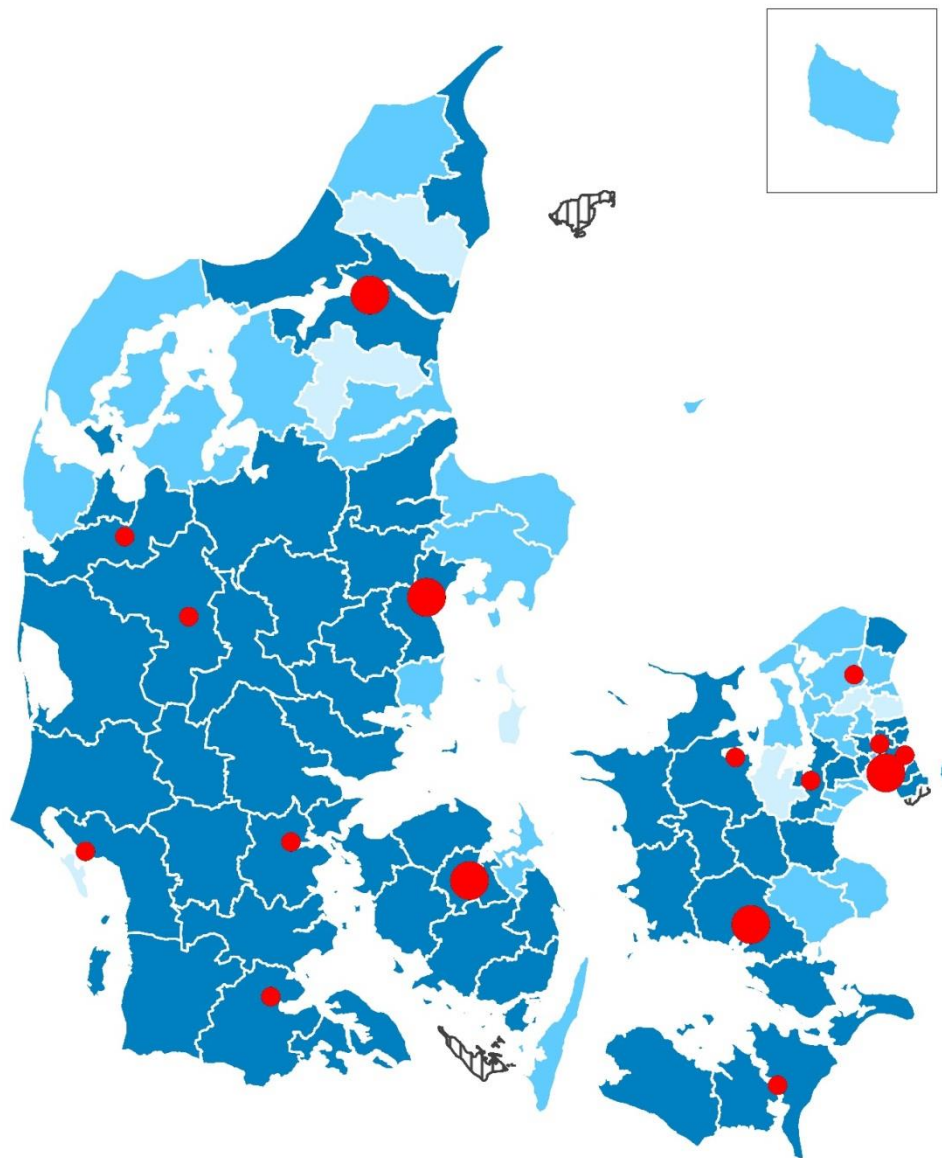
Antal henvisninger



Familieambulatoriet



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



Antal henvisninger

- Mindst 10 henvisninger
- 3 - 9 henvisninger
- 1 - 2 henvisninger
- Ingen henvisninger

Familieambulatoriet

- Hovedadresse
- Udefunktioner

Kilde: Kort udarbejdet af COWI på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og FA databasen

