
Til: Christina Skytte Christensen (chc@sim.dk)
Cc: Johan Damgaard Jensen (jdj@alkohologsamfund.dk)
Fra: Erik Linde (eli@alkohologsamfund.dk)
Titel: hørings svar
Sendt: 25-09-2015 08:46:06

Hørings svar fra Alkohol & Samfund vedrørende afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et misbrug af rusmidler.

Alkohol & Samfund finder det positivt, at der nu er foretages en statusopgørelse og analyse af omfang og problematikker vedrørende gravide med misbrug af rusmidler. Alkohol & Samfund vurderer samtidig at der er tale om en gedigen faglig rapport – og kan til fulde tilslutte sig rapportens segmentering af målgruppen og opdelingen af indsats typer - samt ikke mindst behovet for at styrke indsatserne til forebyggelse og behandling af rusmiddelmisbrug blandt gravide.

I forhold til indsatsen over for gravide med et betydeligt misbrug af rusmidler som ikke aktuelt kan fastholdes i behandling og svangreomsorg (målgruppe 5), frygter Alkohol & Samfund, at en eventuel skærpelse af mulighederne for tvangstilbageholdelse af gravide i behandling- desuagtet et sådan tiltag måske (som nævnt i rapporten er der ikke evidens for effekt af et sådanne tiltag og der i øvrigt er behandlingskulturforskelle som gør overførelse af erfaringer til Dk fra fx Norge vanskelige) vil kunne hjælpe enkelte til at opnå en mere stabil eller rusfri graviditet- vil have som konsekvens, at andre kvinder, der i dag modtager hjælp, i endnu højere grad end i dag vil sky systemet og dermed forsage denne hjælp og muligvis fortsætte i misbrug. Alkohol & Samfund peger i stedet på mulighederne for at udvikle og implementere en fælles og lovmæssigt understøttet national model for, hvordan indsatsen over for i sær særligt sårbare gravide kvinder (og partnere) kan tilrettelægges på et frivilligt grundlæggende henblik på der opnås en høj compliance i både svangreomsorg og rusmiddelbehandling (med andre ord et tiltag ligesom Housing First som led i hjemløshedsstrategien).

Alkohol & Samfund finder i øvrigt generelt, at rapporten – trods stor faglighed – ikke har formået at inddrage synspunkter fra de borgere som rapporten omhandler. Herunder særligt – at der mangler overvejelserne om eventuel partners ret til en samordnet behandling (også hvor de to parter har forskellige opholdskommune) og en vurdering af om dette forhold ville kunne bidrage til at styrke de særligt sårbares compliance i svangreomsorg og behandling.

Endelig savner Alkohol & Samfund en analyse af hensigtsmæssigheden ved den organisatoriske ramme for indsatsen – både i forhold til hvem der henvises til og optages på familieambulatorierne og følges i den almindelige svangreomsorg (herunder hvordan fagpersoner/henvisere forholder sig til henvisningskriterierne) – og i forhold til spillet mellem alle de aktører, der understøtter omsorg og behandling af den gravide kvinde og eventuel partner.

Med venlig hilsen

Erik Linde, Specialkonsulent

Alkohol & Samfund

Drejervej 15, 5. sal

2400 København NV

Mobil direkte: 25 76 46 47

eli@alkohologsamfund.dk

www.alkohologsamfund.dk

Bliv støttemedlem og giv vores arbejde mere gennemslagskraft. Se mere om organisationen og tilm dig på: www.alkohologsamfund.dk



Modtager af Folkesundhedsprisen 2014



Social- og Indenrigsministeriet
Christina Skytte Christensen

Den 29. september 2015

Høring over afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler.

Ankestyrelsen
Teglholmsgade 3
2450 København SV

Ankestyrelsen har ingen bemærkninger.

Tel +45 3341 1200
Fax +45 3341 1400
ast@ast.dk
sikkermail@ast.dk
www.ast.dk

Venlig hilsen

Ankestyrelsen

EAN-nr:
57 98 000 35 48 21

Åbningstid:
man-fre kl. 9.00-15.00

Hørings svar vedr. den endelige afrapportering om Gravide m. et forbrug eller misbrug af rusmidler.

Først vil vi fra Brugernes Akademi takke for, at vi nu bliver hørt. Det glæder os at brugerinddragelsen bliver mere og mere almindelig. Og vi sætter pris på den mulighed, det giver os for at bringe vores dyrkkøbte erfaringer med i videnspuljen, samt giver det mulighed for, at vi ved samarbejde fremadrettet kan lykkes med at kreere nogle behandlingstilbud, der fungerer.

Så vil vi begynde med at understrege, at vi som stofbrugerforening, med tæt tilknytning til gademiljøet, IKKE har oplevet en stigning i gravide stofbrugere.

Der er IKKE kommet flere, men måske har den store udvidelse af FamilieAmb. betydet, at de nu får kontakt med flere kvinder.

Derimod har vi så til gengæld ikke oplevet de store oplysningskampagner ifht. til gravide og alkohol, og alt for mange (både stofbrugere, alkoholikere og behandlere) har fejlopfattelser af, hvad der reelt er skader af alkohol, og hvad der er skader efter et kaotisk stofbrug under graviditeten.

Vi mener, at det trænger til at blive understreget, at meget fin og dyr vin OGSÅ er alkohol, og altså ligeså skadeligt for fosteret som papvin.

Og ligeså vigtigt, som det er at skrive og få oplysning ud, der fortæller kvinderne, at et illegalt stofbrug er farligt for fosteret, ligeså vigtigt er det tilsvarende at få spredt den viden ud, som vi jo har, om at man i sin graviditet sagtens kan være medicineret med metadon; og det er både igennem sin graviditet OG bagefter. Også UDEN problemer, og UDEN at fosteret på nogen måde tager skade af det. Det er meget vigtigt, at kvinderne finder håb, i de løsninger der er til rådighed.

Vi mener også, at der mangler en langt tydeligere opdeling af kvinderne ifht. HVAD, der reelt er det foretrukne rusmiddel. Og om det anvendes som sådan, altså "rus"middel, eller om der er tale om en selvmedicinering i balance.

For det er jo en anden snak, end når vi taler alkohol, som jo er et absolut nultolerance stof i en graviditet. Kvinden må ikke indtage en dråbe. Sådan forholder det sig ikke med de andre medikamenter.

Man skal passe meget på, at man ikke giver kvinder, som anvender substitutionsmedicin, en følelse af at have udsat deres barn for noget frygteligt, eftersom alle undersøgelser jo viser, at en graviditet sagtens kan forløbe helt fint, selvom kvinden får metadon, og man kan behandle børnene uden problemer efter fødslen, hvis det er nødvendigt. De bliver ikke skadede.

Det vigtigste er jo, at man er stabil. Derfor er det jo vigtigt at vi får kontakt til kvinderne, så vi kan forsyne dem med rammer, der er stabile.

Og vi skal altid sætte anvendelsen af metadon op imod den risiko der er, for at kvinden, hvis hun ikke får medicin, måske på grund af pres ender i et uoverlagt kaotiske tilbagefald til/genoptag af stof, hvor hun i hvert fald er alt andet end stabil, og man mister dialogen.

Så en tydeligere opdeling af kvinderne ifht. til rusmiddel, så man kan se, om det er alkohol eller stoffer ELLER substitutionsmedicin, smertemedicin osv. man indtager. Og så skal vi huske, at det også er forskellige grupper kvinder, og at de er fra forskellige sociale lag.

Selvom de største skader forekommer i de højere sociale lag, har vi stadig en tendens til at lede meget mere efter "syndere" i de lavere sociale lag på trods af, at vi har slået fast, at alkohol jo er langt mere skadeligt for fosteret, end morfin er.

Der er på grund af disse forskelle derfor også kæmpe forskelle i vores behov. Ligesom der reelt er kæmpe stor forskel på, om børnene efterfølgende får problemer pga. den eksponering, de har været udsat for - og derfor altså forskel i behovet for, om man skal følge barnet i fem år efter fødsel.

Man skal overveje meget fra systemets side, hvad det er at man udsætter mor og barn for, når man holder fast i dem i sådan et forløb i fem år.

Det foregår jo i en form hospitalsregi. Der risikerer man at sygeliggøre barnet, og gøre dem mere "anderledes", alene ved at de skal "følges" Og hvis ellers barnet trives som det skal efter fødslen og et lille år frem, og hvis der ikke har været nogen problemer med at behandle evt. abstinenser opstået pga. mors substitutions-medicin, så er ingen tvivl om, at stofbrugende kvinder, der får børn, i den grad som regel vokser med opgaven, hvis man giver dem lov.

Børn er langt mindre og langt sjældnere skadede end alkoholbrugende kvinders børn, eftersom alkohol er et opløsningsmiddel, og derfor langt mere skadeligt. Og mange af de skader kan først konstateres i femårsalderen. Igen: det er ikke tilfældet med stofbrugeres børn, og alligevel følger man dem ens!

Hvilken form for støtte der er behov for, er jo netop også forskellig. Det afhænger både af, om det er alkohol eller stoffer, der anvendes. Og det handler om erkendelse af, hvilken form for forbrug kvinden har haft/har. Og om det er et moderat forbrug, eller om det er et problematisk overforbrug. Om der skal anvendes medicin osv.

Hvis det er en kvinde fra det bedre borgerskab, som er afhængig af de to til fem glas vin, som hun plejer at drikke dagligt, jamen så handler det vel stort set om oplysning, og i høj grad om erkendelse. Men de kvinder har som regel deres gang hos egen læge, så man bør få langt mere oplysning ud igennem de private læger, og ud til de kvinder.

En kvinde eller et forældrepar, som har været i stofbrug i en årrække, og som skal til at være forældre, kan have behov for et bosted, hvor hun med støtte fra personale kunne starte op på livet som Mor, imens man støtter hende i at bygge rede. Det koster penge at bygge rede, men man kunne evt. aflønne de nybagte mødre med 5000kr om mdr. i fire mdr. for at gå på et "forældre og fremtids kursus" Hvor der bliver taget hånd om kvindens behov. Så længe at vi ikke engang har institutioner, der kan leve op til de behov kvinderne har, så lyder det helt vanvittigt at snakke om tvang.

Og tvang er fuldstændig unødvendig her.

Hvis rammerne er der, og kvinderne kan finde håb og fremtid i projekterne, så skal de nok komme helt af sig selv. Derimod vil alene rygter om tvang, skræmme så mange flere væk, end systemet nogensinde ville kunne nå at låse inde! Det vil være en katastrofe.

Brugernes Akademis erfaring med hvorfor de kontrakter ikke er blevet mere anvendt? Det skyldes at dem, som skal lave relationsarbejdet med de kvinder her, godt ved, at det ikke er sådan vi taler sammen.

Vi vil på det allerkræftigste tage afstand fra tanken om at bruge tvang! Kvinderne, som i forvejen er rædselsslagne for, at deres barn bliver taget fra dem, for den frygt har de alle, de vil blive endnu mere skræmt. Og det er nok svært at forestille sig, at når man tager til lægen for at få konstateret en graviditet, så er man ikke kun bange, fordi man er gravid! Man er bange, fordi man ikke ved om man er købt eller solgt! Laver de en tvang osv?? ... Så hvis ordet tvang er inde i billedet, så kommer disse kvinder ALDRIG frem og beder om hjælp.

Desuden vil det også være en overreaktion på den ene kvinde om året, der ikke kan finde ud af at vælge, hvad der er bedst for hendes barn, men hendes problemer handler jo så slet ikke kun om stofbrug i hvert fald, og derfor må det være en anden afd., nemlig psykiatrisk afd., som skal tage sig af hende. Men det er på tide at vi bygger regler på succes, og ikke på frygt og på dér hvor ting er gået galt!

Vi skal bygge videre på det, vi ved, virker. Og vi ved, at belønning virker. Det virker på alle mennesker. Og samtidig får man sikret de fysiske rammer omkring kvinden, og det barn der er på vej.

Med venlig hilsen

Anja Plesner Bloch

Formand for Brugernes Akademi.



Børnerådet

Social og indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

København den 29.09.2015
J.nr. 3.3.4./sbd

Høringssvar på afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et misbrug af rusmidler

Børnerådet finder, at afrapporteringen generelt giver et godt overblik over den eksisterende viden og praksis på området i Danmark, Norge og Sverige. Rapporten gør det tydeligt, at det er veldokumenteret, at et misbrug af rusmidler hos den gravide udsætter fosteret for betydelige risici for fysiske og mentale skader.

Børnerådet lægger vægt på, at hensynet til barnets ret til et sundt liv kommer før den gravide kvindes ret til at bestemme over egen krop, om end det etiske og juridiske konfliktområde, der ligger heri, ikke er ubetydeligt.

Mulighed for tilbageholdelse uden samtykke

Børnerådet tilslutter sig den skalerede model 1, 2 og 3 til styrkelse af indsatsen mod de skader, som børn, født af kvinder med et misbrug, kan have. Børnerådet vægter i argumentationen for at medtage model 3, at der i de skitserede modeller 1 og 2 - hvor samtykke fra kvinden indgår - er mulighed for, at kvinden kan trække sit samtykke tilbage uden for tvangsperioden. Fordi moderen dermed kan afbryde behandlingen, sikrer denne mulighed ikke, at man reelt beskytter det ufødte barn mod den skadelige eksponering af rusmidler. En afbrydelse af behandlingen i alle faser af graviditeten kan være fatalt for barnet – om end den tidligste tid i fosterudviklingen er den mest afgørende.

Børnerådet vil med hensyn til kvindens rettigheder nævne, at de kvinder, som ikke magter eller ikke vil følge et frivilligt specialiseret tilbud, sandsynligvis - som alle andre forældre - vil være psykisk påvirket af den skade, de har påført deres børn. Børnene og familien vil få stor

brug for støtte og vejledning i barnets opvækst, hvilket vil konfrontere kvinden med det ansvar, hun har for barnets symptomer. Samtidig vil en tvangsanbringelse af barnet uden for hjemmet umiddelbart efter fødslen være nærliggende, hvilket kan være potentielt traumatiserende for moderen og tillige kan opleves som en alvorlig indskrænkning af kvindens autonomi. At sætte ind med en tvangsforanstaltning, som sikrer barnets sundhed, vil give en gravid kvinde med et betydeligt misbrug reel mulighed for at komme ud af sit misbrug, og dermed vil hun få mulighed for at bevare tilknytning til sit barn.

Børnerådets tilslutning til forslaget om at give mulighed for tilbageholdelse af kvinden uden samtykke, har den forudsætning, at der grundlæggende fra den tidligste kontakt til den gravide kvinde bygges på tillid, motivation og frivillighed, at model 3 skal anvendes i kombination med model 1 og 2, og at det kun er, når mindre indgribende muligheder er udelukket, at en tvangsbeslutning kan sættes i værk. En beslutning om tvangstilbageholdelse af kvinden skal altid begrundes i hensynet til det ufødte barns sundhed. Det skal pointeres, at der ifølge rapporten er tale om et relativt lille antal af kvinder på 10-15, som ikke kan fastholdes i de specialiserede behandlingstilbud, hvorfor Børnerådet forventer, at beslutning om tvang vil tages i anvendelse i begrænset omfang.

Børnerådet tilslutter sig forslaget om at beslutning om tvang tages af et særligt nedsat udvalg med ekspertise ift. graviditet- og rusmiddelproblematikker. Med skelen til Norges lovgivning på området anbefaler Børnerådet, at der bliver mulighed for midlertidigt at tilbageholde den gravide kvinde, indtil udvalget har taget en endelig beslutning om tvang. Denne midlertidige tilbageholdelse kan være afgørende ift. de skader den gravide kan nå at påføre fosteret i den tidlige fase af graviditeten ved fx at 'gå under jorden'.

Ensretning af gældende regler

Det indgår i alle tre modeller, at der sker en ensretning af stof og alkoholområdet, således at kommunerne kan tilbyde indgåelse af kontrakt om tilbageholdelse af den gravide, uanset om der er tale om forbrug af alkohol, stoffer og/ eller et blandingsmisbrug. Børnerådet bakker op om dette forslag.

Udvidelse af gældende regler

Børnerådet bakker op om det forslag, som indgår i model 2 og omhandler mulighed for udvidelse af den enkelte og den samlede tilbageholdelsesperiode. Denne udvidelse vil kunne understøtte den gravides motivation for fortsat behandling, idet hun vil kunne opleve personlig udvikling og reduktion af sit rusmiddelforbrug, jo længere tid hun fastholdes i behandlingen. Denne model har dog – som nævnt tidligere – indbygget den risiko for det ufødte barn, at den gravide kvinde kan afbryde kontrakten uden for enhver tilbageholdelsesperiode, hvorved behandlingen kan afbrydes.

Forebyggende indsatser

Generelt støtter Børnerådet op om forebyggende indsatser og tilslutter sig, at der fortsat arbejdes på information til kvinder i den fertile alder med anbefalinger om helt at undgå alkohol og andre rusmidler under graviditeten.

Det er vigtigt, at de praktiserende læger, som har den tidligste kontakt med den gravide, styrkes i et fokus på opsporing af problematikken, at de indgår i tæt samarbejde med fagpersoner med særlig ekspertise inden for gravide- og rusmiddelproblematik, og at der sker underretning til kommunerne i tilstrækkeligt omfang. De praktiserende læger bør desuden styrkes i at prioritere vejledning og motivering af kvinden til at indgå i de specialiserede behandlingstilbud.

Børnerådet mener, at man skal sikre, at alle kommuner indgår samarbejdsaftaler med de regionale familieambulatorier.

Samtidig skal der afsættes tilstrækkelige ressourcer til familieambulatorierne i hele landet. Hvis målet er at udvikle redskaber til at opspore flest mulige af det skønnede antal på 3.500 gravide med misbrugsproblemer i Danmark, skal familieambulatoriernes mangeårige erfaring og ekspertviden være tilgængelig i alle kommuner. Derudover vil Børnerådet anbefale, at der fortsat sikres ressourcer til udviklingsarbejde i familieambulatorierne fx mht. til udvidelse af målgruppen til at omfatte hele familien under og efter barnets fødsel. Som det er nu følges barnets udvikling op til 7 års alderen, men der er ikke i samme periode tilbud om støtte og vejledning til barnets familie.

Børnerådet vil afslutningsvis anbefale, at der tilføres ressourcer, så familieambulatorierne kan foretage systematisk dataindsamling.

Med venlig hilsen



Per Larsen
Formand for Børnerådet



Annette Juul Lund
Sekretariatschef

Den 24. september 2015

Hørings svar vedr. afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et misbrug af rusmidler

Børns Vilkår takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. ovennævnte rapport.

Datagrundlaget

Børns Vilkår finder, at rapporten giver et godt indblik i allerede tilvejebragt viden om området, ligesom den giver et godt overblik over praksis i Danmark, Norge og Sverige.

Børns Vilkår finder, henset til de ret vidtgående tiltag man anbefaler, at datagrundlag, der ligger til grund for rapporten lader en del tilbage at ønske. Børns vilkår havde gerne set et væsentligt mere fyldestgørende datagrundlag. Børns Vilkår er på denne baggrund enig i, at man bør styrke Dansk Familieambulatoriedatabase, således at man fremadrettet vil få yderligere viden om denne gruppe gravide, deres misbrug, og de skader deres børn får også ud over det 7. leveår.

Børns Vilkår mener, at denne dataindsamling er nødvendig og anbefaler, at man først når denne er tilvejebragt overvejer, hvilke lovændringer, der evt. er påkrævet for at imødekomme de behov der viser sig.

Ensretning af gældende regler

Børns Vilkår er enig i det hensigtsmæssige i, at der sker en ensretning af stof og alkoholområdet, således at kommunerne kan tilbyde indgåelse af kontrakt om tilbageholdelse af den gravide, uanset om der er tale om forbrug af alkohol, stoffer og/eller et blandingsmisbrug.

Udvidelse af gældende regler

Børns Vilkår er enig i det hensigtsmæssige i, at den enkelte og den samlede tilbageholdelsesperiode udvides. Denne udvidelse vil kunne understøtte den gravides motivation for fortsat behandling, idet hun vil kunne opleve personlig udvikling og reduktion af sit rusmiddelforbrug, jo længere tid hun fastholdes i behandlingen.

Mulighed for tilbageholdelse uden samtykke

Alle har ret til beskyttelse af deres familieliv og staten er forpligtet til at iværksætte foranstaltninger og støtte, således at borgere, der har vanskeligt ved at udøve denne ret, får hjælp til dette. Hvis staten skal gribe ind i retten til familieliv og anvende tvang, skal dette være nødvendigt af hensyn til barnets bedste og alle andre muligheder skal være udtømt. Staten er således forpligtet til at iværksætte den nødvendige hjælp – selvom denne måtte være ret omfattende.

Børns Vilkår bakker op om den generelle bevægelse der er i samfundet imod at minimere tvang – fx i psykiatrien. Selvom det er veldokumenteret, at et misbrug af rusmidler hos den gravide udsætter fosteret for betydelige risici for fysiske og mentale skader, mener Børns Vilkår således også i denne sammenhæng, at tvangsbehandling i videst muligt omfang bør undgås. Det er vores opfattelse, at det er uforeneligt med den enkelte borgers selvbestemmelsesret.

Børns Vilkår kan på den baggrund alene tilslutte sig model 1 og 2 til styrkelse af indsatsen mod de skader, som børn, født af kvinder med et misbrug, kan have. Det er dog afgørende, at den gravide kvinde forstår, hvad hun samtykker til. Børns Vilkår skal derfor understrege, at det bør være fagpersoner med den fornødne ekspertise, der foretager vurderingen af, om den gravide forstår, at hun samtykker til tilbageholdelse.

Børns Vilkår har hæftet sig ved, at flere kommuner oplyser, at de ikke har tilstrækkelig erfaring med anvendelse af de nuværende regler, da de har forholdsvis få gravide kvinder med misbrugsproblematikker. Børns Vilkår noterer sig derudover, at flere kommuner angiver, at de oplever langt mindre indgribende indsatser over for den gravide kvinde, herunder samarbejdet med Familieambulatorierne, som tilstrækkelige. Hertil kommer at nogle kommuner endda oplever at brugen af de eksisterende regler er i modstrid med den øvrige kommunale indsats, der er baseret på motivation og frivillighed.

Børns Vilkår er opmærksomme på, at model 1 og 2 giver kvinden en mulighed for at trække sit samtykke tilbage og dermed afbryde behandlingen, hvilket vil indebære en risiko for, at barnet eksponeres for rusmidler. Som det også fremgår af rapporten er muligheden for at tilbageholde med tvang tiltænkt en meget begrænset gruppe gravide. Børns Vilkår mener, at muligheden for tilbageholdelse med tvang vil indebære en risiko for, at et større antal gravide, af frygt for at blive tilbageholdt med tvang, vil afstå fra overhovedet at henvende sig til myndighederne for at få hjælp og blive tilset ifm. graviditet. Børns Vilkår mener således, at man for at hjælpe flest mulige gravide - og dermed også flest mulige børn - bør forsøge at skabe en tillidsbaseret relation.

Børns Vilkår skal endvidere understrege, at det har afgørende betydning for alle 3 modeller, at der findes egnede behandlingstilbud til de gravide – og evt. også deres partner, ligesom der bør være behandlingstilbud, der kan hjælpe og støtte forældrene efter barnet er født. Det tværsektorielle samarbejde er en forudsætning for at dette lykkes og bør prioriteres endog meget højt.

Forebyggende indsatser

Børns Vilkår støtter op om igangsættelsen af forebyggende indsatser og tilslutter sig, at der fortsat arbejdes på information til kvinder i den fertile alder med anbefalinger om helt at undgå alkohol og andre rusmidler under graviditeten.

Børns Vilkår skal også påpege vigtigheden af, at de praktiserende læger, som har den tidligste kontakt med den gravide, arbejder tæt sammen med fagpersoner med særlig ekspertise inden for gravide- og rusmiddelproblematik, og at de underretter til kommunerne i tilstrækkeligt omfang. For at sikre kontakten til disse fagpersoner skal Børns Vilkår opfordre til at man sikrer, at alle kommuner indgår samarbejdsaftaler med de regionale familieambulatorier.

Med venlig hilsen

Ingrid Hartelius Dall
Jurist

Social- og Indenrigsministeriet

København, den 29. september 2015

Hørings svar - afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler

Dansk Psykolog Forening hilser rapporten og debatten om gravide og misbrug af rusmidler velkommen.

Spørgsmålet om tvang må og kan aldrig stå alene og bør under alle omstændigheder være forudgået af kvalificerede supplerende støttemuligheder, der netop har til formål at undgå tvang.

I den forbindelse hæfter Dansk Psykolog Forening sig ved, at arbejdsgruppen selv anfører, at der i øjeblikket ikke eksisterer det tilstrækkelige udbud af specialiserede døgnbehandlingstilbud til målgruppen.

Arbejdsgruppen vurderer endvidere, 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.

Dansk Psykolog Forening er ikke pr. definition imod anvendelsen af tvang i forbindelse med gravides misbrug af rusmidler. Det skal dog udelukkende kunne lovliggøres, såfremt de tilstrækkelige støtteforanstaltninger er vedtaget og etableret forinden.

Tilbuddene og støtten har bl.a. afgørende betydning for om de pågældende misbrugere vil indgå i et behandlingsforløb eller omvendt 'går under jorden' af frygt for tvang.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening



Social- og Indenrigsministeriet
Udsatte og Civilsamfund
Holmens Kanal 22
1060 København K

chc@sim.dk

29. september 2015

Høringssvar fra Dansk Sygepleje Selskab vedr. Høring over afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med forbrug og misbrug af rusmidler.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi har sendt høringen til de faglige selskaber, der er medlem af DASYS, og har efterfølgende fået nedenstående svar fra *Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje*.

DASYS tilslutter sig dette høringssvar:

Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje anerkender det store arbejde, der ligger bag afrapporteringen fra Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler. Det vurderes essentielt at vægtligge den forebyggende indsats for at opnå en målsætning om at begrænse antallet af børn, der fødes med skader som følge af moderens forbrug og/eller misbrug af rusmidler.

Det ses derfor som positivt, at rapporten påpeger behovet for både oplysning og information til alle fertile kvinder om rusmidlers skadelige virkning på et fremtidigt foster. På samme måde finder Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje også, at et øget og systematisk fokus på afdækning af eventuelle rusmiddelproblematikker i ethvert møde med sundhedsvæsenets aktører samt eventuel viderehenvisning til rusmiddelbehandling vil være gavnligt, ikke blot for fremtidige børn, men også ift den enkelte. Dog savnes en yderligere konkretisering af disse indsatsers udformning og omfang, da det vil være væsentligt, at fokus på forebyggelse, oplysning og screening øges betragteligt for at opnå den ønskede effekt.

Ift spørgsmålet om tilbageholdelse af gravide misbrugere med samtykke anerkender Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje behovet for en ensretning af indikation, rammer og regler for alkohol og stofområdet. Såfremt det vælges, at behandlingskontrakten samt tilbageholdelsesperioden med den gravides samtykke kan forlænges, så der er mulighed for at dække hele graviditeten, vurderes det afgørende at sikre den gravides mulighed for opsigelse af behandlingskontrakten samt tilstrækkelige klagemuligheder. Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje understreger vigtigheden af, at der arbejdes efter ”mindste middels princip”, således at tilbageholdelse er sidste mulighed for sikring af fosteret.

Ift. tilbageholdelse uden samtykke ser Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje en overhængende risiko for at gravide med rusmiddelproblematikker undgår behandlingssystemet, og dermed bringer det ufødte barns helbred yderligere i fare. Dernæst vil det være problematisk at yde en tilfredsstillende og effektiv rusmiddelbehandling, hvis muligheden for tilbageholdelse til behandling under tvang ligger som et vilkår i

behandlingen. Vi mener derfor ikke umiddelbart, at model 3 i rapporten vil have den ønskede effekt om begrænsning af antallet af børn med skader fra moderens rusmiddelbrug.

Med venlig hilsen

Astrid Bay, bestyrelsesmedlem i Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje på vegne af:
Nina Brünés, formand for Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje

Skulle høringsvaret give anledning til spørgsmål står Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje og DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bent Hoeck
Medlem af bestyrelsen



Social- og Indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Sendt til: chc@sim.dk

25. september 2015

Vedrørende høring over afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et misbrug af rusmidler

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Ved e-mail af 15. september 2015 har arbejdsgruppen om gravide kvinder med et forbrug og misbrug af rusmidler anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovennævnte rapport.

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

Rapporten giver ikke umiddelbart Datatilsynet anledning til at komme med bemærkninger.

E-mail
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

Med venlig hilsen

Bjarke Asger Bro

J.nr. 2015-19-0056
Sagsbehandler
Bjarke Asger Bro
Direkte 3319 3217

NOTAT

29. september 2015

J.nr.: 1502376

Dok. nr.: 1785477

HKJ.DKETIK

Høring over afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et misbrug af rusmidler

Det Ethiske Råd har modtaget afrapporteringen fra arbejdsgruppen om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler i høring. Rådet mener, at rapporten rummer flere udmærkede kommentarer og anbefalinger, hvoraf Rådet særligt vil fremhæve de følgende tre.

Det er en rød tråd i rapporten, at der er behov for en forøget og helhedsorienteret indsats i forhold til gravide med et misbrug, hvor der så vidt muligt og så tidligt som muligt sættes ind med tiltag både før, under og efter graviditeten. Samtidig lægges der op til, at de involverede aktører og institutioner – læger, jordemødre, familieambulatorierne, kommunen osv. – koordinerer deres indsats og laver samlede og forpligtende tilbud og handlingsplaner, som kan støtte op om den gravide kvinde og hendes familie både på det sundhedsmæssige og sociale område. Efter Rådets vurdering er en sådan helhedsorienteret indsats en nødvendig betingelse for, at indsatsen kan fastholde kvinden og har mulighed for at føre til de ønskede resultater. Det fremgår ikke af rapporten, at der allere-

de nu findes tilgængelige og attraktive døgntilbud, hvor det er muligt at indgå frivillige behandlingsaftaler.

Flere steder i rapporten fremgår det, at der skal lægges stor vægt på at skabe en tillidsfuld relation til den gravide misbruger, yde hende omsorg som person og forsøge at motivere hende til at deltage i forløbet og komme ud af sit misbrug. Udgangspunktet er således, at kvindens deltagelse skal være frivillig, og at indsatsen derfor skal være rettet mod at tilgode- se kvindens egne interesser og behov. Det Ethiske Råd mener også, at frivillighedsprincippet bør være udgangspunktet for kontakten med kvinden. Hvis dette udgangspunkt overhove- det skal fraviges, bør det kun ske som en undtagelse og som en absolut sidste mulighed, efter at alle andre tiltag har været forsøgt. Et synspunkt i Rådet har i forlængelse heraf været, at kvinden bør have ret til at få tilbudt et sammenhængende be- handlingsforløb, som i tilstrækkelig grad tilgodeser hendes behov, før tvang under nogen som helst form kan komme på tale.

Det nævnes i rapporten, at flere kommuner undlader at be- nytte de eksisterende muligheder for at tilbageholde en gra- vid misbruger efter et forudgående samtykke - dels fordi de ansatte mangler viden om, hvordan dette kan og må foregå, og dels fordi der i nogle kommuner ikke eksisterer døgntil- bud, som er i stand til at varetage opgaven på betryggende vis. Dette bør der efter Det Ethiske Råds opfattelse rettes op på. I forlængelse heraf finder Rådet det velvalgt, at arbejds- gruppen vurderer, ”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 rusmiddelproblematikken” (side 116).

Det Ethiske Råd har derudover de følgende kommentarer til rapporten.

1. Manglende etisk udredning

Det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppen om gravide stof- og alkoholmisbrugere, at arbejdsgruppen skal ”belyse de juridiske, organisatoriske, økonomiske, etiske og faglige aspekter ved de foreslåede modeller”, dvs. de tre modeller, arbejdsgruppen fremlægger i kapitel 8 i den fremsendte rapport. Det Ethiske Råd gjorde på dialogmødet den 1. september 2015 opmærksom på, at det *ikke* fandt de etiske aspekter af modellerne tilstrækkeligt belyst i det daværende udkast og efterlyste samtidig et landkort over de etiske dilemmaer og værdier, modellerne er forbundet med. Det samme gælder efter Rådets opfattelse i forhold til den nu fremlagte rapport.

Rådet finder det nødvendigt, at rapporten udbygges med en nærmere analyse af de involverede etiske dilemmaer og værdier, hvis den skal fungere tilfredsstillende i forhold til en politisk stillingtagen til reguleringen på området.

Rådet kan ikke inden for den korte tidsfrist for aflevering af høringsvaret nå at udforme en samlet beskrivelse af de

nævnte værdier og dilemmaer. De følgende to forholdsvis kortfattede beskrivelser skal derfor kun betragtes som eksempler på den type af analyser, Rådet efterspørger.

Det første eksempel vedrører fosteranlæggets eller fosterets etiske status. På et rådsmøde i juni 2015 forholdt Det Ethiske Råd sig til en tidligere version af rapporten om gravide misbrugere. En af diskussionerne på mødet var, om det giver mening på den ene side at indskrænke den gravide kvindes frihed gennem tvangstilbageholdelse for at undgå skader på fosteret og samtidig på den anden side at opfordre til, at de praktiserende læger, jordemødre mv. skal være opmærksomme på at nævne muligheden for provokeret abort for de gravide misbrugere. Rummer det ikke en form for inkonsistens, at den gravide kvinde gerne må fjerne fosteret ved at få en provokeret abort, hvis hun kan tvangstilbageholdes i tilfælde af, at hun vælger at beholde det for at undgå skader? Eller anderledes udtrykt: Opfattes hensynet til fosteret – fosterets ”etiske status” – ikke forskelligt i de to situationer?

Under diskussionen blev det synspunkt, at der ikke nødvendigvis er tale om en inkonsistens, fremført fra flere sider. Tvangstilbageholdelsen kunne efter flere medlemmers mening begrundes ud fra hensynet til *det kommende barn*, som kan få sin livskvalitet drastisk nedsat, hvis det skades i foster-tilstanden af kvindens misbrug. Men når begrundelsen for tvangstilbageholdelsen er hensynet til det kommende barn, hænger denne diskussion ikke nødvendigvis sammen med problematikken om retten til fri abort. Det kritiske spørgsmål

er snarere, om man kan have pligter over for eller bør tage hensyn til fremtidige mennesker.

Andre medlemmer fremførte, at problematikken vedrører kvindens ansvarlighed. Det er kvindens ansvar at udvise det nødvendige ansvar for sit kommende barn - og det er ved at støtte hendes evner som mor, at man styrker fosterets muligheder for et sundt liv.

Et andet eksempel er, om og i givet fald hvornår, det er i den gravide kvindes egen interesse at blive tvangstilbageholdt. Som det fremgår af rapporten, åbner den eksisterende danske lovgivning op for, at gravide misbrugere på et givent tidspunkt (T1) kan give samtykke til at blive tilbageholdt på et senere tidspunkt (T2). På dette senere tidspunkt er der altså i en vis forstand tale om tvangstilbageholdelse, hvilket understreges af, at det er tilladt for personalet rent fysisk at forhindre, at kvinden forlader den institution, hvor hun opholder sig. Det diskuteres ikke i rapporten, om og i givet fald hvordan denne form for tilbageholdelse kan forsvares rent etisk.

Én mulighed er naturligvis at henvise til det kommende barns interesser. Men en anden og lige så oplagt mulighed er at henvise til den gravide misbrugers egne interesser. På tidspunktet T1 er hun måske udmærket klar over, at hun på tidspunktet T2 kan have svært ved at fastholde sin plan om at komme ud af sit misbrug, selv om det egentlig er det, hun ønsker. Netop derfor samtykker hun til tilbageholdelse på et senere tidspunkt. Hun vil gerne have barnet og ønsker at få

et barn, der ikke er skadet. Samtykket til tilbageholdelsen kan derfor siges at udtrykke hendes "egentlige vilje", som hun blot har brug for støtte til at gennemføre, når det bliver for svært at undvære alkohol eller stoffer. På den måde kan tilbageholdelsen siges at være i kvindens egen interesse, også selv om hun modsætter sig den.

Et andet spørgsmål er, hvordan man bedst kan begrunde tvangstilbageholdelse *uden* kvindens samtykke. Dette diskuteres heller ikke i rapporten. For nogle medlemmer er en mulighed igen primært at begrunde tvangstilbageholdelsen ud fra hensynet til det kommende barn. Men en anden mulighed er ifølge de samme medlemmer også her at forsøge at begrunde tilbageholdelsen ud fra hensynet til kvinden selv. Eftersom kvinden ønsker og vælger at få barnet, må det antages at være i hendes egen interesse, at hun føder et sundt barn. Det må også antages at være i hendes egen interesse, at hun er i stand til at tage vare på barnet efter fødslen, så det ikke tvangsfjernes og anbringes andetsteds.

Andre medlemmer mener ikke, at det er rimeligt at sammenligne tilbageholdelse uden samtykke med tilbageholdelse med tidligere samtykke under henvisning til, at begge er udtryk for kvindens egen interesse. For disse medlemmer er det derfor væsentligt at pege på argumenterne imod tvangstilbageholdelse uden forudgående samtykke. Her er flere argumenter, blandt andet:

- At det vil afholde nogle gravide misbrugere fra at kontakte læge eller jordemoder af frygt for risikoen for tvangstilbageholdelse. Disse kvinder vil ikke få den fornødne omsorg og behandling. I sidste ende vil muligheden for tvangstilbageholdelse efter model 3 måske derfor føre til flere skadede børn end til færre.
- At det udgør en markant krænkelse af den enkelte kvinde at tvangstilbageholde hende uden samtykke, fordi hun indtager stoffer og/eller alkohol, hvilket ikke er strafbart. Dette opvejes ikke af, at det kan være i både hendes egen og det kommende barns interesse at gøre det.
- At vi som samfund generelt skal være meget varsomme med at tilsidesætte den enkelte borgers selvbestemmelse og kropslige integritet, fordi det kan virke ind på vores menneskeopfattelse og hen ad vejen påvirke vores praksis i uønsket retning også i andre sammenhænge. Det er med andre ord hensigtsmæssigt, at vi kun helt undtagelsesvist tilsidesætter en persons ret til at bevæge sig frit omkring.
- Endelig kan man mene, at det taler imod tvangstilbageholdelse, at der ikke foreligger egentlig evidens for, at det gælder barn og moder. De norske undersøgelser, som rapporten henviser til, siger for det første ikke noget om, hvordan de børn, som ikke er i behandling, klarer sig sammenlignet med dem, der er. For det andet siger undersøgelserne ikke noget om, hvorvidt nogle undlader at søge behandling på grund af tvangen. Det er naturligvis også vanskeligt at undersøge. Og for det tredje kan resultaterne fra Norge ikke uden videre overføres til Danmark, fordi basistilbuddene i Norge ikke sammenlignes med tilbuddene i Danmark. Et fjerde problem er, at selv om nyfødtes vægt og størrelse er enkle mål, er de ikke nødvendigvis de mest afgørende fak-

torer i forhold til barnets tilstand. Alt i alt kan undersøgelserne derfor ikke bruges til at udelukke, at frivillighed i det lange løb er det mest effektive, hvis man ønsker at bedre sundheden for barn og mor. Omvendt må nævnes, at resultatet af undersøgelserne heller ikke taler imod brugen af tvang uden forudgående samtykke.

Selv om argumenterne kun er fremstillet i skitseform her, er det ikke desto mindre tydeligt, at der er tale om helt forskellige *typer* af argumenter. Det første argument er fx et argument med klart empiriske implikationer. Hvis det *ikke* er rigtigt, at gravide misbrugere faktisk undlader at opsøge læge eller jordemoder på grund af risikoen for en senere tvangstilbageholdelse uden samtykke, så kan det ikke bruges som argument imod at indføre model 3 i rapporten, som netop tillader tvangstilbageholdelse uden forudgående samtykke. Derimod er det andet argument uafhængigt af empiriske forhold, for det kan fortolkes sådan, at kvinden har *en ret* til selvbestemmelse og kropslig integritet, som i den givne situation ikke kan tilsidesættes, selv om det i nogle tilfælde ville kunne hævdes at være både i den pågældende kvindes egen og det kommende barns interesse at gøre det. Det er altså et rettighedsperspektiv, der står over for et konsekvensperspektiv.

De fremlagte etiske argumenter kunne uden problemer uddybes yderligere, ligesom det kun er to blandt flere mulige eksempler på etiske problemstillinger, der ikke beskrives i rapporten. Andre problemstillinger kunne fx være, hvilken rol-

le (om nogen) økonomiske overvejelser bør spille i forhold til problemstillingerne, om man ligefrem bør tilskynde gravide misbrugere til at få en provokeret abort, hvilken rolle hensynet til kvindens eksisterende familie eventuelt bør spille, og om det overhovedet giver mening at "sammenligne" det potentielle barns livskvalitet under de to alternative scenarier "skadet" og "sund" (og er der tale om "det samme barn").

En meget væsentlig problemstilling er desuden, hvordan overvejelser om den gravide kvindes beslutningshabilitet indgår i spørgsmålet om tvangsanvendelse. Normalt anses det for mindre problematisk at tilsidesætte en beslutningsinhabil persons ret til selvbestemmelse end en fuldt ud beslutningshabil persons tilsvarende ret. Men udgør manglende beslutningshabilitet implicit en af begrundelserne for, at det kan være legitimt at tilbageholde misbrugere både med og uden forudgående samtykke? Og hvis dette er tilfældet, er den forudgående aftale om tilbageholdelse så ikke under alle omstændigheder værdiløs?

Disse problemstillinger skal ikke behandles yderligere her, men det er forhåbentlig blevet klart, hvad det er for beskrivelser, Det Ethiske Råd finder fraværende i rapporten. Det fremgår forhåbentlig også, at de etiske beskrivelser ikke blot skal med som en slags appendiks til de tre modeller. De udgør tværtimod et udgangspunkt for at tage kvalificeret stilling til modellerne.

2. Overvejelser om gravide misbrugeres retssikkerhed

Efter Det Ethiske Råds opfattelse bør der være en vis proportionalitet mellem alvorligheden af de offentlige myndigheders muligheder for magtanvendelse og den retssikkerhed, de relevante borgere er omfattet af. I rapporten om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler er der i to tilfælde meget indgribende former for magtanvendelse i spil. Det gælder dels den allerede eksisterende mulighed for at tilbageholde misbrugere, som på et tidligere tidspunkt har samtykket til at blive tilbageholdt under særlige forudsætninger, herunder at udsigten til at ophøre med misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet – eller (ved alkoholmisbrug), at misbrugeren frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.¹ Derudover gælder det i forbindelse med forslaget om, at det også kunne være en mulighed at tilbageholde gravide misbrugere *uden* forudgående samtykke, hvis det vurderes, at den gravide kvindes misbrug frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.

I det sidstnævnte tilfælde nævnes det i rapporten som en mulighed, at: ”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” (side 124).

I betragtning af, at tvangstilbageholdelse i en længere periode må betragtes som et af de alvorligste indgreb, der overho-

¹ De præcise formuleringer fremgår af kapitel 6 i rapporten.

vedet kan komme på tale i dansk sammenhæng, finder Det Ethiske Råd ikke, at det ovenstående forslag angående kompetence til at træffe afgørelser yder den relevante gruppe af gravide misbrugere tilstrækkelig retsbeskyttelse. Rådet har derfor noteret sig, at arbejdsgruppen selv er opmærksom på, at tvangstilbageholdelse uden samtykke har en meget indgribende karakter, og 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 [tilbageholdelse med forudgående samtykke] og de parametre, der indgår heri. Der vil således være behov for yderligere, grundige juridiske afklaringer, hvis model 3 ville skulle indføres” (side 124).

Det Ethiske Råd mener, at det i givet fald bør undersøges, om der kan etableres en model, hvor kompetencen til at træffe afgørelser om tvangstilbageholdelse uden forudgående samtykke er knyttet til domstolene og foregår efter almindelige, retslige principper. En sådan model kunne eventuelt også anvendes i forbindelse med tvangstilbageholdelse med forudgående samtykke, både ved tilbageholdelse efter de eksisterende muligheder og ved en eventuel vedtagelse af de udvidede muligheder for tilbageholdelse efter forudgående samtykke, som beskrives i afsnit 8.2.2.

3. Rådets holdninger til de tre modeller i kapitel 8

I afsnit 8.2.1 foreslår arbejdsgruppen en ensretning af reglerne for tilbageholdelse af gravide misbrugere efter forudgående samtykke, så:

- 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. Efter de *eksisterende* regler er kommunerne kun forpligtede til dette i forbindelse med stofmisbrug, mens det er valgfrit ved alkoholmisbrug.
- At der tilføjes en passage til tilbageholdelseslovens § 5 om, at tilbageholdelse af en gravid stofmisbruger kan ske, når den gravide stofmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fosteret. For øjeblikket er det kun bestemmelserne i sundhedsloven om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere efter forudgående samtykke, der indeholder en sådan passage.

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd kan tilslutte sig disse ensretninger ud fra den betragtning, at det må antages, at en af begrundelserne for, at gravide misbrugere giver forudgående samtykke til tilbageholdelse, er hensynet til fosteret/det kommende barn. Kvinden har således udtrykt egen interesse i at føde et sundt barn. For nogle medlemmer er deres tilslutning til forslaget også betinget af, at de anser hensynet til fosteret for at være et selvstændigt, etisk hensyn. Under alle omstændigheder er det svært at se nogen begrundelse for, at reglerne på de to områder ikke skulle være identiske.

I afsnit 8.2.2 skitseres en model, hvor såvel den samlede kontraktperiode (som i dag er maksimalt 6 måneder), den maksimale sammenlagte periode, en gravid kvinde kan være tilbageholdt i kontraktperioden (som i dag er 2 måneder) og den maksimale sammenhængende periode en kvinde kan

være tilbageholdt (som i dag er 14 dage) udvides til længere perioder. For selve kontraktperioden kunne udvidelsen eventuelt være til hele graviditetsforløbet, men i modellen gøres der opmærksom på, at der er tale om en skalerbar ramme-model. Ligeledes gøres der opmærksom på, at markante udvidelser vil gøre det nødvendigt at overveje de retssikkerhedsmæssige aspekter og herunder fx kigge på mulighederne for at opsige kontrakten og klage over en given tilbageholdelse.

Nogle af Det Ethiske Råds medlemmer ser positivt på de nævnte muligheder for udvidelser under forudsætning af, at kvindens retssikkerhed styrkes proportionalt med de forøgede muligheder for frivillig tilbageholdelse. Medlemmerne begrundet blandt andet deres positive holdning til udvidelserne med de følgende overvejelser:

- Kvinden samtykker forudgående til tilbageholdelsen, der derfor som udgangspunkt må antages at være i hendes egen interesse. Hun har juridisk bistand i hele tilbageholdelsesperioden.
- Udvidelserne giver bedre mulighed for at undgå skader på fosteret.
- Mange gravide misbrugere har behov for støtte under hele graviditetsforløbet. Derfor er det velvalgt, at kontraktperioden kan omfatte hele graviditetsforløbet.

Nogle medlemmer i Rådet mener i øvrigt, at lovgivningen med fordel kunne udformes sådan, at den gravide kvinde selv er med til at fastlægge såvel kontraktlængden, den mak-

simale sammenlagte tilbageholdelsesperiode og den maksimale sammenhængende tilbageholdelsesperiode. Medlemmerne mener således ikke, at de mulige varigheder af disse perioder nødvendigvis skal være fuldstændig fastlåst i lovgivningen. Det skal fx således være muligt til en begyndelse at indgå en forholdsvis kortvarig kontrakt, som efterfølgende kan udvides mv. Medlemmerne mener, at en sådan form for fleksibilitet er i overensstemmelse med frivillighedsprincippet og af den grund kan bidrage til at understøtte kvindens motivation til at deltage.

I afsnit 8.2.3 skitseres en model med mulighed for tilbageholdelse uden samtykke, der i givet fald skal indføres i kombination med de to allerede nævnte tiltag, ensretning og udvidelse af de tre perioder. Modellen indebærer, at en gravid misbruger skal tilbageholdes i behandling, om nødvendigt i den resterende del af graviditeten, hvis det vurderes, at den gravides misbrug frembyder en nærliggende fare for at skade fosteret. Forud for tvangstilbageholdelsen skal kvinden tilbydes at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, jævnfør den forudgående beskrivelse af modellen i afsnit 8.2.2.

Et lille flertal af Det Ethiske Råds medlemmer er åbne over for at lovliggøre tvangstilbageholdelse uden forudgående samtykke under forudsætning af, at dette sker som en absolut sidste udvej, efter at der er brugt tilstrækkelige ressourcer – såvel menneskelige som økonomiske - på at finde mindre indgribende måder at forhindre skader på fosteret på. Gene-

rel ressourceknaphed i systemet bør således ikke være den egentlige begrundelse for, at det er nødvendigt at tvangstilbageholde kvinden. Anvendelse af tvang bør ikke blive en "let" løsning. Derfor kunne et relevant krav være, at tvangstilbageholdelsens berettigelse altid efterfølgende skal vurderes.

En yderligere forudsætning er – som tidligere nævnt – at kvindens retssikkerhed styrkes proportionalt med de forøgede muligheder for tilbageholdelse, idet tilbageholdelse *uden* forudgående samtykke alt andet lige må anses for mere indgribende end tvangstilbageholdelse *med* forudgående samtykke. De medlemmer, der er åbne overfor at tillade tilbageholdelse uden forudgående samtykke, begrundet blandt andet dette med de følgende argumenter:

- Muligheden for tvangstilbageholdelse uden samtykke må vurderes på baggrund af de realistiske konsekvenser af *ikke* at tilbageholde den gravide kvinde med et behandlingskrævende misbrug i behandling. Et af de mulige og realistiske scenarier er her – da der netop er tale om en meget belastet gruppe af misbrugere, som ikke ellers kan fastholdes i et behandlingsforløb – at barnet fødes med skader som følge af misbruget og/eller tvangsfjernes efter fødslen, fordi kvinden stadig er misbruger og ikke kan varetage omsorgen for barnet. Set i dette perspektiv er tvangstilbageholdelse uden samtykke i nogle tilfælde det mest attraktive alternativ for kvinden selv. At få tvangsfjernet sit barn udgør næppe et mindre krænkende indgreb i kvindens frihed end at blive tilbageholdt i behandling, selv om der naturligvis er tale om to

forskellige typer af indgreb. Desuden må det antages, at kvinden ønsker at føde et sundt barn, ikke et skadet barn.

- Hensynet til det kommende barns livsmuligheder udgør et selvstændigt etisk hensyn. Hvorledes dette hensyn skal afvejes i forhold til hensynet til kvinden, kan være svært at opstille præcise retningslinjer for. Men som beskrevet er der et vist overlap mellem de to hensyn, da kvinden må forventes at ønske sig et sundt barn.