NOTER

- ¹ På baggrund af satspuljeaftalen for 2008 blev der med finansloven for 2008 afsat midler til etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen. Med regeringens aftale af 14. juni 2008 med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2009 forpligtede regionerne sig til at etablere familieambulatorier i hver region
- ² Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ³ Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012.
- ⁴ Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. Københavns Universitet, 2015.
- ⁵ Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. Københavns Universitet, 2015.
- ⁶ Præsentationen af andre rusmiddelskader end alkoholskader er udarbejdet på baggrund af materiale fra professor MD, dr. Med. I børneneurologi og neurorehabilitering Jon Skranes, Dept. og Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, Medical Faculty, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.
- ⁷ ICD-10 er det system til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser, der anvendes i sundhedsvæsenet i Danmark. ICD-10 er udformet af WHO. ICD er forkortelse for International Classification of Diseases.
- ⁸ SKS (Sundhedsvæsenets Klassifikations System) er en samling af internationale, nordiske og danske klassifikationer, der løbende udvikles og vedligeholdes af National Sundheds-it (NSI). Se nærmere forklaring i bilag 4.
- ⁹ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ¹⁰ Data foreligger ikke opgjort på moders forbrug af henholdsvis alkohol, stoffer og blandingsmisbrug og er ikke opgjort på kommune og regionsniveau.
- ¹¹ Landspatientregisteret.
- ¹² Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ¹³ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ¹⁴ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ¹⁵ Rangmar J, Fahlke C. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Psykosociale konsekvenser av och preventiva aspekter på alkoholrelaterade fosterskador. Nka og Linnéuniversitetet. Nka Barn som anhöriga 2013:4
- ¹⁶ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ¹⁷ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ¹⁸ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ¹⁹ Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen, 2014.
- ²⁰ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2014.
- ²¹ Narkotikasituationen i Danmark 2014. Sundhedsstyrelsen, 2014.
- ²² Center for rusmiddelforskning, 2015.
- ²³ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2015.
- ²⁴ Alkoholforbrug i Danmark – Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008.
- ²⁵ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ²⁶ Behandlingsregistreringen i Danmark indsamles i dag i Socialstyrelsens stofmisbrugsdatabase, der åbnede i juni 2011. Stofmisbrugsdatabase er den fælles indberetningsportal for samtlige indberetninger på stofmisbrugsområdet, dvs. Statens Serum Instituts register over stofmisbrugere i behandling (SIB), Socialstyrelsens registre VBGS og DanRIS-ambulant samt Center for Rusmiddelforsknings register DanRIS-døgn. Sammenlægningen af registre i stofmisbrugsdatabase har krævet store tekniske ændringer – både ved etableringen af selve stofmisbrugsdatabase, men også i de tekniske løsninger mellem kommunernes indberetningssystem og den nye fælles indberetningsplatform. På grund af de ændrede forhold er indberetningen af data for 2012 og 2013 endnu ikke afsluttet.
- ²⁷ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ²⁸ Den Aarhusianske Fødselskohorte (ABC) blev startet i 1989 på Aarhus Universitetshospital i Skejby, og er en åben kohorte, hvortil der stadig inkluderes nye deltagere. Kohorten inkluderer gravide indskrevet til at føde på Aarhus Universitetshospital, som i forbindelse med deres 1. svangreundersøgelse indvilliger i at deltage i kohorten. Deltagerne i ABC besvarer et spørgeskema i ca. 12. gestationsuge som blandt andet indeholder detaljerede spørgsmål om alkoholforbrug. Kilde: Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet 2015
- ²⁹ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ³⁰ Raunsgaard NLK, Ibsen IO, Jørgensen JS et al. Prevalence of substance abuse in pregnancy among Danish Women Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2014; DOI: 10.1111/aogs.12528.
- ³¹ Opdaterede beregninger efter Pedersen MU. Gravide misbrugere – skal de tvinges i behandling. STOF nr. 13 s.32-35. Center for Rusmiddelforskning.
- ³² Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ³³ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ³⁴ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ³⁵ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.
- ³⁶ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet, 2015.