De medlemmer af Det Etiske Råd, som er åbne overfor at tillade tilbageholdelse uden forudgående samtykke, er opmærksomme på, at lovliggørelsen måske kan medføre, at gravide kvinder med et misbrug helt undlader at søge hjælp i sundheds- og socialvæsenet på grund af risikoen for tvangstilbageholdelse. Efter disse medlemmers opfattelse må dette aspekt inddrages i vurderingen af modellen og kan udgøre en begrundelse for at være imod lovliggørelse af modellen med tvangstilbageholdelse uden samtykke.

Et stort mindretal af Det Etisk Råds medlemmer afviser helt tvangstilbageholdelse uden forudgående samtykke med henvisning til, at kvindens egen beslutning om indgang i eller afvisning af behandling skal respekteres. Medlemmerne peger på, at der skal være en tidlig kontakt til familieambulatorier og passende social- og sundhedsfaglige døgntilbud - eventuelt i en struktur, hvor såvel små som store kommuner kan spille sammen med familieambulatorierne om behandlingstilbud. Medlemmerne finder det ikke godtgjort, at man vil kunne opnå samlet set bedre resultater ved tvangsbehandling, end man kan opnå ved motiverende tilgang og tilstrækkeligt vel-

understøttede tilbud om behandling - eventuelt under støtte fra indgåelse af kontrakter om frivillig tilbageholdelse for en aftalt periode - for eksempel graviditetens varighed. Til grund for denne vurdering ligger ligeledes risikoen for, at muligheden for tvangstilbageholdelse uden forudgående samtykke kan få nogle misbrugere til helt at undlade at søge hjælp i sundheds- og socialvæsenet.

Mindretallet fremhæver, at det vil være et første skridt ind på en bane, der fratager kvinder retten over egen krop i forbindelse med graviditet.

Med venlig hilsen og på vegne af Det Ethiske Råd



Jacob Birkler
formand for Det Ethiske Råd



Social- og Indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialraadgiverne.dk · www.socialraadgiverne.dk · CVR DK 6335 6018

Hørings svar: Afrapportering fra arbejdsgruppen om gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler

Dansk Socialrådgiverforening (DS) takker for muligheden for at afgive høringssvar på afrapporteringen fra arbejdsgruppen om gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler. DS sætter pris på arbejdsgruppens omfattende og grundige arbejde med at komme med forslag til, hvordan man kan begrænse antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har haft et forbrug eller misbrug af stoffer eller alkohol under graviditeten. Arbejdsgruppens bidrag giver uden tvivl et kvalificeret input til videreudviklingen af fremtidige indsatser på området.

DS har følgende generelle kommentarer til arbejdsgruppens arbejde:

Der har i lang tid været brug for en tydeliggørelse af de forskellige handlemuligheder, der eksisterer overfor målgruppen. Arbejdsgruppens forslag til forskellige fokusområder i den fremtidige indsats er med til at nedbryde målgruppens kompleksitet samt giver et godt overblik over mulige handlemuligheder, hvilket uden tvivl vil styrke indsatsen fremover.

DS er enige i, at dataindsamlingen og monitoreringen af området med fordel kan styrkes. Det vil være med til fremover at tydeliggøre de forskellige handlemuligheder, der er overfor de forskellige særlige målgrupper af gravide misbrugere. Indsatsen kan således tilpasses særlige målgrupper samt styrke den tværfaglige og tværsektorielle indsats, hvilket kun er en fordel.

DS har følgende specifikke kommentarer til arbejdsgruppens arbejde:

Forebyggelse og tidlig opsporing

DS bakker op om, at arbejdsgruppen understreger forebyggelse og tidlig indsats i deres forslag til fokusområder for den fremtidige indsats. Forebyggelse og tidlig indsats er altafgørende i forhold til at reducere antallet af børn, der fødes med skader som følge af moderens misbrug af alkohol eller stoffer.

DS er i den sammenhæng glade for, at arbejdsgruppen har medbragt målgrupperne *Alle kvinder i den fertile alder* samt *Kvinder i den fertile alder med misbrug af alkohol og/eller stoffer* i deres arbejde. En betydelig del af indsatsen handler om generel forebyggelse. Særligt indsatsen over for kvinder i den fertile alder med et misbrug er vigtig og DS er derfor glade for, at denne indsats understreges i arbejdsgruppens anbefalinger. DS håber meget, at denne del af arbejdsgruppens anbefalinger tages til efterret-



ning, så forebyggelsen af gravide med et misbrug styrkes i de eksisterende stof- og alkoholbehandlingstilbud fremover.

Herudover støtter DS op om arbejdsgruppens forslag om, 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. DS savner dog flere konkrete bud på, hvordan opsporingen konkret skal foregå samt hvordan rådgivningen til denne gruppe, der til tider ikke har erkendt misbrugets omfang og følger, skal foregå og kvalificeres.

En helhedsorienteret indsats

DS støtter op om arbejdsgruppens anbefaling om, at gravide kvinder med et misbrug har brug for en helhedsorienteret indsats, da de ofte har øvrige sociale problemer udover deres misbrug. Tages der ikke hånd om de sociale problemer sideløbende med kvindens misbrugsproblemer, kan de forværres som følge af kvindens situation og i værste fald spænde ben for samarbejdet om kvindens graviditet og fremtidige moderskab. Der er i praksis behov for et yderligere fokus på et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om denne målgruppe, som det også understreges af arbejdsgruppen. DS håber meget på, at denne anbefaling fra arbejdsgruppen tages til efterretning i det videre arbejde med at etablere og styrke fremtidige indsatser for denne målgruppe.

Frivillighed fremfor tvang

Arbejdsgruppens anbefalinger rummer en mulighed for brug af tvang overfor de mest belastede gravide misbrugere, hvilket svarer til ca. 10-15 kvinder årligt. DS vil gerne understrege, at frivillighedens vej *altid* er bedre end tvang, når der er tale om en sårbar målgruppe med komplekse problemer. Der er stor risiko for, at de, der kunne have brug for behandling i stedet bliver væk, holder deres misbrug skjult eller venter for længe med at søge om hjælp, hvis muligheden for tvangsbehandling er til stede.

Opsøgende arbejde, tillid, fortrolighed og relationsarbejde vil derfor *altid* være at foretrække og skal være afprøvet, før tvang overhovedet kan komme på tale. Der findes mange gode projekt- og praksiserfaringer, der viser, at professionelle sammen med gravide kvinder med et misbrug kan finde veje til et frivilligt, sammenhængende, brugerinddragende og succesfuldt graviditetsforløb, hvor såvel det ufødte barns som moderens sundhed og trivsel er i fokus – uden der bruges tvang.

DS vil samtidig understrege, at der allerede i dag er mulighed for at indgå kontrakter med gravide misbrugere om at indgå i behandlingsforløb med mulighed for tilbageholdelse. Arbejdsgruppen fremhæver også denne mulighed, men fremlægger, at muligheden stort set ikke er blevet brugt. DS vurderer, at en årsag til dette er mangel på ressourcer i kommunerne. Der er ingen tvivl om, at kommunerne kan have stærke økonomiske grunde til at tøve, fordi tvangstilbageholdelse kræver opbygning af institutionstilbud, der faktisk kan tilbageholde de pågældende vordende mødre. Det stiller krav til både indretning og bemanning. Sagt på en anden måde: det kræver dyr, langvarig døgnbehandling, og det hænger ikke på træerne i dag.



DS mener, at det er unødvendigt at skærpe muligheden for at bruge tvang overfor gravide misbrugere, da mulighederne for tilbageholdelse er tilstrækkelige i lovgivningen i dag. Man skal i stedet sikre, at kommunerne har tilstrækkelige ressourcer til at opbygge de institutionstilbud, der gør, at de rent faktisk kan benytte denne mulighed.

Herudover vil DS understrege, at der ved en eventuel tvangssituation overfor gravide misbrugere altid skal være ret til bistand samt mulighed for at klage over afgørelsen ved domstolene. DS er derfor glade for, at dette forhold nævnes i arbejdsgruppens afrapportering og opfordrer kraftigt til, at dette forhold tages med i den videre udvikling af området.

Tvang bør aldrig stå alene

En tvangsintervention er uhyre kompleks og en eventuel succes afhænger af mange forskellige aspekter. Forskningen viser, at mange elementer skal være til stede for at sikre et positivt udfald, som fx en kvalificeret udredning, et struktureret behandlingsindhold og en langsigtet og kvalificeret efterbehandling. Derudover er sociale netværksfaktorer som familie og selvhjælpsgrupper centrale faktorer (Forskning om tvang i misbrugsbehandlingen, SFI).

Herudover stiller en eventuel tvangssituation store krav til professionalismen omkring tvangsbehandlingen – både i beslutningen, selve tvangsansbringelsen, kvaliteten af opholdet under behandlingen, udskrivelsen samt efterbehandlingen. Tvangsbehandlingen kan medføre et negativt resultat, hvis nødvendige faktorer som fx høj kvalitet i behandlingen ikke er til stede (Forskning om tvang i misbrugsbehandlingen, SFI).

DS vil gerne understrege, at en eventuel brug af tvang aldrig skal stå alene. Ovenstående faktorer bør altid tænkes ind i et behandlingsforløb, der indeholder tvang. DS er derfor ærgerlige over, at disse øvrige aspekter omkring en tvangssituation ikke understreges i rapporten og vil kraftigt opfordre arbejdsgruppen til at tilføje en sådan passage, da det er et afgørende forhold for en eventuel kommende beslutning om muligheden for at anvende tvang overfor gravide misbrugere.

Ensretning af de eksisterende muligheder for tilbageholdelse

De tre modeller for tilbageholdelse af gravide misbrugere, der skitseres i rapporten, indebærer alle sammen en ensretning af sundhedslovens bestemmelser om behandling af gravide alkoholmisbrugere med mulighed for tilbageholdelse med tilbageholdelseslovens bestemmelser om behandling med mulighed for tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere. Dette bakker DS kraftigt op om. Det vil blandt andet sikre, at gravide kvinder med et alkoholmisbrug og stofmisbrug har samme krav om at få tilbud om at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Samtidig vil ensretningen sikre en sammenhæng mellem kommunens tilbud på tværs af målgruppen og medføre en forenkling af kommunens administration af området, hvilket DS kun kan bifalde.

Behov for bedre behandlingstilbud

DS mener, at de specialiserede behandlingstilbud til afhængige gravide misbrugere skal udbygges og kvalificeres, hvis den ønskede effekt om ska-



desreduktion skal opnås. Sådanne specialiserede behandlingstilbud skal, udover behandling af kvindens misbrug og skadesreduktion for fosteret, indeholde den samlede sociale situation for kvinden/familien (bolig, økonomi, job, forældreevne mv.). DS er glade for, at arbejdsgruppen også understreger, at et tilstrækkeligt udbud af kvalificerede tilbud til gravide kvinder med et misbrug er en forudsætning for, at kvinderne opsøger og får succes med deres behandling – samt at høj kvalitet i tilbuddene skal sikres. En præmis DS støtter fuldt ud.

Før en eventuel udvidelse af muligheden for at tilbageholde gravide kvinder uden samtykke indføres, er det derfor altafgørende, at der eksisterer relevante døgnbehandlingstilbud med de rette rammer og kompetencer til at imødekomme kvindernes behandlingsbehov, herunder at håndtere en eventuel tilbageholdelsessituation, således at den rette behandling opnås. Det er i dag ikke altid til stede, alle steder i landet. DS er derfor glade for, at arbejdsgruppen understreger dette som en præmis for en eventuel udvidelse af muligheden for at tilbageholde gravide kvinder uden samtykke. DS opfordrer kraftigt til, at denne præmis tages med i overvejelser om en udvidelse af muligheden for at tilbageholde gravide misbrugere.

Med venlig hilsen

Majbrit Berlau
Formand, Dansk Socialrådgiverforening



Bakken 3
DK-2600 Glostrup
Telefon: +45 45 11 75 00
Fax: +45 45 11 75 15
E-post: kontakt@dsfam.dk
www.dsfam.dk
Danske Bank: 1551-16814199
CVR: 32017134

29-09-2015

Social- og Indenrigsministeriet/
Sundheds- og Ældreministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Høringssvar

Idet vi takker for adgangen til at give høringssvar, fremsendes vedlagt selskabets bemærkninger til den tværministerielle arbejdsgruppes afrapportering om gravide kvinder med misbrug af rusmidler.

Selskabet vil gerne kvittere for en relativt afbalanceret rapport, der afholder sig fra meget bastante anbefalinger. Imidlertid nævnes muligheden for tvangstilbageholdelse efter norsk forbillede. Det anføres ganske vist, at denne model kun retter sig mod en meget lille gruppe gravide, men i virkelighedens verden kan det blive nok så svært at afgrænse denne gruppe. Der er med andre ord risiko for, at man for at indfange de hårdst belastede, er nødt til at kaste nettet ud over et meget større antal kvinder end den egentlige målgruppe.

Tankerne om tvangsbehandling lanceres primært som en intervention, der skal forebygge *føtalt alkoholsyndrom* (FAS). Ser man imidlertid på tabel 2 (side 28) synes FAS at være et aftagende problem, og man er helt nede på et enkelt tilfælde i 2010.

Indførelse af muligheden for tvangstilbageholdelse med etablering af døgnbehandlingsinstitutioner vil være en meget kostbar foranstaltning i forhold til et ret begrænset problem, og da en evt. nyttevirkning er tvivlsom, og da muligheden for at en del kvinder vil afvise hjælp af frygt for at blive tvangstilbageholdt, og da der er en etisk og juridisk begrundet betænkelighed ved at gøre det ufødte barn til et selvstændigt juridisk subjekt, skal selskabet advare mod indførelsen af tvangsforanstaltninger.

Venlig hilsen



Thomas Fuglsang
formand

GADEJURISTEN

Værnedamsvej 7A, 1. • DK-1819 Frederiksberg C • SE nr. 25 04 84 82 • cgo@gadejuristen.dk • www.gadejuristen.dk

Social- og Indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
chc@sim.dk

D. 29. september 2015

Høringssvar, afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med rusmiddelproblemer.

Gadejuristen takker for invitationen til her at fremkomme med bemærkninger ift. afrapportering fra den tværministerielle arbejdsgruppe vedrørende gravide med rusmiddelproblemer. Vi takker også for at have været indbudt til to dialogmøder under processen.

Det følgende er udarbejdet på baggrund af Gadejuristens mangeårige kontakt med et efterhånden større antal gravide samt forældre med stofferfaring (500+) repræsenterende dog primært den del af den specifikke målgruppe som har eller tidligere har haft stofbrug og ikke det mere skadelige i relation til graviditet rusmiddel, alkohol.

Den offentlige debat om dette tema er jo tilbagevendende og kører nu igen i disse uger på højtryk. En debat, der er svært følelsesladet, alt for ofte rigeligt usaglig og videnstom, og hvor dem det handler om, dem der ønskes nået af indsatsen, de udsatte (evt. kommende) gravide med aktuel eller historisk rusmiddelerfaring, høres mindst af alle. De dukker sig. De krymper. De fyldes af skam og går endnu længere under radaren end allerede. Man oplever sig omtalt, men på måder man ikke genkender. Man hører, senest d.d. på DR2, at der er etableret gode, forebyggende hjælpetiltag såsom familieambulatorier, mens man kender et sådant indefra, og bestemt ikke oplever sig hjulpet. Man hører, at der gælder en såkaldt "stofbehandlingsgaranti", og at kommunerne efter gældende vejledning "bør" have behandlingstilbud til gravide samt familiebehandlingstilbud, men oplever noget ganske andet i praksis. Man oplever debatten sådan, at man anses tilhørende en gruppe mennesker, som nogle vil udsætte for tvangstilbageholdelse og indespærring gennem graviditeten, mens man fx selv har fået afslag på den intensive familiebehandling i døgnregi, som man ganske frivilligt søgte allerede i starten af graviditeten, eller man blev givet et langt ringere tilbud, uden skyggen af fokus på graviditet og det kommende forældreskab, hvor visitationen tilmed blev betinget af, at man "frivilligt" indgik kontrakt om tvangstilbageholdelse. Man hører, at den ene efter den anden "står på det ufødte barns side", altså på side med det foster man bærer, og ikke på den gravides side, og forstår ganske enkelt ikke, at dette overhovedet skulle kunne lade sig gøre. Man længes efter at blive set, dvs. opleve sig synlig og faktisk få den hjælp man har brug for.

I Gadejuristen står vi på den gravides side, og dermed også så tæt på fosteret som det overhovedet er praktisk muligt. At man vælger at stå der indebærer nemlig ikke, at man vælger fosteret eller det kommende barn fra. Tværtimod. Når vi kommer i kontakt med en ny gravid, smider vi alt, vi har i

hænderne. Dag, aften, nat og weekend om nødvendigt. Vi lytter, betrygger alt det vi kan, og vi går gerne med hele vejen, om kvinden beslutter at få en abort eller at gennemføre graviditeten. Hurtigst muligt kontaktes det etablerede system. Det sker typisk i løbet af højst få dage. Det har derfor heller aldrig været nødvendigt at underrette myndighederne. Det gør kvinderne så at sige selv. Men de er alle som én bange for mødet med det offentlige. De er bange for ikke at blive set, som de er og oplever sig selv, at deres udviklingsvilje og -potentiale ikke bliver set. De er bange for at blive ringeagtet og fordømt. De er fulde af skam. De har enten selv kedelige erfaringer med det etablerede hjælpeapparat i forbindelse med tidligere graviditet, eller har veninder der har kedelige erfaringer. Det etablerede hjælpeapparat desangående har så at sige et stort udviklingspotentiale, visse steder mere end andre.

Vi har ikke i et eneste tilfælde over mere end 16 år oplevet, at det redskab vi stod og manglede var en fuldbyrdet tvangsindsats. Det har simpelthen ikke været nødvendigt. Kvinderne, som i øvrigt er lige så forskellige som vi andre, har alle ønsket hjælp og i alt for mange tilfælde ønsket en del mere hjælp og støtte end det er blevet dem tildelt. Dette i forhold til løsning af boligproblemer, økonomiske problemer, behov for familieorienteret behandling og evt. terapi osv. Men for så vidt angår kvinderne selv, og deres engagement i at sadle om, søge og få diverse hjælp, går det generelt ganske godt. Ofte pga. ressourcer hos dem selv og sjældnere som følge af den indsats de tilbydes. Vi har aldrig, hverken på gaden eller andre steder, vurderet i konkrete tilfælde, at det var mere tvang vi stod og skulle bruge som redskab. Det er noget ganske andet, der savnes, og man kunne ønske, at rapporten havde en del mere fokus på manglerne ift. bl.a. følgende punkter:

- At sikre gravide retskrav på intensive, kvalificerede familiebehandlingstilbud, også for evt. barnefar og eventuelle øvrige børn. Familieambulatorierne, som man politisk har opprioriteret så massivt særligt fra 2011 og frem, er ikke et sådant behandlingstilbud. Alligevel har vi i den samme periode kun set afvikling eller kraftig nedjustering af både specialiserede ambulante kommunale familiebehandlingsindsatser samt afvikling af de få familiedøgnbehandlingsinstitutioner der var.
- Smidig håndtering af boligproblemer, økonomiske problemer, fx også udvidet adgang til gældsrådgivning, gældssanering eller gældseftergivelse, retskrav på psykologforløb
- Politisk engagement i og mod på at gå nye, attraktive veje i form af anerkendelse og belønning (contingency management).¹
- Oplysningsmateriale som betrygger og når ud til de forskellige målgrupper fsva. hvad der venter den gravide i det etablerede system.
- En offentlig / politisk debat som man, ikke mindst målgruppen, kan genkende sig selv i.

Tvangstilbageholdelse, og den frihedsberøvelse dette indebærer, er indiskutabelt en særdeles indgribende foranstaltning. Det kræver altid gode grunde. Den grund der hyppigst angives fra politisk side, er, at man herved "stiller sig på det ufødte barns side" og altså ikke på den gravides. Men den side findes ikke. "Det ufødte barn" findes ikke. Der findes fostre og der findes børn, fødte børn. Fostre har efter dansk ret ikke personrettigheder, det har sidstnævnte. Man kan naturligvis have det standpunkt, at fostre skal tildeles personrettigheder, og at disse skal have hovedvægt, men det kan ikke gøres alene på dette felt. I hvert fald må man samtidig tage stilling til, om tvangstilbageholdelse også skal gælde eksempelvis overvægtige gravide, i det overvægt udgør en risiko for et foster. Og hvad med tobaksrygende gravide? Hvad med gravide der ikke passer deres behandling for sukkersyge optimalt? Og hvad med abort og senabort? Det er en glidebane, og det må man som minimum erkende, når man positionerer sig på "det ufødte barns side".

¹ Mere herom professor Mads Uffe Pedersen, <http://www.stofbladet.dk/6storage/586/51/stof13.32-35.pdf>

Debatten er svær af mange grunde. Ikke mindst fordi det er ubærligt, når der kommer rusmiddelskadede børn til verden. Her er vi alle enige. Vi vil alle de små det allerbedste. Men med det faktum i mente, at der allerede fødes, og gennem mange år er blevet født et ganske stort antal børn af gravide med rusmiddelproblembrug som imidlertid ikke har haft kontakt med behandlingssystemet under graviditeten, står det klart, at det etablerede hjælpeapparat allerede har et rigeligt stort imageproblem.

At dette alvorlige imageproblem findes ved vi fra vores daglige praksis i Gadejuristen. Mere væsentligt er dog naturligvis de foreliggende data. Af lidt ældre dato findes en opgørelse udarbejdet af Embedslægerne for København, omfattende dog alene stof, og ikke alkohol. Fra 1996-2001 fødtes 518 børn som ifølge Landspatientregisteret fik diagnosen *stofabstinenser*. Heraf var næsten halvdelen (243) født af mødre som var ukendte i behandlingssystemet. Familieambulatorierne er markant oprustet, ikke mindst økonomisk, med i omegnen af 150 mio. kr. fra 2011 og frem. Alligevel er datamaterialet fra familieambulatoriernes virke som bekendt af så ringe kvalitet, at COWI, evaluator, konstaterer, at det end ikke er muligt at konkludere fsva. effekten af familieambulatoriernes virke.² Dette er svært bekymrende i sig selv. Men på baggrund af et estimat udarbejdet af professor ved Center for Rusmiddelforskning, Mads Uffe Pedersen, vurderes det, at der årligt fødes ca. 3.500 børn af kvinder med rusmiddelproblembrug (ca. 2.500-3.000 relateret til alkohol og en mindre andel er således stofrelateret). Heroverfor står, at det for 2014 er angivet, at familieambulatorierne kun fik kontakt med 790 gravide, svarende til end ikke en fjerdedel af estimatet. Men det står endnu værre til. For disse 790 indbefatter også gravide, der tidligere har haft rusmiddelproblembrug, men ikke under graviditeten, og fostrene har således ikke været eksponeret for rusmidler. Det er dog ikke oplyst, hvor stor en andel denne gruppe udgør af de 790. Dette i øvrigt selv om der i en række foreløbige svar fra socialministeren er givet løfte om, at nærværende rapport ville give svar på dette såvel som også på mange andre stillede spørgsmål. De mange stillede spørgsmål fra Folketinget forekommer fortsat ubesvaret.

Konstateres må det, at der stadig er meget lang vej til mål. Der er et alvorligt imageproblem, eller kontaktproblem om man vil, hos det etablerede hjælpeapparat. Øget tvang kan alene forventes at ville forværre situationen. Med det vi gør, risikerer vi at få mere af det vi siger, vi ellers vil have mindre af. Vi kan komme til at fremme det stik modsatte af hensigten. Det skal understreges, at der her ikke er hjælp at hente i det norske. Nordmændene har ingen tal som de ovenfor anførte fra før indførelsen af den norske tvangsmodel. Der er dermed ingen norsk viden om omfanget af gravide med rusmiddelproblembrug, som går under radaren af fx frygt for at blive tvangstilbageholdt, hvis de søger hjælp.

Dette er alvorligt og sat på spidsen må man spørge sig selv, om man ønsker at se færrest muligt skadede børn eller om man vil se flere end nødvendigt? Man må gøre op med sig selv, om man finder det tilstrækkeligt at have "gode intentioner" ift. at positionere sig på fosterets side og her fremme tvangstilbageholdelse af gravide under hele graviditeten, uanset at det vil være egnet til at fremme det stik modsatte af hensigten og nemlig indebære, at behandlingssystemet vil lykkes med at få kontakt med endnu færre gravide med behandlingsbehov end hidtil. Eller om man vil lade sig optage af at sikre det bedst mulige udkomme, fordi flest muligt med behandlingsbehov, uden at skulle frygte tvangstilbageholdelse, fatter mod til at søge behandlingssystemet og at gøre det i tide.

Vi har som nævnt aldrig selv befundet os i konkrete situationer, hvor vi har fundet at tvangsredskaber var nødvendige eller løsningen. Og vi har noteret os, at de forenede aktuelle ledere

² COWI, Evaluering af etableringen af familieambulatorier. Slutevaluering. Marts 2015 (p. 59):

https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/graviditet/familieambulatorier/~/_media/EF2A0FCD71014488BBBCCCE57A6550AA6.ashx

af de fem familieambulatorier heller ikke anser dette som en brugbar vej at gå, ligesom ingen af deltagerne i dialogmøderne i ministeriet har været tilhængere heraf. Fagmiljøet siger nej. Og at en enkelt tidligere fagperson på området, læge May Olofsson, dd. på DR2 svarer bekræftende på, at man fuldstændig vil kunne eliminere, at børn fødes med abstinenser, må vi på det kraftigste henstille til, at man enten blot ser bort fra dette eller sørger for at kunne dokumentere påstanden. Det er, jf. også ovenfor, udtryk for en svært usaglig tilgang til dette alvorlige emne.

Den chance, den mulighed der er, er at formå at etablere attraktive, nyttige, anerkendende, kvalificerede og helhedsorienterede behandlings- og støttetilbud. Det har vi vist længe, det bekymrende er, at det ikke sker, mens denne ødelæggende debat blot står på år efter år.

Med venlig hilsen

Gadejuristen

Nanna W. Gotfredsen og Charlotte Olsen

Mobil: 26 79 1969

nwg@gadejuristen.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Social- og Integrationsministeriet
chc@sim.dk

WILDERS PLADS 8K
1403 KØBENHAVN K
PHONE 3269 8888
DIRECT 32698979
CELL 32698979
EMKI@HUMANRIGHTS.DK
MENNESKERET.DK

J. NO. 540.10/32157/EMKI/AHK

HØRING OVER AFRAPPORTERING FRA ARBEJDSGRUPPE OM GRAVIDE MED ET MISBRUG AF RUSMIDLER

29. SEPTEMBER 2015

Social- og Integrationsministeriet har ved e-mail af 15. september 2015 anmodet om Institut for Menneskerettigheders eventuelle bemærkninger til afrapportering fra den tværministerielle arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler.

Institut for Menneskerettigheder skal indledningsvist bemærke, at arbejdsgruppens afrapportering ikke indeholder et udkast til lovgivning. Derfor er det heller ikke muligt at foretage en fuldstændig afklaring af eventuelle menneskeretlige problemstillinger forbundet med at indføre et specifikt regelsæt. I det følgende tages derfor udgangspunkt i generelle menneskeretlige betragtninger ved anvendelse af tvangstilbageholdelse, med eller uden samtykke, af gravide kvinder med det formål at varetage forstrets interesser, samt bemærkninger til arbejdsgruppens afrapportering, herunder arbejdsgruppens kommissorium.

Institut for Menneskerettigheder har følgende bemærkninger:

MENNESKERETTEN

Tilbageholdelse uden samtykke betragtes i menneskeretten som frihedsberøvelse og udgør et indgreb i retten til personlig frihed. Den personlige frihed er blandt andet omfattet af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) artikel 5, FN's konvention om borgerlige og politiske rettigheder artikel 9 og EU's Charter for Grundlæggende Rettigheder artikel 6.

EMRK artikel 5 forudsætter, at der kun lovligt kan ske frihedsberøvelse, når frihedsberøvelsen sker i medfør af lov og er omfattet af en af de frihedsberøvelsesgrunde, som er oplistet i artikel 5. Oplistingen af

lovlige frihedsberøvelsesgrunde er udtømmende og skal efter Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols (EMD) praksis generelt fortolkes indskrænkende.¹ Det fremgår af artikel 5, at frihedsberøvelse af personer for at hindre spredning af smitsomme sygdomme og af personer, der er sindssyge, alkoholikere, narkomaner eller vagabonder, er en lovlig frihedsberøvelsesgrund, jf. artikel 5, stk. 1, litra e.

EMD har udtalt, at de persongrupper, der er nævnt i artikel 5, stk. 1, litra e, har det til fælles, at der er tale om personer, der kan frihedsberøves enten med henblik på at give den pågældende en medicinsk behandling eller ud fra socialpolitiske overvejelser eller ud fra både medicinske og sociale grunde. Frihedsberøvelse er derfor mulig ikke alene som følge af, at vedkommende udgør en fare for den offentlige sikkerhed, men skal tillige ske af hensyn til vedkommende selv.² Efter EMD's praksis skal en frihedsberøvelse der sker af disse hensyn for at kunne anses for "lovlig" tillige være nødvendig og proportional.³

Der foreligger ikke praksis fra EMD vedrørende frihedsberøvelse af stofafhængige, ligesom der ikke foreligger praksis fra EMD vedrørende frihedsberøvelse af gravide kvinder af hensyn til fostret.

Seksuelle og reproduktive menneskerettigheder har gennem længere tid været genstand for øget opmærksomhed. Det gælder også i EMD's praksis, hvor spørgsmålet om rækkevidden af sådanne rettigheder primært har været behandlet under konventionens artikel 8 om retten til respekt for privatliv og familieliv. I spørgsmål om reproduktive rettigheder i relation til omdiskuterede emner som eksempelvis rækkevidden af kvinders adgang til abort, der deler medlemsstaterne til EMRK, har EMD haft en tilbageholdende tilgang. Efter EMD's praksis udgør abort ikke en krænkelse af retten til liv for fostret, men EMD vil ikke afvise at et foster under visse omstændigheder vil kunne være omfattet af EMRK.⁴ Det er domstolens opfattelse, at hver enkelt stat må finde en passende balance mellem nødvendigheden af at beskytte et foster over for kvindens interesser.⁵ EMD anerkender således

¹ Se bl.a. EMD, dom af 6. april 2000, Labita mod Italien, appl.nr.: 26772/95.

² EMD, dom af 4. april 2000, Witold Litwa mod Polen, appl.nr.: 26629/95.

³ Se bl.a. EMD, dom af 25. januar 2005, Enhorn mod Sverige, appl.nr.: 56529/00.

⁴ EMD, dom af 19. maj 1992, Hercz mod Norge, appl.nr.: 17004/90.

⁵ Se bl.a. EMD, 19. maj 1992, Hercz mod Norge, 1992, appl.nr.: 17004/90.

beskyttelsen af fostre som et legitimt og efter omstændigheder tungtvejende hensyn. Kvinder har ikke efter EMRK en generel ret til abort, men tillader staten abort skal kvinder have en reel mulighed for at kunne benytte sig heraf.⁶

Patienters rettigheder, herunder tvangsmæssig tilbageholdelse på en omsorgsinstitution, har primært været behandlet under EMRK artikel 8 som et indgreb i privatlivet og den personlige integritet.

Udgangspunktet er, at tilbageholdelse på en sådan institution alene er tilladeligt med samtykke. Spørgsmålet har været behandlet i forbindelse med sager vedrørende tvangstilbageholdelse af personer med psykisk sygdom af hensyn til den pågældende selv.

Spørgsmålet om tvangstilbageholdelse, der tillige skete af hensyn til andres interesser og rettigheder, har dog været behandlet i forhold til artikel 5 (frihedsberøvelse) i forhold til en person, der var smittet med en smitsom sygdom.

I relation til sager vedrørende tvangstilbageholdelse af personer med psykisk sygdom har EMD opstillet en række kriterier for, hvornår dette kan anses for et tilladt indgreb i retten til privatliv. Herefter efterprøver domstolen graden af den psykiske sygdom (mulighed for at afgive samtykke), om den psykiske sygdom er af en sådan karakter, at tvangsmæssig tilbageholdelse er nødvendig, samt at tilbageholdelsen ikke udstrækkes i længere tid end disse forhold fortsat er gældende.⁷

I relation til spørgsmålet om tilbageholdelse (frihedsberøvelse) af en person, der var smittet med en smitsom sygdom har EMD opstillet en række lignende kriterier. EMD efterprøvede i sagen, at der var tilstrækkeligt grundlag for at antage, at den pågældende var smittet, at den smitsomme sygdom havde en sådan karakter, at tvangsmæssig tilbageholdelse var nødvendig, at tilbageholdelsen ikke udstrækkes i længere tid end disse forhold fortsat er gældende, at den pågældende blev tilbageholdt på en passende sundhedsinstitution, samt at tilbageholdelsen var nødvendig under de givne omstændigheder, og at der ikke var andre, mindre indgribende, tilgængelige midler, der kunne sikre varetagelsen af hensynet til individets og samfundets interesser.⁸

Der er ikke på baggrund af EMD's praksis grundlag for at antage, at frihedsberøvelse af gravide stof- eller alkoholafhængige af hensyn til

⁶ EMD, dom af 20. Marts 2007, Tysiac mod Polen, appl.nr.: 5410/03.

⁷ Se bl.a. EMD, dom af 24. oktober 1979, Winterwerp mod Holland, appl.nr.: 6301/73.

⁸ EMD, dom af 25. Januar 2005, Enhorn mod Sverige, appl.nr.: 56529/00.

fostrets sundhed i sig selv vil blive anset som en krænkelse af EMRK artikel 5, forudsat, at lovgivningen herom i øvrigt måtte opfylde betingelserne, herunder adgang til domstolsprøvelse. Der er heller ikke grundlag for at antage, at tvangsmæssig tilbageholdelse af gravide stof- eller alkoholafhængige af hensyn til fostrets sundhed i sig selv vil blive anset som en krænkelse af EMRK artikel 8 om retten til privatliv. EMD vil dog efterprøve, at der er sket en passende afvejning af de modstridende hensyn i konkrete sager og det må formodes, at der vil blive lagt vægt på kriterier svarende til de ovennævnte ved en sådan afvejning.

Retten til den højest opnåelige standard af fysisk og mental sundhed er omfattet af en række internationale menneskerettighedskonventioner, blandt andet FN's konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder (ØSKR) artikel 12. Det er fast antaget, at retten til sundhed tillige omfatter seksuelle og reproduktive rettigheder. FN's komité for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder (ØSKR-komitéen), der overvåger staternes implementering af ØSKR har i sin generelle kommentar om retten til sundhed, fremhævet, at retten til sundhed blandt andet omfatter friheden til kontrol over egen sundhed og krop, herunder seksuelle og reproduktive friheder.⁹ Seksuelle og reproduktive rettigheder har tillige været behandlet i en lang række ikke juridisk bindende, politiske aftaler.

Der findes så vidt ses kun ganske få steder, hvor spørgsmål om forholdet mellem kvinders reproduktive rettigheder over for beskyttelse af fostre har været behandlet. FN's særlige rapportør på retten til sundhed har i sin rapport til FN's Menneskerettighedsråd i 2009 udtrykt bekymring over situationer, hvor gravide kvinder nægtes samtykke i sundhedsforløb på baggrund af hensyn til forstret og anbefaler, at situationer, der kan indeholde konflikt mellem hensynet til den gravide og fostret bør udnytte det fulde potentiale af passende rådgivning, behandling og støtte (proper counselling and comprehensive support services), herunder kvindens netværk, med henblik på at undgå restriktioner i kvindens selvbestemmelsesret samt potentielle skader på barnet.¹⁰

⁹ FN's komité for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder, Generel kommentar nr. 14, pkt. 8.

¹⁰ FN's Særlige Rapportør på retten til sundhed, Anand Grover, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2009, A/64/272, pkt. 54 og 60.

ARBEJDSGRUPPENS AFRAPPORTERING

Institut for Menneskerettigheder skal indledningsvis henlede opmærksomheden på arbejdsgruppens kommissorium.

Af arbejdsgruppens kommissorium fremgår blandt andet: "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."

Det er således forudsat i kommissoriet, at arbejdsgruppens beslutningsoplæg med forskellige modeller skal indeholde mulighed for tilbageholdelse uden samtykke, når mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige. Efter Institut for Menneskerettigheders opfattelse bør arbejdsgruppens afrapportering således ikke tages til indtægt for, at arbejdsgruppen anbefaler, at der indføres mulighed for tilbageholdelse uden samtykke.

Det fremgår endvidere af arbejdsgruppens kommissorium, at der forud for nedsættelsen af arbejdsgruppen er gennemført en kortlægning af forskning i tvang i misbrugsbehandlingen af SFI Campell. Det fremgår, at denne kortlægning særligt er gået i dybden med erfaringerne fra Sverige og Norge, hvor der er mulighed for tvangsmæssig tilbageholdelse uden samtykke, samt at der ikke kunne konkluderes entydig på effekterne af tvang i misbrugsbehandlingen. Det fremgår endvidere af kommissoriet, at erfaringerne fra Norge peger på, at tvangstilbageholdelse af gravide kan være et supplerende redskab til beskyttelse af fostret.

KORTLÆGNING AF DEN NUVÆRENDE INDSATS

Ifølge arbejdsgruppens kommissorium har arbejdsgruppen tillige haft til opgave at kortlægge og analysere den nuværende indsats.

Arbejdsgruppens kortlægning peger på en række områder, hvor den nuværende indsats kan styrkes. Institut for Menneskerettigheder hæfter sig særligt ved, at der ifølge kortlægningen er mangel på specialiserede døgnbehandlingstilbud, som den gruppe der 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, kan have gavn af.

Institut for Menneskerettigheder bemærker endvidere, at arbejdsgruppen ikke mener, at de nuværende døgnbehandlingstilbud

vil kunne benyttes såfremt der etableres mulighed for tvangsmæssig tilbageholdelse uden samtykke. Arbejdsgruppen understreger, at der i så fald 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 kvindens kontakt med eventuelle børn, barnefaderen og øvrig familie igennem behandlingsforløbet.

Instituttet skal påpege, at selvom der må stilles særlige krav til behandlingens kvalitet og institutionens rammer såfremt gravide kvinder skal kunne tilbageholdes uden samtykke, bør etableringen af specialiserede tilbud, der kan imødekomme hensyn til den faglige behandling og til kvindens kontakt med eventuelle børn, barnefaderen og øvrig familie igennem behandlingsforløbet, ikke afhænge af, om der indføres øgede muligheder for tvangsmæssig tilbageholdelse eller ej. Det skal endvidere bemærkes, at det ved arbejdsgruppens kortlægning af erfaringerne fra Norge, særligt behandlingstilbuddet "Borgestadklinikken", synes at være tale om et højt specialiseret døgnbehandlingstilbud, der gør en sammenligning med de danske døgnbehandlingstilbud vanskelig.

MODELLER FOR TVANGSMÆSSIG TILBAGEHOLDELSE

Det fremgår af arbejdsgruppens afrapportering, at arbejdsgruppen skønner, at der er omkring 10-15 gravide kvinder årligt, der 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. Ifølge arbejdsgruppen er det denne gruppe som vil kunne udgøre målgruppen for en eventuel styrket mulighed for anvendelse af tvangsmæssig tilbageholdelse.

Arbejdsgruppen præsenterer 3 forskellige muligheder for at udvide adgangen til tvangsmæssig tilbageholdelse, hvoraf de to første modeller forudsætter den gravide kvindes forudgående samtykke til tilbageholdelsen, mens den tredje model adskiller sig ved at indebære mulighed for tilbageholdelse uden samtykke.

De to første modeller baserer sig på den nuværende adgang til at tilbageholde gravide, såfremt der forud er afgivet samtykke til tilbageholdelse. De indebærer en ensretning og præcisering af de nuværende regler, således at der ved alkoholbehandling gives samme muligheder for tilbageholdelse mod forudgående samtykke som i dag eksisterer i forhold til stofafhængige gravide. For den anden models vedkommende indebærer denne mulighed for en mere indgribende grad af tilbageholdelse end det er tilfældet i dag. For denne model anfører arbejdsgruppen, at der knytter sig en række både faglige og

retssikkerhedsmæssige overvejelser som bør indgå i et eventuelt videre arbejde hermed.

Den tredje model adskiller sig som nævnt væsentligt ved at indebære mulighed for tilbageholdelse uden samtykke. Institut for Menneskerettigheder hæfter sig ved, at arbejdsgruppen understreger, at der knytter sig en række etiske, retssikkerhedsmæssige og faglige overvejelser til denne model, 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. Arbejdsgruppen understreger endvidere, at denne model forudsætter et ”omfattende juridisk og fagligt forarbejde”, og at arbejdsgruppens afrapportering dermed ikke kan anses for at udgøre dette juridiske og faglige forarbejde.

Institut for Menneskerettigheder hæfter sig endvidere ved, at arbejdsgruppen vurderer, at indførelse af mulighed for tilbageholdelse uden samtykke 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.

OPSUMMERING

Anvendelse af tvangsmæssig tilbageholdelse af gravide er et intensivt indgreb i den gravides ret til frihed, ret til respekt for privatliv samt i den gravide kvindes reproduktive rettigheder og friheder omfattet af retten til sundhed. Menneskeretten forhindrer imidlertid ikke, at der kan foretages sådanne vidtrækkende indgreb i beskyttede rettigheder af hensyn til fostrets sundhed. Staten har endvidere en vis skønsmargin ved afvejningen af modsatrettede hensyn.

Tvangsmæssig tilbageholdelse bør så vidt muligt begrænses og bør principielt helst ikke finde sted. Når staten ved varetagelsen af andre legitime hensyn anser tvangsmæssig tilbageholdelse for nødvendig, skal et sådant indgreb have klar og præcis hjemmel, således at individet med rimelig sikkerhed kan forudsige sin retstilling, ligesom indgrebet skal være nødvendigt under de givne omstændigheder, og der skal ikke være andre, mindre indgribende, midler tilgængelige, der vil kunne sikre varetagelsen af hensynet til individets og samfundets interesser.

Indgreb i kvinders reproduktive rettigheder af hensyn til fostrets sundhed rejser endvidere en række principielle bekymringer om den

generelle rækkevidde af kvinders forpligtelser til at leve sundt for at undgå at skade sig selv og fostret under graviditeten.

Med venlig hilsen

Christoffer Badse

MONITORERINGSCHEF

Til: Christina Skytte Christensen (chc@sim.dk)
Fra: Jennifer Vikre-Jørgensen (jennvikr@rm.dk)
Titel: : notat vedr behandling af rusmiddelbrugende gravide og deres børn
Sendt: 28-09-2015 17:16:15

nedenstående notat bedes vedlagt den endelige rapport

Notat vedr mulig tvangsbehandling af gravide.

1. det er vigtigt hvordan tvangsbehandling i talesættes. Hovedparten af de kvinder, hvor det kunne komme på tale, lever ofte i dårlige sociale forhold med bl. a vold og hvor alkohol som rusmiddel er anvendt i generationer. Hvis der fandtes 1 center i hver region i DK, hvor kvinderne i graviditeten kunne være i skærmede forhold med mad, seng og relevant medicin i stedet for alkohol og andre rusmidler, ville barnet få et meget bedre udgangspunkt. Socialrådgiverne i mange kommuner kender en del af disse kvinder på forhånd og ville kunne hjælpe på et tidligt tidspunkt til indskrivning der. Retorikken er meget vigtig.

2. ingen gravide kvinder ønsker som udgangspunkt at skade deres ufødte barn og de fleste er modtagelige for vejledning

3. tvangsbehandling skal ses som hjælp til de kvinder, der ikke magter frivillighedens vej og som et supplement til det store arbejde, der gøres i de regionale fam.amb.

4. adskillige kvinder har tilkendegivet, at de ville ønske, de blev hjulpet mere intensivt, når de efterfølgende har erfaret, hvor meget de har skadet deres ufødte barn

5. ældre børn har tilkendegivet det samme. Flere steder i udlandet-New Zealand, Canada, UK -har børn anlagt sag, fordi de i fosterlivet er blevet eksponeret for rusmidler og ingen greb relevant ind.

6. Fam amb Region Midt følger 16-17 børn, hvor det med ville have gjort en afgørende forskel, hvis mødrene havde været i et beskyttet og skærmet miljø under graviditeten. Alle disse børn har FASD/FAS og er meget handicappede heraf. Disse 16-17 børn er "fundet" i løbet af en periode på 3 år.

7. Udgifterne til disse børn bliver stor. En del vil ikke kunne klare almindelig skolegang, men er henvist til specialundervisning. Regningen til samfundet pr barn bliver stor og heri ikke medtaget de følelsesmæssige omkostninger for det enkelte barn. I adskillige tilfælde også behov for plejeforældre gennem barndommen med deraf følgende omkostninger.

8. notat fra lederne i fam.amb, hvor der sammenlignes med mødre med diabetes ift mulig tvang. Fuldstændig ude af proportioner, idet disse børn højst er indlagt en uges tid efter fødslen til stabilisering af blodsukker. Alkoholeksponerede børn har følgevirkninger, der rækker langt ind i barnealderen og for manges vedkommende har de vanskeligheder hele livet.

9. inddrage erfaringer fra Norge og have i baghovedet, at når der mulighed for tvangsbehandling for at sikre det ufødte barn, vælger flere kvinder det frivillige samarbejde. Dette kendes også fra kommunalt regi ift anbringelser af børn. Når der tales tvangsanbringelse af barnet vælger mange forældre at samarbejde og anbringelsen sker frivilligt.

10. Mødre til børn eksponeret for rusmidler i fosterlivet ,vælger nogle gange Fam.amb fra og unddrager således barnet fra relevant behandling, udredning og videre opfølgning til skoleplacering. Da Fam.amb er et frivilligt tilbud er der ingen sanktionsmuligheder fra socialforvaltningens side. Dette sker i en del tilfælde og ofte når mors livssituation bliver belastet eller barnet i 8-12 måneders alderen får vanskeligheder og mor/ forældrene helst vil lukke øjnene for barnets vanskeligheder eller slet ikke ser dem. Disse børn vil typisk få problemer i skolen senere og talrige nederlag

og forkerte diagnoser.

I forhold til alkohol er de karakteristiske ansigtstræk ikke nødvendigvis tilstede ved fødslen, men udvikler sig tiltagende gennem de første leveår og udviskes nogle gange også senere i livet.

Mange undersøgelser fra udlandet - specielt USA, UK og Canada- dokumenterer vigtigheden af at diagnosen FASD/FAS stilles før barnet bliver 6 år, hvilket er med til at bedre barnets prognose væsentlig. Vigtigt med et korrekt skoletilbud til disse børn. En del vil ikke kunne inkluderes i alm. folkeskole uden massiv støtte.

Det bør afsøges, hvordan soc. forvaltninger juridisk kan biståes i, at børnene bliver fulgt i FA. En del af disse børn har tidligt behov for fysioterapi, ergoterapi, diætist bistand, øjenlæge tilsyn etc.

11. Fam amb er etableret for at forbedre de rusmiddeleksponerede børns livsvilkår og sørge for relevant behandling, udredning og opfølgning af dem, hvilket ikke er sket tidligere i Danmark. Dette essentielle aspekt er ikke omtalt i det notat lederne af Fam.amb har udfærdiget.

Underskriverne af det notat har ikke drøftet indholdet med medarbejderne i de regionale Fam.amb og lederne ser enten ingen patienter eller kun kvinder.

mvh

Jennifer Vikre-Jørgensen

overlæge

børneafdelingen/familieambulatoriet Region Midt

Aarhus Universitetshospital AUH Skejby

Palle Juul-Jensens Boulevard 99

8200 Aarhus N

personsøger 51433

Susanne Høeg

psykolog

fam.amb Århus universitetshospital AUH

Region Midt

telefon 78453690



Til Social og Indenrigsministeriet og
Sundheds- og ældreministeriet

København den 29-09-2015
Jnr. 63-137 / LIB

Jordemoderforeningen har følgende kommentarer til høringsrapporten om gravide med forbrug eller misbrug af rusmidler:

Vi finder, at der er gjort et stort og vigtigt stykke arbejde for at afdække udfordringerne i de eksisterende muligheder for at forebygge misbrug, forebygge graviditet i tilfælde af misbrug, diagnosticere misbrug og tilbyde tværfaglig behandling enten i ambulante regi eller i døgntilbud, med såvel sundhedsfaglig, socialfaglig og psykologisk indsats.

Rapporten afdækker, at der er langt til målet, når det gælder om at udnytte de allerede nu eksisterende muligheder. Således fremgår det, at der er spredte tilbud med få brugere, når det gælder døgntilbud. Det fremgår, at der er forskellig grad af hvorvidt kommunerne lever op til lovgivningen, når det gælder 'skal' bestemmelser vedrørende stofmidbrugeres adgang til behandling, noget, der er tydeligere endnu, når det gælder 'kan' bestemmelserne vedrørende gravide kvinder med alkoholmisbrug.

Rapporten kortlægger vanskelighederne ved at få de eksisterende begrænsede muligheder for tilbageholdelse efter samtykke fra den pågældende kvinde til at fungere efter kvindens behov. Begrænsningen i tid udgør her en del af problematikken.

Rapporten peger på en sliggørelse mellem reglerne for stofmisbrug og alkoholmisbrug som en vej til at forbedre behandlingsmulighederne.

Rapporten peger på en udvidelse af mulighederne for at tilrettelægge frivilligt aftalt tilbageholdelse af en gravid kvinde med stof- eller alkoholmisbrug med hensyn til varighed.

Rapporten ser endelig på mulighederne for - efter inspiration fra Norge - at tvangstilbageholde en gravid kvinde med et potentielt fosterskadende alkohol- eller stofmisbrug.



Jordemoderforeningen mener:

Forebyggelse:

Der er et stort potentiale i at forbedre den forebyggende indsats over for kvinder i den fertile alder. Her tænker vi helt specifikt på at sætte bredere ind med førkonceptionel rådgivning og med generelt sundhedsfremme og forebyggelse.

Her kan nævnes et initiativ som Ungdomsrådgivningen, der er oprettet i enkelte kommuner, og som allerede nu viser sig at have en effekt som antagelig kan kobles til lettere tilgængelighed med hensyn til antikonception og dertil, i nogle af kommunerne, gratis prævention. At der samtidig rådgives om forebyggelse af graviditet, hvis man har en ikke ualmindelig ungdomsadfærd med beruselse, må antages at have en positiv virkning på optagefeltet til kvinder i risiko.

Men også kommuners forskelligt udarbejdede rådgivningsarbejde samt frivilliges arbejde med rådgivning til unge af anden form end Ungdomsmottagelsen kan have en positiv betydning her.

Opsporing:

Der er forskningsmateriale fra 2010, der påviser, at praktiserende læger og jordemødre i for ringe grad opsporer især alkoholindtag i graviditeten. Disse undersøgelser afstedkom en del selvkritik i faglige kredse, og det er Jordemoderforeningens indtryk, noget der også bekræftes af tal for henvisninger til familieambulatorierne fra høringsrapporten, at jordemoderkonsultationerne i højere grad er blevet systematiske i forhold til alkoholmønstre. Samarbejdet i og mellem familieambulatorierne fungerer godt, og tal indsamlet til familieambulatoriernes database kan anvendes til forbedring af indsatsen. Det vil kræve en intensiveret tidlig jordemoderindsats i graviditeten at forbedre yderligere.