-
- ³⁷ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2015.
- ³⁸ Alkoholstatistik 2015, Nationale data. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, 2015.
- ³⁹ Bl.a. Stofbladet nr. 13, 2009.
- ⁴⁰ På baggrund af satspuljeaftalen for 2008 blev der med finansloven for 2008 afsat midler til etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen. Med regeringens aftale af 14. juni 2008 med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2009 forpligtede regionerne sig til at etablere familieambulatorier i hver region.
- ⁴¹ Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 2009.
- ⁴² Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 2009: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2009/CFF/gravide/VejlNr49_etabl_famamb.pdf
- ⁴³ Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier, Sundhedsstyrelsen, 2009.
- ⁴⁴ Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og vejledning nr. 9005 af 20. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
- ⁴⁵ <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/sundhedsstyrelsen-godkender-sundhedsaftalerne-for-2015-2018>.
- ⁴⁶ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ⁴⁷ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ⁴⁸ Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark. Københavns Universitet 2015
- ⁴⁹ Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditet. Københavns Universitet 2015
- ⁵⁰ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ⁵¹ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ⁵² Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ⁵³ Evaluering af etableringen af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015.
- ⁵⁴ På baggrund af satspuljeaftalen for 2008 blev der med finansloven for 2008 afsat midler til etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen. Med regeringens aftale af 14. juni 2008 med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2009 forpligtede regionerne sig til at etablere familieambulatorier i hver region
- ⁵⁵ Evaluering af etablering af familieambulatorierne. Slutevaluering. COWI, 2015
- ⁵⁶ Se hertil Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangeromsorgen, 2013.
- ⁵⁷ Dahl, H.V., Hecksher, D, (2007) Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv. Analyse af 26 livs- og behandlingshistorieinterview. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet).
- ⁵⁸ Graviditet og alkohol 2010-2011. Fortællinger baseret på 30 kvalitative interviews med gravide og mødre. Gravidprojektet. Center for Alkoholbehandling. Aarhus kommune. 2012.
- ⁵⁹ Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. Bilagsrapport. COWI 2013.
- ⁶⁰ Forebyggelsespakke – Alkohol. Version 2.0. Sundhedsstyrelsen, 2013; Forebyggelsespakke – Stoffer. Sundhedsstyrelsen, 2013.
- ⁶¹ Forebyggelsespakke – Alkohol. Version 2.0. Sundhedsstyrelsen, 2013.
- ⁶² Tal for 2012 og 2013 er endnu ikke offentliggjort, da der endnu mangler indberetninger fra kommunerne. Der arbejdes på at få indhentet de relevante oplysninger, således at 2012 og 2013 tallene kan offentliggøres seneste samtidig med at 2014 tal offentliggøres i 2015.
- ⁶³ Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale. Sundhedsstyrelsen, 2008.
- ⁶⁴ Udmøntning af satspuljen "Kvalitet i alkoholbehandlingen ved blandt andet familieorienteret alkoholbehandling".
- ⁶⁵ Link til håndbogen: <http://www.sus.dk/udgivelser/gravid-pa-tvaers-ideer-til-forbedret-indsats-for-professionelle-og-gravide-kvinder-med-rusmiddelproblemer/>
- ⁶⁶ National Klinisk Retningslinjer om behandling af alkoholafhængighed, Sundhedsstyrelsen marts 2015.
- ⁶⁷ Der henvises til vejledning nr. 18 af 11. februar 2008 om lov om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling.
- ⁶⁸ Aftale om satspuljen på sundhedsområdet – sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2010. Af aftalen fremgår, at styrkelsen af indsatsen over for målgruppen skal ske dels ved, at der skabes hjemmel til at en gravid alkoholmisbruger kan få tilbud om at indgå en kontrakt om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tvangstilbageholdelse dels ved at der etableres et pulje (på hver 20 mio. kr. over fire år). En pulje til etablering af Familieambulatorier i det regionale sundhedsvæsen og en pulje for kommunerne til forsøgsprojekter, som skal udvikle og afprøve metoder dels til tidlig opsporing af gravide alkoholmisbrugere, dels til motivation til at gå i behandling og fastholdelse af gruppen i behandling. Med henblik på fastholdelsen vil der over puljen kunne opnås støtte til forsøgsprojekter med tvangstilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere. Evt. kort henvisning til de steder i rapporten hvor projekterne omtales (behandlingspladser i Vrå + Odense og Århus Kommuner).
- ⁶⁹ Se hertil besvarelse af 2. maj 2007 af spørgsmål nr. 4 og spørgsmål nr. 5 (ad L 169).
- ⁷⁰ Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. Slutevaluering. COWI, 2013.
- ⁷¹ Se hertil DS 2009:19 Insatser for en alkohol- og narkotikafri graviditet, Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- ⁷² Fylkesnemnda er et statslig, uafhængigt forvaltningsorgan på fylkesniveau (regionalt niveau). Hvert fylkesnævne dækker 1-2 fylker. Fylkesnævnets afgørelser kan alene efterprøves ved domstolene. Fylkesnævnet består af en nævnsformand (statsligt ansat), to sagkyndige (psykologer, pædagoger, socialrådgivere med lang erfaring) samt to udnævnte lægmænd. Norge er inddelt i 12 fylker, der varetager en række forskellige statslige opgaver på regionalt niveau. Kilde: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dep/tilknyttede-virksomheter/fylkesnemndene-for-sosiale-saker.html?id=418110>.
- ⁷³ "Gravide innlagt på Borgestadsklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2009-2010", Kompetansesenter rus – region sør.

⁷⁴ Egil Nordlie (2012) "Fødselsvekt hos barn født af tvangsinnlagte og frivillig innlagte gravide rusmiddelbrukere. Rusfag 1/2012:126-136, Skien, Borgestadklinikken.