Behandlingstilbud:

Her er der for alvor et stort forbedringspotentiale. I denne sammenhæng vil Jordemoderforeningen gerne pege på nødvendigheden af, at der oprettes få, store, fælles, fagligt stærkt funderede og attraktive døgnbehandlingstilbud til gravide kvinder med misbrug og disses familie; tilbud som finansieres statsligt eller regionalt. Det er alt for skrøbeligt at overlade disse krævende processer til kommuner, der, som det berettes, har få forløb og ikke når at opbygge en ekspertise, når det gælder graviditet, samarbejdet med familieambulatorierne, tilknytning til barnet, observation af forældre/barn-relationer og skader på et barn født med abstinenser eller med FAS.

Tilbageholdelse efter samtykke:

Jordemoderforeningen er ikke negativt stemt over for, at det udforskes nærmere, om man kan forbedre kvinders inddragelse i at tage beslutning om at lade sig tilbageholde. Kvinder kan opleve at viljen svigter i forbindelse med fx nedtrapning, psykiske problemer, eller kan føle savn af venner og omgangskreds, der er knyttet til misbrugsmønstrene.

Med andre ord: hvis kvinden på et tidspunkt afklaret og vel rådgivet vælger den fysiske, psykiske og sociale støtte, der kan ligge i et fagligt velfunderet døgnbehandlingstilbud inklusive tilbageholdelse, med juridisk støtte og mulighed for at indbringe tilbageholdelse for en domstol, dersom den effektueres, så vil Jordemoderforeningen finde, at det er en mulighed.



Vi finder, at vi svigter kvindernes intention om at kæmpe sig videre i livet ved at tidsbegrænse det tilbud, der eventuelt ville kunne bringe dem godt igennem en graviditet, herunder tage ansvar for deres ventede barn og blive styrket derigennem.

Tilbageholdelse uden samtykke:

Jordemoderforeningen vender sig utvetydigt mod en sådan model, norsk, amerikansk, eller hvad den ville skulle kaldes, af følgende grunde:

- a) En kvinde skal ikke kunne tvangstilbageholdes for noget, der ikke er ulovligt. Det er lovligt at drikke alkohol i Danmark, og der er ikke praksis for at idømme fængselsstraf for at indtage euforiserende stoffer, omend det næppe kan kaldes lovligt. Skal vi starte et sted med at ulovliggøre denne handling - for begge køn - kan der hurtigt blive trængsel om pladser til tilbageholdelse; eller skal vi kalde det fængsel?
- b) En kvinde er den eneste, der kan bestemme, hvad der skal ske med hendes krop i anledning af graviditet. At hun trods misbrug beslutter sig for at gennemføre en graviditet, giver ikke samfundet råderet over hendes barns helbred. Hvor stopper den ret til at beskytte fosteret? Ganske mange fostre dør eller skades af tobaksrygning (for tidlig fødsel eller moderkageløsning på grund af karproblemer). Er det næste skridt? Eller hvis en kvinde insisterer på at ville føde uden hjælp eller uden et nødvendigt kirurgisk indgreb - er det så ikke længere hendes ret at vælge selv? Skal hun i så fald tvangsopereres? Brasilien og USA kan byde på den slags hændelser. Skal vi?
- c) Det danske sundhedsvæsen er baseret på frivillighed. Vi når langt med tillid. At gravide kvinder med et misbrug tør henvende sig til rådgivning hos jordemødre, læger, socialrådgivere, psykologer, uden frygt for indgreb er vores sikreste måde at få så stort et antal børn som muligt godt gennem en graviditet, som også det er fremhævet af de fem familieambulatorier i et brev til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg, marts 2015.

Der vil være ganske få, vi ikke kan nå. Men prisen for at forsøge at tvangsbehandle disse få kan være, at vi taber andre, der unddrager sig kontakt med sundheds- og socialvæsenet. Det kan vise sig at være en meget høj pris.

Jordemoderforeningen takker for høringsrapporten og ser frem til det videre arbejde.

Med venlig hilsen,

Lillian Bondo

Formand for Jordemoderforeningen

Social- og Indenrigsministeriet/
Sundheds- og Ældreministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

KABS – ledelse og administration
Bakken 3
2600 Glostrup

www.kabs.dk
kabs@glostrup.dk
Tlf.: 45 11 75 00

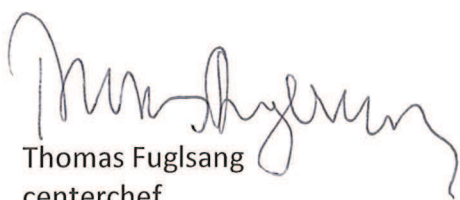
DATO: 29-09-2015

Høringssvar

Idet vi takker for adgangen til at give høringssvar, fremsendes vedlagt KABS's bemærkninger til den tværministerielle arbejdsgruppes afrapportering om gravide kvinder med misbrug af rusmidler.

Høringssvaret er udarbejdet af socialrådgiver/fagkonsulent
Mia Heick

Med venlig hilsen



Thomas Fuglsang
centerchef

Høringssvar til afrapporteringsrapport fra arbejdsgruppen om gravide med misbrug af rusmidler

Høringssvaret har primært taget udgangspunkt i arbejdet med gravide kvinder med stofbrug, men mange bemærkninger kan dog også omfatte gravide kvinder med alkoholmisbrug. KABS generelle behandlingstilgang hviler på borgerens medvirken og indflydelse på sin egen behandling. KABS mangeårige kontakt og samarbejde med gravide kvinder med stofbrug, baserer sig ligeledes på frivillighed og tæt samarbejde tværfagligt og tværsektorielt med kommune og hospital. KABS's udgangspunkt for bemærkninger er således frivillighed og har fokus på forbedring af den samlede indsats til alle gravide kvinder med stofbrug som har behov for et behandlingstilbud.

Helt overordnet til afrapporteringen:

Der er mange muligheder – og et stort behov – for at forstærke det frivillige behandlingstilbud til de gravide kvinder med stofbrug. I afrapporteringen fokuseres der på det meget lille antal gravide kvinder, der ikke kan fastholdes i behandlingen eller i Familieambulatoriernes svangretilbud. Det virker ude af proportioner at fokusere så meget på den lille gruppe, når der er så mange der modtager behandling af frivillighedens vej.

Det er problematisk, når der i medierne er voldsom fokusering på denne lille gruppe og ønsker om tvang og tilbageholdelse med politiets hjælp, fordi det straks får afsmittende effekt på stofbehandlingens kontakt med de gravide kvinder. Vi arbejder i forvejen med at minimere kvindernes barrierer, frygt og uro ved at henvende sig i behandlingssystemet. Dette er også gældende for kvinder der absolut intet har at frygte i forhold til deres forældrekompetencer. Det kan oplyses, at KABS gennem mange år, ikke har haft kontakt med en eneste gravid kvinde, der har afbrudt behandlingen. Landsdækkende gravidprojekter, der i perioden 2008-2011 blev gennemført med puljemidler fra Socialministeriet, dokumenterer, at det kan lykkes at fastholde selv svært belastede kvinder i behandlingen. Vi balancerer mellem et perspektiv på det kommende barn og et perspektiv på kvinden. Det har dog afgørende betydning for et positivt forløb, at vi møder de gravide kvinder med tillid.

Generelt til rapporten:

Af afrapporteringen ses positivt at mange anbefalinger fra KABS og fra de faglige aktører på feltet er medtaget.

Det er særdeles positivt, at arbejdsgruppen har:

- fået øget fokus på behovet for at sikre de gravide kvinder med rusmiddelbrug høj kvalitet i tilbuddene således, at disse er sammenhængende og målrettet graviditet, misbrugsbehandling og det kommende forældreskab

- at der samtidig er fokus på at sikre tilstrækkelige og kvalificerede udbud af tilbuddene, såvel de ambulante som behandling i en afskærmet, relevant og støttende boramme (døgntilbud)
- at det er væsentligt for et godt graviditetsforløb, at der samarbejdes med den gravide kvinde i en åben dialog, samtidig med at der udvises respekt for kvindens retssikkerhed og selvbestemmelse
- at der er fokus på vigtigheden af at inddrage kvindens partner/kommende barnefar, hvor dette er relevant
- at der er fokus på, at kommunerne har et ansvar og en række forpligtelser i forhold til at tilbyde og sikre den gravide kvinde et sammenhængende og helhedsorienteret tilbud, og iværksætte den nødvendige støtte evt. inden barnet er født
- at der skal yderligere fokus på behovet for et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvorved der kan samarbejdes med den gravide kvinde om koordinerede løsninger og indsatser på tværs af sektorer og kommunale forvaltningsgrene
- at der er fokus på vigtigheden af efterbehandling og støtte til kvinden og hendes barn efter fødslen

Anbefalingerne i rapporten har desuden et helt berettiget fokus på, hvordan gravide kvinder, med et for fosteret risikofyldt rusmiddelbrug, skal mødes i et åbent samarbejde med fokus på dialog og støtte i et frivilligt tilbud.

Bemærkninger til rapporten med henvisning til kapitel:

Kapitel 2: Antal børn, der får skader som følge af moderens forbrug af rusmidler:

Landspatientregister opgør, at der fødes mellem 50 og 100 børn årligt med abstinenser som følge af moderens forbrug eller misbrug af rusmidler under graviditeten.

Bemærkninger til 2.2:

Der er ikke grundlag for at konkludere, at alle børn der fødes med abstinenser udvikler skader.

Bemærkninger til 2.2.1 Antal nyfødte børn som udvikler abstinenser:

Stigningen i antallet af børn født med abstinenser i 2013 er, som angivet, sammenfaldende med de nyetablerede Familieambulatorier og må ses som udtryk for et positivt fokus på kvinder og børn, som nu får relevant hjælp.

Det vil være relevant at undersøge:

- Hvad der er kendetegnende for mødre til disse børn?
- Hvilke rusmidler har mødre anvendt under graviditet og hvordan fordeler det sig i forhold til alkohol og stofbrug (hovedstof)?
- Hvor mange af mødre var forinden fødsel kendt i kommunen/misbrugsbehandlingen?
- Hvor mange kvinder blev fulgt i Familieambulatorierne?

- Hvor mange af kvinderne var i kontrolleret lægeordineret substitutionsbehandling?
- Hvor mange kvinder var ved fødslen fuldstændig ukendt i de sociale systemer?
- Mange børn fødes som bekendt med abstinenser som følge af kvindens substitutionsbehandling, medicinsk behandling pga. psykiske problemstillinger eller som følge af smertebehandling. Hvor stort et antal udgør disse kvinder?

Belysning af nævnte spørgsmål er brugbare til at identificere de gravide kvinder, vi i dag ikke opnår rettidig kontakt til. Belysningen vil desuden kunne danne grundlag for at drøfte *gode og velegnede* tilgange til at opnå tidlig opsporing og rådgivning til de kvinder, der i dag ikke nås og til gravide kvinder generelt.

På side 28 i rapporten er angivet, at opgørelser 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 i 1996, hvor 79 nyfødte fik diagnosen DP044: stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt, og det laveste antal i 2014 hvor otte nyfødte fik diagnosen. Opgørelsen kan indikere, at de professionelle i feltet, rent faktisk lykkes med at motivere og invitere kvinden til samarbejde om den hjælp, der er brug for. Dette er samstemmende med Center for Rusmiddelforsknings vurdering af; ”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 familieambulatorier” (side 43).

Bemærkninger til 3.5.1 *Gravide kvinder i behandling i familieambulatorierne*

Der er flere steder i rapporten angivet problemer med systematisk dataindsamling fra de forskellige registre og dermed usikkerhed med hensyn til opgørelserne og hvad man faktisk kan udlede.

Det anføres, at der ses 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.

Øget fokus, som følge af nyetableringen af regionale familieambulatorier, må nødvendigvis følges af øget antal henvisninger (hvilket netop var hensigten). Igen må efterlyses mere valide opgørelser over de henviste gravide kvinder og hvordan de præcis fordeler sig. Eksempelvis har KABS i ovenævnte periode henvist gravide kvinder til familieambulatoriet for rådgivning på grund af et hashbrug. Kvinderne er for størstedelens vedkommende ophørt hashbrug ved konstateret graviditet. Flere af disse kvinder har fået valget mellem at blive fulgt af familieambulatoriet eller fortsætte i det almindelige svangretilbud. Hvis kvinderne tager imod familieambulatoriets tilbud, indgår de i opgørelser over stigning i antallet af gravide kvinder *med stofbrug*. Det samme gør den gravide kvinde, der er uden rusmiddelbrug, men som har taget imod familieambulatoriets tilbud som følge af partners rusmiddelbrug. Dette giver ikke et realistisk og retvisende billede af den faktiske udvikling af gravide kvinders brug af stoffer.

Kapitel 3: *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:*

Bemærkninger til 3.5.4:

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

Bemærkninger:

Disse kvinder har stor bevågenhed politisk og i den offentlige debat og tager ofte fokus fra den langt større gruppe af gravide kvinder med rusmiddelbrug, som samarbejder og lykkes med at føde børn i trivsel.

Kvinder som anvender rusmidler kan bære på vanskelige livserfaringer som vold, overgreb og omsorgssvigt.

Vi har brug for at få analyseret, hvad der kendetegner disse kvinder, som hævdes at være vanskelige at nå.

- Hvem er de?
- Hvilke rusmidler anvender de?
- Hvilken kontakt har de haft til det sociale system inden graviditet og under graviditet?
- Hvilken viden har det sociale system til kvindens historie?
- Hvordan er disse kvinder mødt og inviteret til samarbejde om støtte?
- Hvilken støtte og behandling er de tilbudt?
- Hvilke oplevelser og erfaringer har disse kvinder af deres møde med det professionelle felt og den hjælp de blev tilbudt?
- Hvad oplyser kvinderne selv om årsagen til, at de afstår fra kontakt og hjælp?
- Har disse kvinder en anbefaling til os i det professionelle felt om, hvad der skal til, for at de tør vove at søge hjælpesystemet ved behov.

Hvis man skal kunne identificere gravide kvinder, der befinder sig i en særlig vanskelig situation, hvis rusmiddelbrug udgør en risiko i forhold til fostret, er det nødvendigt at afdække særlige karakteristika således, at man kan tilrettelægge en reelt forebyggende, opsøgende, målrettet og rettidig indsats.

Man må lære af disse kvinders dårlige erfaringer og manglende tillid til andre mennesker. Det er af stor betydning, at vi i de sociale hjælpesystemer, vedbliver at møde de gravide kvinder med åbenhed og omsorg. I modsat fald forringer man mulighederne for at forebygge risikoforhold for fostret.

Kapitel 5: *Afdækning af behandling og øvrige indsatser*

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

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

Kommunen har jf. Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service nr. 430 af 30. april 2014 ansvaret for at have fokus på familier og deres børn i stofmisbrugsbehandlingen.

Behandlingsindsatsen skal tilrettelægges således, at den enkelte kommune har en tilstrækkelige varieret tilbudsvifte, der kan imødekomme behovene for blandt andet særligt udsatte grupper. Tilbudsviften bør omfatte døgntilbud, dagtilbud og ambulante tilbud.

Bemærkninger til 5.2.1 Stof- og alkoholmisbrugsbehandling:

Der er stort behov for forbedring og kvalitetsløft i tilbuddene til gravide kvinder med stofbrug og deres børn.

Der savnes generelt relevante, ambulante kommunale behandlingstilbud, der retter sig mod gravide kvinders specifikke behov.

Der savnes relevante tilbud om døgnbehandling til gravide kvinder (og deres børn). Se nærmere under punktet døgnbehandling.

Bemærkninger til 5.2.3 Behandlingens indhold:

Den manglende kommunale koordinering forsinker sagsbehandlingen. Desværre savnes oftest sammenhæng i forhold til de øvrige sociale tilbud, samt koordination af disse inden for de forskellige kommunale forvaltningsgrene.

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

Tidligere gravidprojekter, bl.a. illustreret ved eksempler på graviditetsforløb og litteraturhenvisninger i afrapporteringen, samt erfaringer fra professionel praksis, viser, at hvis man møder de gravide kvinder i en åben, omsorgsfuld dialog, der er brugerinddragende og med relevant og rettidig hjælp som kvinden oplever hjælpsom, kan vi finde veje til frivillige, succesfulde graviditetsforløb, hvor såvel det ufødte barns som moderens sundhed og trivsel er i fokus.

Mange andre aktører i feltet har anbefalet, at der sker en forbedring af den kommunale stofmisbrugsbehandling i forhold til tilbud. Der er dels et stort behov for at få præciseret kommunernes ansvar for at sikre *en forebyggende, sammenhængende og helhedsorienteret* behandling. Dels for at få præciseret kommunernes ansvar for at sikre den fornødne sammenhæng mellem behandlingstilbuddene og øvrige sociale støttetilbud.

Egne praksiserfaringer, som erfaringer fra forskellige dele af landet, viser, at der er et stort behov for at få fokus på vigtigheden af en *tidlig og forebyggende* indsats *under* graviditeten. Erfaringerne

er, at de forskellige forvaltningsgrene ikke har et formaliseret samarbejde om indsatsen til den gravide kvinde.

Det ses, at den kommunale familieafdeling kan være afventende med relevante tilbud til kvinden *under* graviditeten. Den socialfaglige undersøgelse i henhold til servicelovens § 50 påbegyndes ofte alt for sent i graviditetsforløbet (afventer barnets fødsel) og kan derfor forsinke nødvendig støtte under graviditet. Det kan endvidere være meget tidskrævende med skriftlige ansøgninger på kvindens vegne vedr. basale ydelser, der skal understøtte den psykosociale behandling, når der er behov for akut intervention som fx:

- Akut hjælp til mad, vitaminer, varmt graviditetstøj, transporthjælp så kvinderne kan efterleve krav om hyppige fremmøder i stofbehandling, familieambulatoriet, kommunal familieafdeling mm
- At skaffe "tag over hovedet" til kvinder der af forskellige årsager, er uden selvstændig bolig
- Tidskrævende procedurer med udredning og indstilling til hurtigt ophold i døgnbehandling for afskærmning og støtte – se senere punkt herom.

Om det tværfaglige samarbejde

Det kan være udfordrende at få etableret samarbejde på tværs. Det er ikke ualmindeligt, at den ene forvaltningsgren henviser til en anden forvaltningsgren med besked om, at det ligger uden for deres kompetenceområde. Der gives ikke tilbud om at forfølge sagen og derved fremme borgerens sag. En ansøgning kan vandre længere tid rundt i systemet. Praksis er mange steder, at der ikke er et formaliseret samarbejde om gravide kvinder og deres børn. Praksis synes også at være, at den ene forvaltningsgren ikke må anbefale indsats over for en anden forvaltningsgren. Dette ses fx i forhold til kvinder uden bolig. Fx kunne en familieafdeling således ikke opnå samarbejde med boligkontoret om boligprioritering. En anden familieafdeling kunne ikke intervenere med hurtig hjælp, til en gravid kvinde og kommende barnefar, idet denne var betinget af en anden afdelings visitationsprocedurer og bevilling til døgnbehandling. Iværksættelse af hurtig og forebyggende indsats kan forsinkes unødigt.

Hver dag tæller for det ufødte barn.

Alle gravide kvinder med stofbrug har brug for et tværfagligt og differentieret behandlingstilbud i stofmisbrugsbehandlingen. Et behandlingstilbud skal kunne favne mange af de områder, som har betydning for kvindens liv. Et relevant tilbud skal kunne – ud over misbrugsbehandlingen og forebyggelse af recidiv – rette sig kvalificeret mod graviditet, familien og det kommende forældreskab. Stofmisbrugsbehandlingen bør kunne give tilbud om hjælp til bearbejdelse af persontematikker og traumer, der kan stå i vejen for en god forældreomsorg.

Der kan være behov for, at kvinden forbliver i stofbehandling *efter fødslen* med henblik på at stabilisere kvindens samlede situation. Det velkendt, at en del gravide kvinder er i risiko for recidiv inden for det første år efter fødsel.

Det anbefales, at der udarbejdes kommunal *Samarbejdsaftale vedrørende gravide kvinder med stofbrug*. Det tværfaglige samarbejde er særdeles vigtigt i bestræbelserne for at forebygge medfødte rusmiddelskader hos nyfødte børn. Samarbejdsaftalen bør omfatte alle relevante aktører således, at der kan tilrettelægges en kordineret handleplan i samarbejde med kvinden. En handleplan om den bedst mulige og rettidige indsats. En handleplan der tager højde for den gravide kvindes behov for en helhedsorienteret indsats.

Et tværfagligt samarbejde i dialog med kvinden, vil endvidere bidrage til at minimere den uro og frygt for det sociale system, som mange gravide kvinder har. Ved et tværfagligt samarbejde kan kvinden opnå synlighed, forudsigelighed og overblik over hjælpemuligheder, samt få afstemt krav og forventninger til hende.

En ramme for det tværfaglige samarbejde giver tilsvarende muligheder for, at de professionelle kan få afstemt forventninger til hinandens opgaver.

Partner og kommende barnefars medvirken

Bemærkninger:

Flere steder i rapporten er kortvarigt nævnt kommende barnefar.

Det er velkendt, at det er positivt at inddrage kommende barnefar, hvor det er muligt.

Tidligere gravidprojekter, etableret via puljemidler fra Socialministeriet 2008-2011 fra Fyn og Nordjylland, har fint dokumenteret den positive betydning af, at kommende barnefar inddrages i behandlingstilbuddet, hvor det er relevant.

Behandlingstilbuddet – hvad enten det er ambulante eller i døgnregi, bør naturligt omfatte kommende barnefar. Barnefar ses oftest at have de samme behov for en sammenhængende og helhedsorienteret behandling. Desuden er det ubetinget gavnligt, at barnefar inddrages i en familieorienteret behandling i forhold til kommende forældrerolle, partnerskab, barnets behov mm.

Vi har erfaring for, at der hvor kommunen er afventende med bevilling til døgnbehandling for partner/kommende barnefar, er den gravide kvinde tilbageholdende med sin egen behandlingsstart.

Tidligere gravidprojekter, etableret via puljemidler fra Socialministeriet fra blandt andet Fyn og Nordjylland, har fint dokumenteret den positive betydning af, at kommende barnefar inddrages i behandlingstilbuddet, hvor det er relevant.

Døgnbehandlingstilbud

En opgørelse fra Center for Rusmiddelforskning lavet for Socialstyrelsen i december 2014, viser, at to stofmisbrugsbehandlingstilbud i 2012 og 2013 har oplyst til Tilbudsportalen, at de har gravide som målgruppe. Det ene tilbud har begrænset erfaring med behandling til målgruppen, da det er

flere år siden, de sidst havde en gravid i behandling. Det andet tilbud har haft flere gravide kvinder i behandling og har erfaring med, hvilken støtte gravide kvinder har behov for.

Bemærkninger til 5.2.4:

KABS har siden 1996 (hvor amterne fik visitation til døgnbehandling) haft en systematisk kontakt og opfølgning på landet døgntilbud til personer med stofmisbrug og behov for afgiftning og behandling i døgnregi. Socialtilsynet fik januar 2014 ansvaret for tilsynsopgaven i forhold til behandling ambulantly og behandling i døgnregi. KABS varetager dog fortsat kontakt til relevante døgnbehandlingstilbud for at sikre kendskab til de konkrete steders kvalitet og behandlingstilbud. KABS samarbejder således med kommunerne med henblik på det bedst mulige døgntilbud til brugerne generelt.

I forhold til gravide kvinder må KABS desværre konstatere, at der ikke findes de rette døgnbehandlingstilbud med de rette rammer og kompetencer til at sikre gravide kvinder den rette indsats og støtte.

De eksisterende tilbud er som hovedregel private tilbud. Disse tilbud har gennem alle år, primært været funderet på Minnesota behandling og de ansatte er hyppigt tidligere misbrugere.

Døgntilbuddene domineres af mandlige brugere (og ofte også mandlige behandlere).

Behandlingen har traditionelt taget afsæt i mænds forståelse og behov, og behandlingen er væsentligt baseret på gruppebehandling. Dette har i betydelig grad udfordret kvinderne generelt, men i særlig grad den gravide kvinde. Dels har hun ofte været eneste kvinde i behandling, dels bliver hendes kvindespecifikke persontematikker ikke mødt behandlingsmæssigt i en ramme med mænd i gruppebehandling.

Kvinderne er under deres graviditet desuden i en særlig sårbar tilstand. Mange af de gravide kvinder har alvorlige oplevelser og erfaringer med mænds overgreb i barndom og voksenliv. En følge af disse overgreb kan betyde, at kvinden kan have svært ved at sætte grænser i forhold til mænd. Undersøgelser viser, at det kan være direkte re-traumatiserende for disse kvinder at være i gruppebehandling med mænd (Ludvigsen & Lydolph 2007, Dahl & Pedersen 2008).

Gravide kvinder med stofmisbrug – uanset arbejdsgruppens målgruppeplaceringer, bør have krav på et højt kvalificeret tilbud i døgnregi. Det bør være et tilbud med de nødvendige tværfaglige kompetencer således, at kvindernes samlede behov for en sammenhængende og koordineret indsats kan imødekommes.

Døgnbehandlingen bør have en skærmet enhed til brug for kvindernes afgiftning eller medicinske stabilisering. Herefter har kvinderne brug for en behandling, der blandt andet har fokus på:

- Graviditet og fødselsforberedelse (vanskelige livserfaringer, bearbejdelse af traumer og overgreb, graviditet og stofbrug, fødselsplan)
- Kommende forældreskab (at se sig selv som mor/hvilke erfaringer har kvinden med fra egen opvækst, der påvirker forestillingen om sig selv som mor, hvilke forestillinger gør kvinden sig om barnet, forhold til anden forældre)

- Stofbehandling: samtale om kvindens brug (brug af rusmidler kan have forskellige formål), afdækning af risikofaktorer og konkrete metoder til forebyggelse af tilbagefald og håndtering ved slip)
- Sociale forhold der kræver løsninger (økonomi, bolig mm)
- Tiden efter fødsel (vejledning til etablering af rytme og rutiner, regulering af søvn, samspillet med barnet, at se, forstå og imødekomme barnets behov, den følelsesmæssige tilknytning)
- Planlægning af udskrivning (opfølgning af børneundersøgelse i familieambulatorie, efterbehandling og opfølgning i forhold til stofbehandling og i forhold til familiens behov for støtte i hjemmet)
- Øvrige aftaler med familien og relevante samarbejdsparter

VISO

Bemærkninger til 5.2.7:

KABS FamilieVinklen (psykolog og socialrådgiver) har tidligere været VISO leverandør. Erfaringen var på daværende tidspunkt, at ganske få kommuner rettede henvendelse om rådgivning. Det var generelt indtrykket, at kommunerne ikke havde tilstrækkelig viden om VISO's tilbud på dette felt og at der var en del usikkerhed med hensyn til rammerne for rådgivning. Det anbefales: at VISO igen søger at udbrede kendskabet til VISO's muligheder for at tilbyde rådgivning på dette felt. VISO kunne, i forhold til kommuner med få erfaringer i arbejdet med gravide kvinder, medvirke til at bibringe viden om stofbrugets kompleksitet, følgevirkninger og konsekvenser samt de særlige omstændigheder, der knytter sig til gravide kvinder med stofbrug.

Andre bemærkninger:

Familieorienteret stofmisbrugsbehandling:

Dette punkt behandles ikke i afrapporteringen for målgruppen gravide kvinder og familier med *stofproblemer*. Sundhedsstyrelsen har gennem en længere årrække haft fokus på familieorienteret alkoholbehandling, blandt andet gennem flere projekter og undervisning i familieorienteret alkoholbehandling. Aktuelt gennemføres et toårigt projekt med deltagere fra 60 kommuner. Der er evidens for, at familieorienteret fokus i behandlingen har positiv effekt for hele familien (Helle Lindgaard 2006).

Der savnes i afrapporteringen fokus på et tilsvarende tilbud om familieorienteret behandling i stofmisbrugsbehandlingen som på alkoholområdet. Der bør ske en sidestilling i tilbuddene til de gravide kvinder, uagtet arten af rusmiddelbrug.

Der er al mulig god mening og effekt i, at der også i den ambulante stofbehandling, tilbydes de gravide kvinder og deres familier, et familieorienteret behandlingstilbud.

Et stofmisbrug hos den gravide kvinde (og familier med børn) berører hele familien og har afgørende betydning for de følelsesmæssige bånd i familien, der belastes og forstyrres. Familiens opmærksomhed retter sig ofte mod rusmiddelbrugeren. De negative konsekvenser for børn og

pårørende/partner knytter sig ikke til mængden eller typen af rusmidlet, men rusmiddelbrugerens funktion og reaktioner.

Brug af rusmidler, for nogen kvinder gennem en længerevarende årrække, kan have haft følger for den gravide kvindes fodfæste i eget liv og dermed varetagelsen af omsorgen for et barn. Det er derfor vigtigt, at kvinden allerede under graviditeten får fokus på de centrale forældrefunktioner, som har betydning for den kommende forælderrolle og for en god forældreomsorg

Om KABS

KABS leverer lægelig og social behandling for stofmisbrug til mere end 15 kommuner i Storkøbenhavn. Behandlingen er tværfagligt organiseret og har fokus på sammenhængen mellem misbrug, somatik og psykiatri i en tæt koordination med kommunens øvrige sociale indsatser. KABS driver fem behandlingsafdelinger, som er specialiseret i opioidmisbrug, dobbelt diagnose-tilstande samt hash- og feststoffer. Organisationen har over 100 ansatte pædagoger, socialrådgivere, psykologer, læger, psykiatere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt AC-ere og administrativt personale. KABS hørte tidligere under Københavns Amt, men er i dag en virksomhed i Glostrup kommune.

Se mere på www.kabs.dk

Om socialrådgiver/fagkonsulent Mia Heick

Mia Heick har arbejdet med gravide kvinder med rusmiddelproblemer siden 1989 på bl.a. Glostrup Hospitals børneafdeling og Familieambulatoriet Hvidovre Hospital. Har været ansat i KABS siden 1998 og her varetaget opgaver vedrørende misbrugende forældre og deres familiesituation. Var i 2005 med til at opstarte den specialiserede afdeling for forældre med stofproblematik: FamilieVinklen i KABS og siden justere tilbuddet til et specialiseret tilbud på tværs af KABS' afdelinger, hvor alle brugere systematisk gennemgås ift. børn/familiesituation. Har deltaget i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. Vejledning for Familieambulatorierne. Er medforfatter til håndbogen Gravid på Tværs, ideer til forbedret indsats fra professionelle og gravide kvinder med rusmiddelproblemer (2011). Har holdt oplæg ved informationsmøde for Folketingets Socialudvalg og Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg d. 17. september 2014 samt deltaget i dialogmøderne d. 15. april 2015 og d. 1. september 2015.



Social- og Indenrigsministeriet
Udsatte og Civilsamfund
Holmens Kanal 22
1060 København K
Att.: Kristoffer Kjeldgaard Sloth

Svar høring rapport gravide med et brug eller misbrug af rusmidler

Kl har modtaget Social- og Indenrigsministeriets afrapportering i forbindelse med gravide med et brug eller misbrug af rusmidler. Grundet den korte tidsfrist har det ikke været muligt, at behandle rapporten politisk.

KL har følgende bemærkninger til rapporten:

- Det er yderst vanskeligt, at opnå kontakt med gravide med et forbrug eller misbrug af rusmidler i dag. KL er derfor enig i, at der er behov for at øge fokus på målgruppen, hvor især den praktiserende læge og jordmoderen er indgangen for alle gravide.
- Den danske rusmiddelbehandlingsmodel bygger på tillid og åbenhed samt frivillighed. En øget brug af tvangsforanstaltninger kan betyde, at gravide med et brug eller misbrug af rusmidler skjuler sig og undlader at opsøge behandlingstilbuddene
- Langt den overvejende del af de gravide, som er i de kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, er ikke altid opmærksomme på, at de er gravide. Da det er i de første 3 måneder af graviditeten hovedparten af skaderne opstår vil en tvangsforanstaltning, hvor graviditeten opdages senere, ikke kunne forhindre skader på barnet.
- Rapporten skal i højere grad fokusere på en styrket indsats i forhold oplysning og uddeling af prævention samt uddannelse af det sundhedsfaglige personale i forhold til, at spørge ind til brug af rusmidler hos målgruppen
- Rapporten antager at kun 10-15 kvinder årligt kan blive ramt af en tvangsforanstaltning. Der vil derfor blive tale om meget dyre døgntilbud.
- Rapporten giver ikke svar på i hvilket regi de nødvendige tilbud skal placeres og hvordan kapacitets- og flowproblemet skal løses.
- Tilbuddene til målgruppen bør ligge i den gravides nærmiljø således at hun kan få støtte og hjælp fra en evt. far til barnet, øvrige pårørende samt besøg fra evt. andre børn. Det vil derfor være

Den 29. september 2015

Sags ID: SAG-2013-01134
Dok.ID: 2089491

RAF@kl.dk
Direkte 3370 3486
Mobil 2913 6596

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1/2

uhensigtsmæssigt at etablere tilbuddet som en lands- eller landsdelsdækkende tilbud, hvilket yderligere vil fordyre etablering- samt driftsomkostningerne.

- Rapporten mangler at forholde sig til den store gruppe af velfungerende kvinder, der har et højt forbrug af især alkohol. Disse kvinder møder kommunerne ikke i behandlings- eller det sociale system.
- Rapporten nævner 3 forskellige tilbageholdelsesmodeller. Model 3 er den mest vidtgående, hvor den gravide kan tilbageholdes uden samtykke. Modellen tager udgangspunkt i nedsættelse af et udvalg, hvor den gravide deltager. KL stiller sig tvivlende overfor en sådan model, idet der er risiko for, at den gravide i stedet for vælger at gå under jorden
- Evaluering af de Norske erfaringer viser, at det også i Norge kun er de stofbrugende kvinder de får fat i og at de alkoholforbrugende kvinder ikke fanges af systemet.
- Kl er af den opfattelse, at det Norske og Danske rusmiddelbehandlingssystem ikke kan sammenlignes. Det danske behandlingssystem bygger på frivillighed og tillid, hvor der er en behandlingsgaranti, og hvor alle der ønsker at komme i behandling har adgang til behandling uanset om de tidligere har været i behandling eller ej. Det Norske behandlingssystem er bygget på, at borgeren har ret til en udredning, men ikke en garanti for behandling. For at komme i behandling skal borgeren over et tidsforløb vise motivation. For at komme i behandling skal borgeren opfylde en række krav fx stabil livssituation, stabile boligforhold og andre restriktioner og krav. Borgere der har været indskrevet i behandling flere gange kan og bliver afvist.

Med venlig hilsen



Tina Wahl



Landsforeningen Lænken

Social- og indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K

29. september 2015

Høringssvar fra Landsforeningen Lænken vedrørende: Afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et misbrug af rusmidler

I Landsforeningen Lænken har vi med interesse læst afrapportering fra den tværministerielle arbejdsgruppe om gravide kvinder med et forbrug og misbrug af rusmidler.

Vi noterer, at arbejdsgruppen vurderer, at det for kvinder i målgruppe 4 og 5 er afgørende, at der findes relevante og kvalificerede behandlingstilbud og at arbejdsgruppen vurderer, at et tilstrækkeligt udbud af kvalificerede tilbud til gravide kvinder med en alkoholafhængighed ofte vil være en væsentlig forudsætning for, at kvinderne opsøger og får succes med deres behandling til gavn for fosteret og senere barnet.

Landsforeningen Lænken er derfor enige i arbejdsgruppens vurdering om, at der er behov for et øget fokus på at sikre høj kvalitet i tilbuddene til gravide kvinder med en alkoholafhængighed målrettet graviditeten og det kommende forældreskab, samt øget udbud af sådanne behandlingstilbud. Vi mener også, at tilrettelæggelsen af sådanne tilbud skal tage udgangspunkt i den gravides konkrete livssituation, familieforhold og behov, og at relevant døgnbehandling skal indgå i behandlingstilbuddet. Gravide kvinder i målgruppe 4 kan lige som kvinder i målgruppe 5 have 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.

Landsforeningen Lænken er enige i arbejdsgruppens vurdering om, at der for målgruppe 5 kan være behov for at se på, om der eksisterer relevante døgnbehandlingstilbud med de rette rammer og kompetencer til at imødekomme kvindernes behandlingsbehov. Vi noterer endvidere, at gravide kvinder med en alkoholafhængighed i dag ikke har samme krav på tilbud om kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse som gravide kvinder med en stofafhængighed. Vi hilser en ensretning på området velkommen, således at gravide kvinder med en alkoholafhængighed har samme krav om at få tilbud om at indgå en kontrakt med kommunen om relevant helhedsorienteret døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse som stofafhængige.

Landsforeningen Lænken er samtidig enige i arbejdsgruppens vurdering om, at det er vigtigt at fremhæve og fastholde kvindens fortsatte adgang til øvrige eksisterende behandlingstilbud, herunder døgnbehandling uden mulighed for tilbageholdelse, selvom hun ikke ønsker at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Landsforeningen Lænken noterer arbejdsgruppens tre modeller for tilbageholdelse af gravide kvinder med en alkoholafhængighed i behandling. Vi mener, at det er af afgørende betydning, at tilbuddet følger den eksisterende lovgivning, og at det i forbindelse med indgåelsen af kontrakten og dermed indhentelsen af kvindens samtykke til en eventuel senere tilbageholdelse er 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.

Vi er også enige i, at der i forbindelse med en indgåelse af en aftale om kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse ikke må 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 også 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.

Landsforeningen Lænken er enige med arbejdsgruppens vurdering om, at frivillighed fortsat bør være udgangspunktet i behandlingen, og at kvinder derfor ikke kan tilbageholdes uden samtykke, sådan som model 3 lægger op til.

Lænken er en brugerdrevet organisation for alkoholramte, hvor frivillige blandt andet tilbyder alkoholfri sociale fællesskaber og netværk både for tidlig opsporing og for tilbagefaldsforebyggelse for andre alkoholramte.

Vi håber, at Social- og Indenrigsudvalget samt Sundheds- og Ældreudvalget vil tage Landsforeningen Lænkens kommentarer til efterretning.

Venlig hilsen



Lis Isdal

Formand

Landsforeningen Lænken

Kommentarer til udkast til afrapportering fra arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler

Udsendt af 22. maj 2015 af Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold og Ministeriet for sundhed og Forebyggelse

Arbejdsgruppens opdrag er at undersøge og komme med forslag til, hvordan man i Danmark kan begrænse antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer pga. moderens forbrug/misbrug af rusmidler under graviditeten. Indledningsvist i rapporten beskrives dilemmaet omkring forbrug/misbrug, når det gælder gravide kvinder, såfremt konsekvensen for forbruget tager udgangspunkt i fosterets helbred. Det er et faktum, at fosteret kan lide overlast og få livslange skader, selvom den gravide ikke opfylder kriterierne for at have et misbrug, men i stedet et forbrug. Rapporten tager udgangspunkt i de fem delmålgrupper af kvinder for at beskrive såvel dilemmaer som muligheder for en målrettet indsats over for alle gravide eller potentielt gravide.

Forbrug vs. misbrug:

Netop indtagelsen af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler kan være en potentielt svært skadelig, kemisk påvirkning af fosteret. Det bør derfor være helt tydeligt, at det ikke er kvinders generelle adfærd, som er genstand for arbejdsgruppens opdrag, men derimod konsekvensen af den kemiske påvirkning, som afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler kan medføre. Dilemmaet består netop i, at de mest alvorlige konsekvenser ses ved forbrug af lovligt, socialt accepterede rusmidler, som er en integreret del af vores kultur i Danmark. Begreber (side 9): misbrug vs. forbrug mangler således derfor en præcisering af, hvornår forbrug bliver misbrug, når det ses i relation til gravide kvinder, idet fosteret ikke i Danmark har en selvstændig retsstilling. Dette kan måske indgå i de fem målgrupper set i forhold til antallet af genstande eller typer af rusmidler. Særligt dette er vigtigt, da den gravide traditionelt skal have et misbrug for at modtage behandling i behandlingscentre. Der mangler et overordnet, gennemgående tilbud til gravide med et fosterskadende forbrug i behandlingscentre. Man kunne tage udgangspunkt i WHO's definition af misbrug:

”Et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dens omgivelser.”

Man kan således overveje, om - og i så fald hvordan - fosteret indgår i denne definition.

Det pointeres endvidere i rapporten, at gravide kvinder med misbrug (målgruppe 4) bør gives et tilbud, som også inkluderer behandling til partner

og børn. Der mangler et bud på, til hvem og hvorledes dette kan etableres.

Overordnede betragtninger vedrørende målgrupperne:

Der lægges op til, at gravide kvinder i særligt målgruppe 4 skal henvises til specialiseret svangreomsorg og behandling i et familieambulatorium kombineret med tilbud om alkohol- og eller stofmisbrugsbehandling. Det fremhæves, at familieambulatorierne er henvendt til målgrupperne 3-5, men også kan yde rådgivning til målgruppe 2.

1. 1. Familieambulatoriernes tilbud overvurderes, idet der er store regionale forskelle på muligheder, bemanning og økonomi.
2. 2. Mange gravide i målgruppe 3 vil opfylde familieambulatoriernes kriterier – fx dem, der har indtaget alkohol indtil erkendt graviditet. Men hvordan kan de på sigt rummes set i lyset af ressourcer?
3. 3. Målgruppe 5 er den sværeste gruppe at nå. Erfaringen fra Familieambulatoriet er, at disse gravide "forsvinder" for eksempel over kommunegrænser. Flytter de fra en kommune til en anden, mistes samarbejdet, hvis kommunerne ikke fastholder eller overdrager. Det kan være særdeles vanskeligt for en afdeling på sygehus uden myndighed at opspore dem igen.

Nogle tal ser lidt voldsomme ud, fx på side 28. 3.1.3., hvor vi formoder, at der refereres til den Århusianske Kohorte, hvorfra vi ved, at alkoholforbruget blandt gravide er faldende i perioden 1998-2013. Det kunne måske nævnes, at et stigende antal gravide har forståelse for nødvendigheden af at undgå forbrug af alkohol under graviditeten. En generel kommentar er, at referencelisten bør være mere klar, så man altid kan se, hvor data kommer fra.

Prævention:

Det anbefales, at målgruppe 2 tilbydes hjælp til etablering af prævention (side 12). Kun kvinder i den fertile alder under lægelig stofmisbrugsbehandling kan tilbydes præventionsrådgivning fra misbrugsbehandlingsinstitutionen.

Serviceoven giver kommunerne mulighed for at yde økonomisk støtte. Det nævnes, at det bør fremhæves i nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling fra Socialstyrelsen (under udarbejdelse), at indsatsen bør gennemføres fra andre instanser såsom almen praksis og på sygehusafdelinger.

1. 1. Imidlertid er vilkår og muligheder for prævention betydeligt forringet de sidste år. Præventionsklinikker er blandt andet lukket landet over.
2. 2. Hvad med kvinder i den fertile alder med rusmiddelbrug, som ikke modtager stofmisbrugsbehandling? Bliver de indskrevet i de nye retningslinjer? Hvor meget forbrug skal kvinder i den fertile alder have for at blive modtagere af prævention via misbrugsbehandlingen eller via kommunernes § 11? Og hvem

kan sikre det?

3. 3. Støtte = gratis?

Opsporing af rusmidler:

I forhold til forbrug af rusmidler skal man være opmærksom på, at den store nethandel betyder, at mennesker selv kan indkøbe rusmidler, men der er ingen garanti for, at de får det middel, som de mener at have bestilt og/eller indtaget. Det er derfor ikke sikkert, at man indtager netop det middel eller den kombination af midler, som man formoder, og dermed oplyser om.

Der sker hele tiden ændringer i de tilbud, som er tilgængelige på et marked uden kontrol, også for gravide. Selvrapportering af rusmiddelforbrug er derfor i sig selv en stor fejlkilde. Derudover er der store udfordringer i håndteringen og kemisk diagnosticering af rusmidler i Danmark. På dette punkt er der ikke landsdækkende konsensus, og området har formentlig ikke været ressourcemæssigt tilgodeset hverken i forhold til interesser eller økonomi.

I Danmark benyttes hurtigstest til urinprøver, som formentlig har varierende teknisk kvalitet og kan være forbundet med høj risiko for såvel falsk positive som falsk negative resultater. Der er endvidere ikke myndighedskrav til kvaliteten af kommercielle, kvalitative tests, som det for eksempel ses i Norge. De fleste af de nuværende stix til detektion af rusmidler i urinen kan teste for flere rusmidler på en gang, men det er fortsat et problem at undersøge for alkohol, som har en hurtig omsætningstid. Efter gældende praksis burde en urinstix som screeningsinstrument altid støttes af en konfirmatorisk analyse ved valide teknikker udført på et laboratorium. I modsætning til Norge og Sverige anvendes disse teknikker aktuelt ikke i generel dansk praksis, men kun i forbindelse med håndtering af substitutionsbehandling af stofmisbrugere. I forhold til resultater i familieambulatorie-databasen udgør dette en selvstændig fejlkilde, hvilket er særdeles problematisk. Området har derfor store udfordringer i forhold til at udføre sammenlignelige rusmiddelanalyser, og slutteligt for helt at sikre, hvilke rusmidler der er indtaget.

Tobak/nikotin:

Tobak og andet nikotinformbrug er en betydelig risikofaktor for graviditet, fosterudvikling og børnenes trivsel og kognitive udvikling, men er ikke i rapporten behandlet som et selvstændigt rusmiddel. Tobaksrygning omtales i arbejdsgruppens rapport kun kort som en "belastende faktor" i graviditeten på lige fod med for eksempel dårlig ernæring (side 20) og som en sekundær risikofaktor i forbindelse med påvirkning af fødselsvægten.

Det skal her påpeges, at forbrug af tobak og nikotin i sig selv er væsentlige risikofaktorer for graviditet, fosterudvikling og for livsvarige skader på det kommende barn, selv ved et lavt forbrug hos moderen. Forbrug af dette øger

risikoen for graviditet uden for livmoderen, for tidlig fødsel, løsning af moderkagen, bristning af fosterhinder, foranliggende moderkage og formentlig også spontan abort. Risikoen for fosterdød i livmoderen eller i forbindelse med selve fødslen er også betydeligt øget hos gravide rygere. Fødselsvægten er mærkbart påvirket hos børn af rygere (gennemsnitligt 2-300 gram mindre). Den nedsatte fødselsvægt er bl.a. associeret med mindre hjernevolumen og mindre hovedomkreds.

Forbrug af tobak i graviditeten påvirker desuden lungefunktion og lungernes udvikling hos det kommende barn, og det øger risikoen for vuggedød betydeligt. Rygning under graviditet kan have alvorlige negative konsekvenser for barnets videre trivsel og helbred hos især de børn, der fødes for tidligt pga. moderens rygning, og fordi udsættelse for nikotin før fødsel kan påvirke børns neurokognitive udvikling. Der er endvidere flere studier, som dokumenterer yderligere forværring i børnenes tilstand, såfremt der er kombination af andre rusmidler med tobak.

Det er derfor problematisk, hvis man i et overordnet arbejde med rusmidler og alkohol overser, hvor stor negativ betydning nikotin og tobak har for graviditet, fosterudvikling og børnenes fremtidige liv og trivsel. **Man bør i stedet foreslå, at forbrug af tobak/nikotin afdækkes og registreres hos gravide, idet dette ofte også kan være associeret med forbrug af alkohol og andre rusmidler, samt ikke mindst sikre, at alle gravide med forbrug eller misbrug af tobak/nikotin tilbydes målrettet, helhedsorienteret rådgivning og behandling, som der følges op på ved alle kliniske kontakter.**

Netop behandling af tobaksforbrug hos gravide er efter kommunalreformen blevet forringet betydeligt. **Mange steder i landet eksisterer der desværre ikke længere specialiserede tilbud til gravide i tilknytning til svangeromsorgen.** Gravide skal derimod som alle andre forbrugere af tobak tilbydes behandling via kommunernes forebyggende tiltag. Det er veldokumenteret, at gravide ofte ikke opsøger eller bruger kommunens tilbud. Muligheden for behandling af tobaksforbrug i graviditeten er dermed blevet forringet de sidste år.

Behandling af rusmiddelbrug:

På side 20 nævnes Metadon under morfinlignende rusmidler og risici ved indtag heraf oplistes. Desuden nævnes det på side 44, at den gravide kvinde kan tilbydes substitutionsbehandling. **Imidlertid er det vigtigt at fremhæve, at metadon (eller buprenorfin) er et substitutionspræparat ved opioid-forbrug, fx heroin og morfin.** Metadon giver også forbedring i omsorg grundet tvunget fremmøde, når det benyttes som substitutionsbehandling, og det giver samtidig færre udsving i opioid-koncentrationen og dermed færre abstinenser og dermed igen mindre forbrug af andre rusmidler. **Ydermere kan man fremhæve, at det ikke nødvendigvis skal tilstræbes at nedtrappe opioid-dosis, men i stedet at substituere med henblik på stabilisering.**

Side 10 + side 21: Der nævnes problemstillinger, som blandt andet knytter sig til det faktum, at børn, som fødes med rusmiddelrelaterede skader, formentligt ofte ikke tilkendes diagnoser, som knytter sig til årsagen for deres skader/vanskeligheder. Ved misdannelser har man ikke haft tradition for at tænke en rusmiddelfaktor hos mor ind som en udløsende faktor. Også her spiller det ind, at rusmiddelanalyser i graviditet og på neonatalområdet ikke nødvendigvis er gængs praksis, - procedurerne er mangelfulde og ikke sammenlignelige.

Familieambulatoriets Database:

Flere afsnit i rapporten bygger på materiale opsamlet via den nyligt oprettede Familieambulatorie-database. Denne database er oprettet på et privat initiativ med en privat finansiering, som ikke nødvendigvis sikrer de nødvendige ressourcer, hverken i oprettelsen eller for fremtiden. Beskrivelsen, etableringen og håndteringen af databasen har været pålagt det personale, som har været ansat/tilknyttet Familieambulatorierne landet over for den samme finansiering, som satspuljen havde tiltænkt etableringen. Databasens eksistens har derfor været og er fortsat meget sårbar. Den er stadig afhængig af privat engagement og initiativ..

Side 10, 15 og 32: Der ønskes 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. Der lægges også her op til, at det nyetablerede register Dansk Familieambulatoriedatabase kan bidrage væsentligt til øget viden på dette felt, da eksisterende veletablerede registre gør det vanskeligt senere at kunne knytte skader hos børn til et forbrug eller misbrug af rusmidler hos moderen. Det vurderes samtidig (side 96), at dataindsamlingen bør styrkes. Igen skal det derfor påpeges:

1. 1. Familieambulatoriedatabasen bygger på et privat initiativ og privat økonomi. Etableringen af databasen er blevet en tillægsopgave for Familieambulatorierne i opstartsfasen – uden tillæg af økonomiske eller personalemæssige ressourcer.
2. 2. Der er ikke ressourcer til yderligere indtastning – og overalt i landet kæmper familieambulatoriernes personale med at nå indtastningen. Flere steder er det ikke muligt.
3. 3. Databasen er fortsat under oprettelse. Der er planlagt revision, men denne er sat i stå på grund af presset økonomi.
4. 4. Ingen støtte til databasen fra officiel side, hverken praktisk eller økonomisk.

Familieambulatoriets tilbud, kapitel 4 side 38-54:

Kapitlet afspejler ikke det tilbud, som de regionale familieambulatorier på landsplan generelt kan levere. Her skal gøres opmærksom på, at der er godkendt fem forskellige regionale projekter, som hver især tager udgangspunkt i de tilbud, som tidligere var regionalt kendt til sårbare gravide.

Beskrivelsen i kapitel 4 tager formentlig sit udgangspunkt i tilbuddet på Hvidovre Hospital.

Her skal gøres opmærksom på:

Side 38: "Familieambulatoriet yder dog også rådgivning til kvinder i den fertile alder med et misbrug, som ønsker at blive gravide, jf. målgruppe 2 i figur 3": Der er desværre meget få kvinder med misbrug, som gør brug af dette tilbud. De fleste graviditeter i denne målgruppe er ikke planlagte.

Side 39/40 og 44: Det nævnes, at det nyfødte barn og moderen i barselsperioden tilbydes undersøgelse og behandling via familieambulatoriet. Imidlertid udskrives/afsluttes moderen oftest lige efter fødslen fra Familieambulatoriet, og kun barnet følges indtil skolealderen.

Fejl i punkt 4 side 40: Beskrivelsen af målgruppen: "partnere med et afhængighedsforbrug af rusmidler" er ikke korrekt. Partneren er ikke en del af målgruppen. Men gravide, hvis partner har et afhængighedsforbrug af rusmidler, er derimod under målgruppen.

Beskrivelse af den tværfaglige medarbejdergruppe: der gøres opmærksom på, at medarbejderne er således sammensat nogle steder, men bestemt ikke alle.

Afholdelse af tværasektorielle koordinationsmøder er afhængig af, at samarbejdspartnere har mulighed for at deltage. På grund af besparelser inden for mange regi, er dette ikke altid en mulighed.

Side 41: Der er uklar formulering om kontaktperson.

Side 42 nederst: Mange steder er familieambulatoriet et ambulans tilbud, hvor personalet kun er til stede i dagtimer på hverdage. Modtagelse af gravide med specielle behov uden ventetid og på alle tider af døgnet sker således til de vagthavende på de obstetriske afdelinger, med hvem familieambulatoriet samarbejder.

"Tilbud under graviditeten" Kapitel 4.5.1, side 43- 44: Beskrivelsen af familieambulatoriets muligheder er ikke korrekte. På side 43 (gentages i opsamling side 54) nævnes det, at alle kvinder, som henvises til familieambulatoriet tilbydes en indledningsvist rådgivende samtale med ambulatoriets læge.

- - Dette er langt fra fast procedure i alle familieambulatorier.
- - Afhænger af det regionale tilbud.

Således er det de færreste steder, at familieambulatoriet har personale, som varetager behandlingen, når den gravide er indlagt, barsler – eller når barnet er på neonatalafdelingen. Det gør stamafdelingerne. Der er dog mange steder

etableret samarbejde mellem familieambulatoriets personale og afdelingerne.

På side 44 nævnes substitutionsbehandling:

- - Det er imidlertid meget forskelligt, hvem der varetager substitutionsbehandling. I langt de fleste kommuner varetages substitutionsbehandlingen af behandlingscentrene. Under indlæggelse udskrives medicinen af læger på stamafdelingerne - ofte via et samarbejde.

Side 44: Kun få steder i landet har familieambulatoriets psykologer mulighed for samtaler med gravide. Ressourcerne til psykologerne går overvejende til de børnepsykologiske test og til undersøgelse af børnene.

På side 44 nævnes det, at familieambulatoriet indkalder en socialrådgiver:

- - Det er desværre ikke overalt, at Familieambulatoriet har en socialrådgiver tilknyttet.
- - Hvis der er en socialrådgiver tilknyttet det aktuelle familieambulatorium, tilstræbes indkaldelse ved denne. Andre steder må jordemoder/ læge påtage sig denne opgave.

Side 44-45: Det er afhængigt af den enkelte barselsafdelings tilbud og mulighed for at foretage observation af moder og barn. Familieambulatoriet har ikke ressourcer og er heller ikke umiddelbart en del af barselspersonalet. Familieambulatoriet er et ambulansetilbud. Der er i øjeblikket meget diskussion om rimeligheden i, at almindeligt barselspersonale uden speciel uddannelse eller med afsat ressourcer har mulighed for at løfte opgaver omkring observation af mor/ far/barn samspil.

Side 44-45: Det er ønskeligt at sikre prævention før udskrivelse, men familieambulatoriet har ikke økonomi til det, - og man kan heller ikke for eksempel anlægge spiral så tidligt i forløbet (se desuden ovenfor). Man kan derfor i familieambulatoriet planlægge prævention for den sårbare kvinde, men ikke nødvendigvis sikre etableringen.

Styrket systematisk kvalificeret opsporing:

Der lægges op til "styrket systematisk kvalificeret opsporing" blandt gravide kvinder, da man har estimeret et stort mørketal af gravide kvinder med rusmiddelbrug, som ikke tilbydes udvidet svangreomsorg. Der lægges vægt på, at det er praktiserende læge og jordemoder, der har opgaven med opsporing. Derudover har de jf. servicelovens § 153, stk. 1, pkt. 2 skærpet pligt til underretning (side 58-60). Det nævnes, at læge og jordemoder systematisk skal spørge til tidligere og aktuelt rusmiddelbrug. Bør der laves undersøgelser over, hvor ofte praktiserende læger og primær jordemoder underretter ved oplysninger om rusmiddelbrug i graviditeten? Der mangler desuden et konkret bud på, hvorledes opsporing kan udføres ud over det eksisterende. Måske foreligger dette i Socialstyrelsens kommende nationale

retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling (forventet efterår 2015)?

Der henvises til de fem nyligt godkendte Sundhedsaftaler for 2015-2017. Disse rummer lokale samarbejdsaftaler mellem de regionale familieambulatorier og øvrige relevante regionale parter samt med hver kommune i regionen. Med Sundhedsaftalerne ønsker man at sikre, at familieambulatorierne og kommunernes alkohol- samt stofmisbrugsbehandlingstilbud kan samarbejde, men hvordan skal disse Sundhedsaftaler sikre, at de gravide kvinder med rusmiddelforbrug bliver henvist hertil i første instans? Og hvordan opfordres der til, at der i lokale behandlingscentre bliver målrettede tilbud til gravide/småbørnsforældre?

Afslutning

Det fremgår af rapporten, at Familieambulatoriet har en stor og sammensat patientgruppe, hvoraf mange har behov for ekstra støtte. Det er positivt, at det fremgår, at de regionale familieambulatorier har gjort og fortsat gør en stor indsats. Det fremgår desværre ikke af rapporten, at indsatsen sker på baggrund af ressourcer og tilbud, som er uens fordelt i landet. Fremover bør der arbejdes på, at familieambulatorierne styrkes og at patienterne får det samme tilbud uanset adresse.

2. juli 2015

□ Inge Olga Ibsen, overlæge, leder af Familieambulatoriet Region Syddanmark

Margrethe Møller, overlæge, leder af Familieambulatoriet Region Nordjylland

Vibeke Vestermark, overlæge, leder af Familieambulatoriet Region Sjælland

Merete Hein, lægefaglig leder af Familieambulatoriet Region Midtjylland

Charlotte Wilken-Jensen, leder af Familieambulatoriet Region Hovedstaden

og ledende overlæge gyn-obs afdelingen Hvidovre Hospital

Kommentarer til *Afrapportering fra en arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler*

September 2015

Undertegnede hilser Arbejdsgruppens rapport særdeles velkommen og det store arbejde, som ligger bag.

Da jeg har arbejdet i 38 år med den målgruppe – *gravide med forbrug og misbrug af rusmidler og deres børn* – som denne rapport handler om, vil jeg gerne bidrage med mine faglige kommentarer til rapporten. Jeg har undervejs bidraget til Arbejdsgruppens arbejde med faglige oplæg ved flere af Arbejdsgruppens møder, inklusive ved informationsmødet den 17. september 2014 for Folketingets Socialudvalg og Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg.

Derudover har jeg på bestilling fra Sundhedsstyrelsen i august 2011 *til brug for en arbejdsgruppe nedsat i 2011 af Socialministeriet og Sundhedsministeriet, og hvis kommissorium var at udarbejde et oplæg om tvangstilbageholdelse/ tvangsbehandling af gravide alkohol- og stofafhængige til brug for politikernes vurdering af, om der er behov for en lov i Danmark, som gør det muligt at tvangstilbageholde/ tvangsbehandle denne risikogruppe.*

NB: Så vidt jeg kan se, indgår mit notat til Sundhedsstyrelsen af den 22. august 2011 ikke i nuværende arbejdsgruppes baggrundsmateriale, hvorfor jeg medsender notatet (se vedhæftede).

I dette notat omtales de forskellige rusmidlers betydning.

NB: Man skal dog altid være bevidst om, at *det er kombinationen af den gravides fysiske og psykiske helbredstilstand, livsvilkår og livsstil, herunder hendes brug af rusmidler og afhængighedsskabende medicin, som udgør en risiko for fosteret/barnet.*

Samtidigt forbrug af flere rusmidler og medikamenter forstærker skadevirkningen af det enkelte rusmiddel og medikament.

Sundhedsstyrelsens publikation, *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*, 2011, indgår heller ikke i baggrundsmaterialet, hvilket må anbefales.

Prænatalt omsorgssvigt, kronik i Ugeskrift for Læger vedhæftes ligeledes som relevant baggrundsmateriale.

Kommentarer til Rapporten:

Vedrørende Bilag I:

Kommissorium for Arbejdsgruppen:

Side 108, afsnit 2: Det er naturligvis vigtigt, at begrænse antallet af børn, der fødes med alvorlige skader med alvorlige skader, men det er ligeledes vigtigt at have opmærksomheden på betydningen af omsorgsmiljøets kvalitet i det/de første leveår. Man ved, at et dårligt omsorgsmiljø kan *forstærke* konsekvenserne for barnet af de medfødte skader, og at et godt omsorgsmiljø – i betydelig grad – kan *kompensere* for konsekvenserne. Derfor er det vigtigt, at barnet umiddelbart efter fødslen udskrives til et trygt og kompetent miljø.

Nogle børn får først stillet FAS-diagnosen på et senere tidspunkt end ved fødslen – nogle først i ungdom eller voksenalder.

Side 108, afsnit 5: Langt de fleste af de gravide, som kunne have behov for tilbageholdelse, er ikke i behandling på en døgninstitution. De er typisk karakteriseret ved, at de er vanskelige at få etableret en kontakt med, og som derfor heller ikke er i behandling, når en graviditet indtræder.

Side 108, afsnit 6: En graviditet er sædvanligvis ikke omfattet af "*særlige forhold*".

Side 109, 3. Arbejdsgruppens sammensætning: At gravide med alkoholproblemer og gravide med stofproblemer hører under 2 forskellige ministerier er af mange grunde særdeles uhensigtsmæssigt. At Arbejdsgruppen nu anbefaler, at dette ændres er en meget vigtig anbefaling. Der er i det nuværende tilhørsforhold en uhensigtsmæssig signalværdi, nemlig at: *Stofproblemer er et socialt problem og alkoholproblemer er et helbredsproblem*. Der er jo tale om samme baggrundsproblematik, og behandlingsbehov og behandlingsmetoder er ligeledes identiske.

Vedrørende Arbejdsgruppens sammensætning finder jeg det uhensigtsmæssigt, at der ikke har været *speciallægefaglig* repræsentation i Arbejdsgruppen *med særlig erfaring inden for problemfeltet*.

Ministerielt tilhørsforhold for målgruppen. Jeg vil understrege vigtigheden af, at gravide "misbrugere" og børn af "misbrugere" fremover bliver lagt ind under *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse*. Gravide med rusmiddelproblemer er en *obstetrisk risikogruppe* og børnene er en *pædiatrisk risikogruppe*. Derfor er det særdeles vigtigt for at sikre såvel de gravide som børnene en *tilstrækkelig kvalificeret*

sundhedsfaglig behandling, at de ikke primært gøres til et socialt problem. Det vil ligeledes være en logisk konsekvens at placere målgruppen under dette ministerium i forhold til, at Familieambulatorierne er placeret i regionalt (sygehus) regi og har behandlingsansvaret i forhold til de gravide og de nyfødte børn, og at familieambulatorierne ligeledes har en vigtig rolle i forhold til børnene frem til skolealder.

Målgruppens størrelse og omfanget af behov for tvangstilbageholdelse af gravide

Familieambulatoriet Region Hovedstaden varetager behandling og svangreomsorg for ca. 250 nye gravide om året. Langt de fleste af disse gravide er i stand til at profitere af den behandling og støtte, som tilbydes dem, og i en grad, som kommer deres barn betydeligt til gode.

Der er dog en lille "restgruppe", ca. 5 – 10 gravide kvinder om året, som ikke er i stand til i tilstrækkelig grad at profitere af Familieambulatoriets tilbud med særdeles alvorlige konsekvenser for børnene til følge. I disse tilfælde har man ingen muligheder for at gribe ind med foranstaltninger til sikring af barnets udvikling og velfærd før efter, at barnet er født. Kun i tilfælde, hvor den gravide er sindssyg og til fare for sig selv eller andre, kan hun tvangsindlægges og tvangsbehandles efter *Sindssygelovens* paragraffer. Og begrebet "andre" dækker i denne sammenhæng ikke det ufødte barn, idet barnet i *juridisk forstand ikke er et selvstændigt individ, før det er født*. Det ufødte barn har *ingen retsstilling*, når det gælder liv og førlighed ifølge nuværende lovgivning i Danmark.

Denne ovenfor omtalte "restgruppe" af gravide giver generelt udtryk for at være meget motiverede for behandling, hjælp og støtte og for at gøre det bedst mulige for det ventede barn, men de har det helt tydeligt for dårligt til at kunne indgå og fastholdes i behandling, uanset, hvor meget støtte, der sættes ind.

Det er ofte kvinder med en såkaldt *dobbelt diagnose*, dvs. *psykisk syge med misbrugsproblemer*. Flere af disse kvinder giver udtryk for, at de gerne vil have, at vi låser døren, så de ikke går ud og gør det, som skader deres barn, og som de ikke vil, men ikke kan lade være med at gøre.

Jeg kan som eksempler fra mit eget arbejde nævne to mødre, som kom til børneundersøgelse med deres alkoholskadede barn i Familieambulatoriet, og som sagde spontant og uafhængigt af hinanden: "*Jeg kan ikke holde ud at se på mit barn. Når han kigger på mig, synes jeg, at han sender mig sådan et bebrejdende blik*".

Barnet skal leve med et livslangt handicap, men mødrene skal leve med en livslang skyldfølelse. Derfor svigter samfundet ikke blot børnene, men også mødrene, hvis ikke der optimalt gøres, hvad der er muligt at gøre, for at undgå disse for alle parter meget ulykkelige forløb.

Jeg vil anbefale, at Arbejdsgruppen implementerer FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1959) i Arbejdsgruppens arbejde. Danmark har som bekendt tilsluttet sig denne konvention.

I FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1959) står:

"at barnet som følge af sin fysiske og psykiske umodenhed har behov for særlig beskyttelse og omsorg, herunder passende juridisk beskyttelse både før og efter fødslen".

Det er således indeholdt i konventionen, at barnet også før fødslen har krav på beskyttelse.

I artikel 3 står:

"at deltagerstaterne skal sikre barnet den beskyttelse og omsorg, der er nødvendig for dets trivsel og træffe alle passende lovgivningsmæssige og administrative forholdsregler (...) I alle foranstaltninger vedrørende børn skal barnets tarv komme i første række".

I artikel 4 står:

"at deltagerstaterne skal gennemføre passende lovgivning samt administrative og andre forholdsregler til gennemførelsen af de i denne konvention anerkendte rettigheder".

I artikel 6 står:

"at ethvert barn har en naturlig ret til livet", og at "deltagerstaterne skal i videst muligt omfang sikre barnet overlevelse og udvikling".

I artikel 24 står:

"at deltagerstaterne anerkender barnets ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand, adgang til at få sygdomsbehandling og genoprettelse af helbredet". Tillige skal deltagerstaterne arbejde på at "formindske spædbørns- og børnedødeligheden, at bekæmpe sygdom og underernæring og at sikre kvinder passende svangerskabs- og barselspleje".

I FN's børnekonvention er det således indeholdt, at børn skal beskyttes både før og efter fødslen, og at medlemslandene er forpligtiget til at have en lovgivning, som opfylder konventionen.

Sammenfatning og konklusion

Der er behov for en lovgivning, som sikrer det ufødte barn ret til en normal udvikling og omsorg. I de tilfælde, hvor børns liv og udvikling er alvorligt truet, er det nødvendigt at have mulighed for tvangsforanstaltninger, som man har det for fødte børn.

I og med, at vi i Danmark har en lov, som giver kvinden ret til at vælge barnet *fra* før 12. svangerskabsuge (*Abortloven*) og en mulighed for at vælge barnet *fra* ved ansøgning herom til Abortsamrådet på et senere tidspunkt i graviditeten, bør en beslutning om at gennemføre graviditeten medføre et vist *minimum* af krav til kvinden om ansvar og omsorg for det ventede barn.

Også kvinderne svigtes, når der ikke sættes *optimalt* ind for at forhindre, at deres børn skades. *Forældre i en vanskelig livssituation ønsker i samme grad som andre forældre det bedste for deres børn.*

Forslag til lovændring:

Den nuværende lov i Danmark vedrørende børns sundhed og udvikling, *Service-loven*, bør udvides til at omfatte de sidste 5 måneder af graviditeten, hvor fosteret har nået en alder og størrelse, hvor det vil være levedygtigt, hvis det blev født, (efter 21 fulde svangerskabsuger), men hvor muligheden for abort ikke længere er til stede. Hvis det ufødte barn *i juridisk forstand* var defineret som et *selvstændigt individ* fra dette tidspunkt af graviditeten (efter 21 fulde svangerskabsuger), ville de ufødte børn have samme rettigheder som de fødte børn med mulighed for foranstaltninger uden samtykke i tilfælde af omsorgssvigt, overgreb og mishandling.

Inden der gribes til *foranstaltninger uden samtykke* over for den gravide, skal der naturligvis forinden have været et tilbud om hjælp og behandling og gjort et intensivt forsøg på foranstaltninger på frivillig basis.

Det skal være muligt også *helt tidligt* i graviditeten at tilbageholde den gravide *uden samtykke*, såfremt hun fastholder et ønske om at gennemføre graviditeten, og hun er i en situation og en tilstand, hvor hun ikke vil kunne fastholdes i et specialiseret svangreforløb på frivillig basis.

Ligeledes vil en lovgivning på området svarende til den norske lovgivning sikre mulighed for en tidligere indsats over for svært truede børn, idet nuværende lovgivning er med til at fastholde den praksis, at der i mange tilfælde ikke tages initiativ til foranstaltninger over for den gravide og det ventede barn under graviditeten – ofte under henvisning til tavshedspligten - selv om gravide er omfattet af underretningspligten.

Etisk og samfundsøkonomisk stort problem: Det er - ud fra *alle* betragtninger - et uacceptabelt og alvorligt problem, at *børn skal betale med deres liv og førlighed* for mødrenes ret til at opfylde egne kortsigtede behov før fødslen – handlinger, som de fleste af kvinderne umiddelbart bitterligt fortryder med efterfølgende livslang skyldfølelse til følge.

Tillige er det et stort *samfundsøkonomisk og etisk problem*, at der fødes handicappede børn, hvis handicap kunne være forebygget.

I rapporten gøres der opmærksom på de øgede økonomiske udgifter, der vil være forbundet med at ændre på behandlingsindsats og tilhørende lovgivning.

*Her må man stille spørgsmålet: Har samfundet råd til at lade være? En cost-benefit analyse over, hvad det vil koste med en intensiveret forebyggende indsats i forhold til de børn, vi her taler om, sat op i mod omkostningerne til børn med livslangt handicap, kan alle vist forstå er ude af proportioner, foruden de *menneskelige omkostninger*, der altid er forbundet med et barn, som er varigt skadet.*

Som udgangspunkt er disse børn sunde og normale fostre, som har et normalt udviklingspotentiale. De ville udvikle sig til sunde, normale og velfungerende børn og voksne, hvis ikke de tidligt i deres udvikling blev skadet af alkohol eller stoffer.

Yderligere forslag: Vi bør afskaffe betegnelsen "opvækstmiljø" og erstatte det med betegnelsen "udviklingsmiljø", for så *tvinges* vi til at tænke på barnets vilkår fra helt lille foster, hvor det er allermest sårbart.

Side 10:

Afsnit 2: Anstinenser er ikke *medfødte*, men udvikles i *neonatal*perioden.

Afsnit 3: FAS er indeholdt i FASD

Afsnit 4: Diagnosekoden er ens for de omtalte abstinenser, DP961. Tillige bør nævnes moderens forbrug af afhængighedsskabende medicin under graviditeten.

Side 11:

Midt på siden: Der mangler omtale af gravide kvinder med forbrug/misbrug af *afhængighedsskabende medicin*

Side 13:

Afsnit 1: Det er uklart, hvordan tallet 3500 gravide kvinder med *misbrug* af alkohol og/eller stoffer fremkommer. Tallet virker umiddelbart at være for højt estimeret, idet en stor del af de gravide kvinder, som er indskrevet i familieambulatorierne ikke har et "*misbrug*" af alkohol eller stoffer.

Side 15:

Afsnit 3: De omtalte abstinenser hos de nyfødte har samme diagnosekode, nemlig *DP961*

Afsnit 4: Hvorfor indfører man ikke bare systematisk registrering af graviditeter i de omtalte registre?

Afsnit 6: *Dansk Familieambulatoriedatabase* forventes tillige at kunne bidrage med viden om, hvilke behandlingsmetoder og andre indsatser, der hjælper og ikke hjælper – både specifikt i forhold til de gravide og specifikt i forhold til børnene, men den kan jo i sagens natur ikke sige noget om, hvor mange børn, der fødes, da den jo ikke omfatter det såkaldte "mørketal".

Side 16:

Sidste "kasse: Mig bekendt er det kun fra og med den 1. januar 2012, som er inkluderet i Dansk FA-database.

Side 17:

Første "pind": Teksten er "dobbeltkonfekt"

Side 19: (der er en del korrekturfejl)

Afsnit 4: Afsnittet er dårligt og upræcist formuleret, f.eks. "*skaderne registreres således ikke som medfødte alkoholskader*". FASD omfatter også FAS.

Afsnit 5: er ligeledes upræcist formuleret og fagligt ikke korrekt.

Kapitel 2.1.2: *Hele dette kapitel er fagligt ukorrekt, mangelfuldt og misvisende. Bør skrives helt om. (NB: jeg gør det gerne, men kan ikke nå det inden for høringsfristen). Det samme gælder – i lidt mildere grad – kapitel 2.1.1.*

Side 20:

Kapitel 2.1.3: *Som kapitel 2.1.2: Bør skrives helt om.*

Side 21:

Kapitel 2.2.1: Medfødte abstinenser rettes til *neonatale* abstinenser. Som tidligere bemærket er der *ikke* to forskellige diagnosekoder for abstinenser hos nyfødte som følge af moderens forbrug/misbrug/behandling under graviditeten. *Diagnosekoden er DP961*. Antallet af nyfødte på side 21, som udvikler neonatale abstinenser, stemmer ikke med antallet på side 22. Desuden er der fejl i kurven, idet de abstinenser, som udvikles hos nyfødte som følge af moderens behandling med afhængighedsskabende medicin, har samme diagnosekode som andre neonatale abstinenser. Diagnosekoden *DP962* anvendes udelukkende til abstinenser hos nyfødte som følge af medicinsk behandling af den *nyfødte efter fødslen*, f. eks. Morfin som smertebehandling efter en operation eller morfin i forbindelse med respiratorbehandling. Al abstinensudvikling hos den nyfødte som følge af behandling af *moderen* under graviditeten, har diagnosekoden *DP961*.

Side 24:

Afsnit 2: *Der mangler vigtige faglige baggrundsoplysninger* vedrørende årsager til graviditets- og fødselskomplikationer hos kvinder med forbrug/misbrug af rusmidler for at forstå, hvad der menes med *"rusmiddelrelaterede komplikationer til mødrene graviditets- og fødselsforløb"*.

Afsnit 3: Som tidligere nævnt kender man ikke *"mørketallet"* på, hvor mange børn, der bliver født med rusmiddelskader.

Kapitel 2.3:

Afsnit 2 og 3: Dansk FA-database kan give dokumenteret information om de medfødte skader, som børnene født af de kvinder, som er indskrevet i FA-databasen, har – men naturligvis ikke for børn født af mødre fra *"mørketallet"*.

Afsnit 7: Det er ikke fagligt korrekt, at *"særligt den første tid af graviditeten er risikofyldt for fosteret"*. Jo – hvad misdannelser angår, men ikke for *"alt det andet"*, som er mindst lige så farligt for fostret/barnet. Der mangler vigtige faglige baggrunds-informationer om risici i forhold til graviditets- og fødselskomplikationer i rapporten som helhed som et nødvendigt grundlag for tilrettelæggelsen af såvel forebyggelses- som behandlingsstrategier og såvel for den gravide som for barnet. Særligt er dette vigtigt i forhold til de kvinder, som er allertungest belastet, og som er målgruppen for tilbageholdelse (og behandling) uden samtykke.

Side 25:

Kapitel 3.1:

Afsnit 2: Som tidligere bemærket, er fostret ikke mere udsat for skader i den første del af graviditeten end senere, men *der mangler vigtige faglige baggrundsoplysninger for i tilstrækkelig grad at forstå det komplekse problemfelt, som denne rapport handler om.*

Primær forebyggelse: *Der bør indføres gratis prævention til alle kvinder i misbrugsbehandling*

Side 26:

Målgruppe 4: Hvordan fremkommer tallet 3500 gravide årligt med et misbrug? Tallet forekommer umiddelbart for højt estimeret.

Målgruppe 5: behøver ikke nødvendigvis at adskille sig fra målgruppe 4, hvad angår art og omfang af "misbrug". Der kan være mange andre faktorer end "misbruget", som har indflydelse på kvindens belastningsgrad og risikograd i forhold til graviditeten/barnet og på, at hun ikke kan fastholdes i et specialiseret svangreomsorgsforløb (Familieambulatoriet) og/eller fastholds i anden form for behandling.

Sidste linie: Antallet skønnes vel til at være 10-15 og ikke 1015?

Side 28:

Kapitel 3.1.4:

Afsnit 1: Som tidligere bemærket, er det relativt få af de gravide kvinder, som er i behandling i Familieambulatoriet, som har et *afhængighedsforbrug* af rusmidler. Derfor forekommer tallet 3500 gravide kvinder årligt med et *misbrug* som et meget højt tal.

Afsnit 2: For nogle gravide kvinder kan det være uoverskueligt/uoverkommeligt at være tilknyttet mere end 1 behandlingssted under graviditeten. I de tilfælde skal *den specialiserede svangreomsorg i Familieambulatoriet prioriteres over alt andet.*

Sidste afsnit: Døgnbehandling af gravide med misbrugsproblemer skal *altid kombineres med et tæt forløb i Familieambulatoriet.*

NB: Jeg har **aldrig** i de mange år, jeg har arbejdet med denne målgruppe, oplevet, at den gravide stofmisbruger har fået et behandlingstilbud fra kommunen med mulighed for tilbageholdelse. *Det samme gælder for gravide med alkoholmisbrug.*

Side 32:

Kapitel 3.5:

4. afsnit: Hvordan fremkommer antallet 3500 børn årligt, der fødes af mødre, der er *afhængige* af alkohol og/stoffer? Tallet forekommer at være meget højt på baggrund af tallene fra de regionale familieambulatorier, hvor antallet af *afhængige* gravide er relativt lavt. Der er i 2014 indskrevet i alt 790 gravide i de regionale familieambulatorier tilsammen, hvoraf kun en mindre andel af disse gravide er *afhængige*. Antallet af børn, som efter fødslen udvikler abstinenssymptomer, er steget til 109. Langt de fleste børn født af mødre med et *afhængighedsforbrug*,

udvikler behandlingskrævende abstinenser efter fødslen. Tallet 3500 har jeg således svært ved at forstå som værende et realistisk skøn.

Mig bekendt har Dansk Familieambulatorie-database ikke valide tal for kalenderåret 2011, men først for 2012 og fremefter. Desuden var ikke alle familieambulatorier i fuld drift i 2011, hvorfor der ikke var grundlag for at inkludere 2011 i FA-databasen.

Kapitel 3.5.1:

Familieambulatoriet på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital blev etableret i 1989. På baggrund af erfaringer og resultater herfra blev Familieambulatorie-modellen etableret på landsplan i 2010/2011 finansieret af en stor satspuljebevilling og med Familieambulatoriet på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital som model for de øvrige.

Side 33:

afsnit 1: antallet af registrerede kvinder på 537 i forhold til rusmiddelmønster – for hvilken periode er dette tal? 2011-2014? eller 2014? ”Opgørelsen af rusmiddelforbruget sker ved udskrivning”. Er rusmiddelforbruget da det forbrug, kvinden havde ved indskrivning i Familieambulatoriet eller ved udskrivning? Det fremgår ikke.

Vedr. de 317 i den første ”pind”: Indgår alkohol i denne gruppe?

Side 34:

Kapitel 3.5.2:

afsnit 2: Hvorfor indfører man ikke blot registrering af graviditeter i denne database?

Side 35:

1. afsnit: På baggrund af tallene herfra må det formodes, at antallet af gravide kvinder med behov for tilbageholdelse uden samtykke er betydeligt højere end det i denne rapport estimerede på 10-15 kvinder årligt på landsplan.

Kapitel 3.5.3:

Afsnit 1: Hvorfor ændrer man ikke straks dette, således at graviditeter systematisk bliver inkluderet i denne database?

Afsnit 2: Denne statistik viser for mig at se med al tydelighed, at den nuværende lovgivning langt fra er tilstrækkelig til at nå ud til de tungest belastede misbrugere. Nuværende lovgivning giver kun mulighed for at tilbageholde 14 dage af gangen og sammenlagt max. 2 måneder inden for en periode på 6 måneder, foruden at

patienten til hver en tid kan ophæve kontrakten. Af statistikken fremgår, at en tredjedel af kvinderne udeblev fra behandlingen, inden de var færdigbehandlede. En graviditet gør det ikke lettere at forblive i et behandlingsforløb – selv om mange forestiller sig dette.

Afsnit 3: Det er vigtigt at understrege, at *specialiseret svangreomsorg i Familieambulatoriet er den vigtigste del af behandlingen af en gravid "misbruger" under graviditet, fødsel og barselsperiode*. Derfor er det vigtigt, at *alle* andre behandlingssystemer *straks* henviser kvinden til Familieambulatoriet, så snart graviditeten konstateres, og motiverer kvinden dertil. For mange af de tungt belastede kvinder kan det virke uoverkommeligt og uoverskueligt at være indskrevet i mere end ét system under graviditeten. I den situation er det vigtigt, at *alle i det professionelle system er klar over prioriteringen*.

Kapitel 3.5.4:

Afsnit 2: I linje 5 skal der tilføjes: "*og sundhedsmæssige problemer*" efter "*sociale problemer*". Og *psykiske problemer* er ikke et *socialt* problem.

Side 36:

Afsnit 4: De nyfødte børn bør nævnes *explicit*, når FA-databasen omtales. *De nyfødte børns tilstand er en indikator dels på den gravide kvindes belastningsgrad under graviditeten og ved fødslen, dels på effekt af behandlingsindsatsen*.

Afsnit 6: Her står, at Familieambulatorierne med 790 henviste gravide på et år, således kun modtager 1/3 af målgruppen. Et andet sted i rapporten står, at målgruppen skønnes at være *3500 gravide om året med afhængighedsforbrug* af alkohol og/eller stoffer. Mange af de kvinder, som er Familieambulatoriets målgruppe, har ikke *misbrugsproblemer*, hvorfor jeg ikke forstår tallene.

Den omtalte anonyme urinscreeningsundersøgelse af gravide, som blev foretaget i Odense, omfattede mig bekendt ikke screening for *alkohol*. Alligevel konkluderer man, at på baggrund af denne pilotundersøgelse "*modtager familieambulatorierne således i dag kun 1/3 af målgruppen af gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer*".

Afsnit 7: Der står, at "*gravide kvinder, der har et mindre rusmiddelforbrug af alkohol og/eller stoffer kan risikere at skade et kommende barn, fx ved gentagne episoder*

med højt alkoholforbrug ved samme lejlighed eller ved et løbende forbrug af andre rusmidler". Hvorfor deler man det op således mellem alkohol og andre rusmidler? Begge de nævnte situationer er da gældende for alle typer af rusmidler, inklusive alkohol – i hvert fald for de rusmidler/medikamenter, som er fysisk afhængighedsskabende.

Det er vigtigt at skelne mellem, om den gravide kvinde har et – i forhold til sig selv – behandlingskrævende rusmiddelforbrug, eller hun har et – i forhold til fostret – *specialiseret svangreomsorgs-krævende* rusmiddelforbrug. Der er stor forskel **mellem disse problemstillinger.**

Side 38:

Kapitel 4.1: I Linje 2 skal tilføjes – efter de gynækologiske-obstetriske afdelinger – *neonatalafdelinger og børneafdelinger.*

Side 39:

Afsnit 1: I linje 1 skal tilføjes – efter "*kommunale*" – og *sundhedsfaglige.*
I linje 3 skal tilføjes – efter "*stofmisbrugsbehandling*" – og *de profylaktiske undersøgelser i graviditeten hos egen læge og spædbørns- og småbørnsundersøgelserne hos egen læge samt sundhedsplejerske.*

Afsnit 2 bør suppleres med: Det samme gælder for børn i alderen 0-6 år, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler/afhængighedsskabende medicin, og som ikke er kendt i Familieambulatoriet fra moderens graviditet og fødsel. Tillige bør Familieambulatoriets opfølgende børneundersøgelser omtales eksplicit.

Side 40:

Afsnit 4: skal suppleres med: (efter "*udsættelse for rusmidler*"): *men skal også sætte ind over for øvrige risikoforhold under graviditeten og efter fødslen.*

Afsnit 6: *Speciallæger i Familieambulatoriet omfatter også speciallæger i almen medicin, og kan ligeledes omfatte speciallæger i samfundsmedicin, psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.*

Afsnit 7: Skal suppleres med: *neonatalafdeling, børneafdeling og børnepsykiatrisk afdeling*, herunder tillige *spædbarnspsykiatrisk afsnit*. Derudover har Familieambulatoriet et tæt samarbejde med alment praktiserende læger, sundhedsplejersker, distriktpsychiatrien, familieinstitutioner, observations- og behandlingshjem for spædbørn, familieplejen, kriminalforsorgen, Reden m.fl.

Side 42:

Afsnit 4: I næstsidste linje tilføjes – efter *”kommunale tilbud”* – og *sundhedsfaglige tilbud*.

Kapitel 4.5.1:

Sidste afsnit: *Abstinensmedicin og substitutionsbehandling* er det samme. I linje 3 suppleres med – efter *”fosterskader”* – og *graviditetskomplikationer*. Det bør i dette afsnit omtales, at kvinden efter barselsperioden udskrives fra Familieambulatoriet, hvorefter det kun er barnet, som forbliver indskrevet. Ligeledes bør det omtales, at kvinden efter fødslen som regel tilbydes forlænget indlæggelse i barselsperioden ved behov, enten sammen med barnet, eller uden barn, mens barnet er indlagt i neonatal- eller børneafdeling.

Side 44:

Afsnit 2: Familieambulatoriets tilbud omfatter *specialiseret, tværfaglig svangreomsorg og specialiseret, tværfaglig opfølgning af børnene* frem til skolealder. Tilbuddet omfatter ikke blot *samtaler* med socialrådgiver, men *socialfaglig behandling*. Psykiske sygdomme behandles *ikke* af Familieambulatoriets team, men af relevant speciallæge inden for eller uden for hospitalet, ofte på initiativ af og henvisning fra Familieambulatoriet.

Afsnit 5: i første linje tilføjes – efter *”fødslen”* – og barsels- og neonatalperioden. I tredje sidste linje tilføjes – efter *”prævention”* – eller *sterilisation efter fødslen eller i forbindelse med fødslen*.

Kapitel 4.5.2:

Afsnit 2: tredje sidste linje: *”opsporing”* er ikke et hensigtsmæssigt ordvalg her.

Side 45:

Afsnit 1: Første linje: Jeg har aldrig oplevet, at en gravid kvinde er blevet tilbudt mulighed for tvangstilbageholdelse.

Side 51:

NB: Beklageligvis nåede jeg ikke – på grund af akut opstået alvorlig sygdom i nærmeste familie - at færdiggøre en systematisk kommenteret gennemgang af rapporten og bearbejde og sammenskrive mine kommentarer til en kort sammenfatning med konklusion og anbefalinger.

Jeg færdiggør gerne dette arbejde i løbet af denne uge, såfremt det måtte ønskes.

Jeg undrer mig over, at jeg ikke blev inviteret til at deltage i det dialogmøde, som blev afholdt den 15. april d.å., min lange erfaring med specialområdet taget i betragtning og mine faglige bidrag til Arbejdsgruppens arbejde undervejs.

Som det fremgår af mine kommentarer ovenfor i gennemgangen af rapporten frem til side 51, er der nogle steder i rapporten *betydelige faktuelle og lægefaglige/sundhedsfaglige fejl og mangler*, og enkelte (lægefaglige) afsnit anbefales at blive omskrevet/revideret/suppleret.

Jeg bistår gerne med dette, såfremt det måtte ønskes.

Med venlig hilsen

May Olofsson

Speciallæge

Medstifter og tidligere overlæge og leder af Familieambulatoriet Region Hovedstaden og Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn

E-mail mayolofsson@hotmail.com

Telefon 27288401

r



TVANGSTILBAGEHOLDELSE AF GRAVIDE RUSMIDDELAFHÆNGIGE I DANMARK

Ved May Olofsson, overlæge og leder af Familieambulatoriet i Region Hovedstaden og af Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn

Baggrund for oplægget: Oplægget er bestilt af Sundhedsstyrelsen til brug for en arbejdsgruppe nedsat 2011 af Sundhedsministeriet og Socialministeriet, og hvis kommissorium er at udarbejde et oplæg om tvangstilbageholdelse/ tvangsbehandling af gravide alkohol- og stofafhængige til brug for politikernes vurdering af, om der er behov for en lov i Danmark, som gør det muligt at tvangstilbageholde/ tvangsbehandle denne risikogruppe.

Sundhedsstyrelsen ønsker følgende emner belyst:

- Skaderne ved alkohol- og stofmisbrug for barnet, herunder det nyfødte barn samt barnet senere i livet, rettidig indgriben, stabilisering/nedtræpning/abstinenser mv.
- Tal for målgruppe/population herunder definition på hhv. alkohol- og stofmisbrug, samt data for fordeling på regioner
- Sundheds- og socialfaglige perspektiver på gravide misbrugere og deres børn

I Danmark eksisterer der på nuværende tidspunkt lovgivningsmæssigt grundlag for at tvangstilbageholde gravide stofmisbrugere og gravide alkoholmisbrugere i behandling. Dette sker på følgende grundlag:

Kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse: Ifølge loven om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, skal kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbruger, at hun kan indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Det er frivilligt for den gravide stofmisbruger, om hun ønsker at indgå en sådan kontrakt, og den kan højst indgås for et halvt år.

Den gravide stofmisbruger kan til enhver tid opsig kontrakten. Dog kan tilbageholdelse ske (jf. særlig § 5 i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling), når der er begrundet formodning om, at den gravide vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde hende fordi:

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

Tilbageholdelse kan kun ske, såfremt mere lempelige foranstaltninger er utilstrækkelige. Tilbageholdelsen skal ophøre, når de ovenfor nævnte betingelser ikke længere er til stede. Den enkelte tilbageholdelse kan ikke vare mere end 14 dage fra beslutningen, og den samlede tilbageholdelsesperiode kan ikke overstige 2 måneder inden for 6 måneder. Beslutninger om tilbageholdelse og ophør af denne træffes af behandlingstilbuddets leder.

Tilbageholdelse af gravide med alkoholproblemer i behandling: Sundhedsloven giver mulighed for tilbageholdelse af gravide i alkoholbehandling (sundhedsloven § 141 a-f). Kommunerne kan give tilbud i



form af en kontrakt til gravide med alkoholproblemer om, at de i en kort periode kan blive tilbageholdt på en døgninstitution til alkoholbehandling eller i en familieambulatoriefunktion tilknyttet en døgnfunktion. Formålet er at forhindre den gravide i at skade fosteret, men også at hindre kvinden i at genoptage alkoholforbruget og at fastholde hende i behandling. Der er tale om en frivillig ordning for såvel kommunen som den gravide. Kvinden kan som udgangspunkt opsige kontrakten til enhver tid dog med den modifikation, at hun kan tilbageholdes i en periode på op til 2 uger, hvis der er en formodning om, at hun vil indtage alkohol med risiko for, at hun skader fosteret. For uddybning af reglerne om tilbageholdelse af gravide med alkoholproblemer henvises endvidere til bekendtgørelse nr. 227 af 11/02/2008 og vejledning nr. 18 af 11/02/2008.

De her omtalte muligheder for tilbageholdelse af gravide med alkohol- og stofmisbrugsproblemer i behandling er aldrig blevet implementeret i hverken regionernes eller kommunernes behandlingstilbud til gravide og har således aldrig været taget i anvendelse. Et satspuljefinansieret forsøgsprojekt omhandlende tvangstilbageholdelse af gravide med alkoholmisbrug blev iværksat i Nordjylland i 2009, men projektet blev lukket i 2010 på grund af manglende tilgang af gravide.

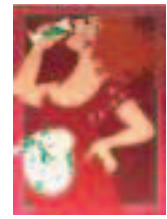
Børn i familier med alkohol- og stofproblemer

er højrisikobørn såvel fysisk som psykisk og socialt. Dels er børnene i risiko for alvorlige medfødte skader (misdannelser, væksthæmning, hjerneskade, for tidlig fødsel) og høj sygelighed i nyfødthedsperioden (abstinenser, infektioner og følger af de medfødte skader), dels er opvækstmiljøet helt fra fødslen ofte præget af ustabilitet, utryghed og mangel på netværk samt materiel og kulturel fattigdom. Tillige kan den tidlige og vigtige mor-barn kontakt og tilknytningen mellem mor og barn være vanskelig at etablere. Det medfører risiko for understimulation, følelsesmæssig afvisning, omsorgssvigt og overgreb, inklusiv seksuelle overgreb, som kan forstærke de medfødte skaders betydning for barnets videre udvikling.

Kindernes opvækst- og baggrundsforhold, helbredstilstand og konstitution

Mange års alkohol- eller stofmisbrug hos kvinden fører til en generelt dårlig helbredstilstand præget af underernæring og fejlernæring, blodmangel og smitsomme sygdomme som f. eks. leverbetændelse og hiv/aids og andre følgesygdomme, som ligeledes vil have en negativ indvirkning på et graviditets- og fødselsforløb. Mange af kvinderne har tillige belastede opvækstforhold præget af omsorgssvigt, overgreb og anbringelser uden for hjemmet med forstyrrelse i personlighedsudviklingen til følge og dermed nedsat evne til at etablere kontakt med og tilknytning til egne børn samt til at drage omsorg for dem. Ofte starter et misbrugsforløb allerede i den tidlige teen-age alder med afbrydelse af eller dårligt udbytte af skolegang til følge, og ofte fører et misbrug til involvering i kriminalitet og prostitution, hvilket yderligere svækker de personlighedsmæssige resurser, især set i lyset af et kommende forældreevne – og børneperspektiv. Mange af kvinderne har haft misbrugsproblemer i mange år og har flere mislykkede behandlingsforløb bag sig, når de bliver gravide. Mindst 15 % har en psykisk eller psykiatrisk lidelse og flere psykiatriske indlæggelser bag sig. Selvmordsforsøg og spiseforstyrrelser er ligeledes hyppigt forekommende i denne gruppe. Udeblivende eller stærkt uregelmæssige menstruationer er almindeligt, og anvendelsen af prævention er mangelfuld. De fleste af graviditeterne er uplanlagte, men ofte ønskede, når de først er konstateret, idet kvinderne ser graviditeten/barnet som en mulighed at komme ud af misbruget. Mange graviditeter opdages sent, og henvendelse til læge/jordemor sker ofte sent. Ofte har kvinden en partner/barnefar med samme problemkompleks som hende selv. Også arvelige forhold spiller ind som en risikofaktor for barnet i denne gruppe af gravide og barnefædre.

De medfødte skader hos barnet i kombination med dårlige opvækstforhold kan føre til livslangt handicap og i værste fald død. Dertil kommer, at mange familier med misbrugsproblemer ikke gør brug af sundhedssystemet i samme grad som andre, og især ikke af de profylaktiske undersøgelser som svangreundersøgelser, børneundersøgelser og vaccinationer samt sundhedsplejerske og daginstitution. Det betyder, at mange af disse børn, som er de allermest udsatte børn i vores samfund og derfor har størst behov



for at blive undersøgt, ikke bliver set af børnesagkyndige, før de når den undervisningspligtige alder ved 6-7 års alderen, hvor det i mange tilfælde vil være for sent at rette op på de helbreds – og udviklingsmæssige problemer og følgerne af den omsorgssvigt og de overgreb, som mange af børnene allerede på det tidspunkt har været udsat for.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at alkohol er det farligste af alle rusmidler set i et børneperspektiv, og at alkoholoverforbrug- og afhængighedsforbrug er udbredt i alle samfundslag og ikke umiddelbart vil være synligt i de familier, som har gode og veletablerede sociale forhold.

Senfølger og samfundsøkonomi

Undersøgelser viser, at børn opvokset i familier med alkohol- og stofproblemer generelt har flere helbredsproblemer af såvel fysisk som psykosomatisk og psykisk karakter end andre børn. De kommer tillige ud for flere ulykker, og de har flere skoleproblemer, såvel indlæringsmæssigt som adfærdsmæssigt, end andre børn. Opvækst med rusmiddelproblemer får ligeledes betydning i voksenalderen. Flere undersøgelser viser, at disse børn også som voksne har flere helbredsproblemer, psykiske lidelser, psykiatriske indlæggelser og psykosomatiske klager sammenlignet med voksne, som har haft en opvækst uden rusmiddelproblemer. Derudover har de en øget forekomst af alkohol- og stofproblemer, kriminalitet og sociale problemer. Mange vil derfor have behov for betydelig hjælp, støtte og behandling fra både sundhedsvæsenet og det sociale system i såvel barndom som i voksenlivet og ofte et livslangt behov. Samfundsøkonomisk er disse børn og voksne meget udgiftskrævende foruden de menneskelige omkostninger, der altid følger med et skadet barn og en voksen, som ikke er i stand til at klare sig i samfundet.

Forebyggelse – tværfaglig og tværsektoriel indsats

Børn i de her omtalte familier har som udgangspunkt et normalt udviklingspotentiale, og ville blive helt normale, sunde børn og velfungerende voksne, hvis ikke de i deres helt tidlige udvikling blev udsat for forskellige faktorer, som skader deres sundhed og udvikling. Derfor kan samtlige skader på børnene forebygges, hvis man meget tidligt i børnenes liv - fra den helt tidlige fosterudvikling - får sat ind med relevant hjælp, støtte og behandling af såvel lægelige som psykologiske og sociale problemer hos den gravide og hendes evt. partner/barnefar. Det er derfor vigtigt, at alle fagpersoner, som arbejder med eller er i kontakt med gravide, børn og børnefamilier, har kendskab til de problemer, der er forbundet med brug af rusmidler, og specielt har kendskab til, hvad det betyder for børnene, og ligeledes ved, hvordan man behandler og forebygger. Det er vigtigt, at der sættes tidligt ind både med relevant undersøgelse og behandling af den enkelte gravide og af det enkelte barn samt undersøgelse og behandling af barnets forældre/omsorgspersoner. Problemfeltet er af multifaktoriel karakter, hvorfor både forebyggelse og behandling kræver tværfaglig og tværsektoriel indsats og samarbejde. Tillige skal man som professionel være opmærksom på den skærpede underretningspligt, som omfatter børn, men også omfatter gravide med alvorlige rusmiddelproblemer.

Problemets omfang

Hvor mange børn i Danmark, der er belastet af rusmiddelproblemer i hjemmet og under opvæksten, og hvor mange børn, der fødes med rusmiddelrelaterede skader, vides ikke. Der findes ikke en brugbar statistik på dette område. Sundhedsstyrelsen har foretaget et skøn over, hvor udbredt problemet er. De skønner, at mindst 250.000 børn i Danmark vokser op med en eller to forældre, som har et alkoholoverforbrug, at der årligt fødes 1500 – 2000 børn af en mor, som i graviditeten har et afhængighedsforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler, og at der årligt fødes ca. 75 - 100 børn med føtalt alkoholsyndrom, FAS, den alvorligste form for medfødt alkoholskade. Der skønnes at være ca. 10.000 stofmisbrugere i Danmark, hvoraf ca. 1/3 er kvinder i den fødedygtige alder, og de får i gennemsnit det samme antal børn som den øvrige befolkning, nemlig 1,6 – 1,7 barn for hver kvinde. Man ved, at 80 % af gravide kvinder i Danmark har indtaget alkohol under graviditeten, heraf 18 % mere end 7 genstande på én gang mindst én gang. Danmark er det land i



Europa, som har det laveste antal gravide, som er helt afholdende fra alkohol, og at det er kvinder på over 30 år med akademisk uddannelse, som i graviditeten har det højeste alkoholforbrug. Alkohol regnes som den hyppigste årsag til mental retardering hos børn i den vestlige verden og den eneste, som 100 % kan forebygges. Mange af de børn, som har rusmiddelrelaterede skader, vil være at finde blandt børn med mange andre diagnoser som for eksempel dårlig trivsel, hyperaktivitet, indlæringsvanskeligheder, ADHD, opmærksomheds – og koncentrationsforstyrrelser, retarderet psykomotorisk udvikling, forsinket sproglig udvikling, medfødt hjertefejl, læbe-ganespalte, for tidlig fødsel, cerebral parese (spastisk lammelse) m.m. Under halvdelen af børn med FAS får stillet diagnosen i forbindelse med fødslen, men først senere i barnets liv og udviklingsforløb. En del af disse børn får aldrig en alkohol- eller anden rusmiddelrelateret diagnose, men andre diagnoser som nævnt ovenfor. Det er vigtigt at tænke på alkohol og andre rusmidler som en mulig årsagsfaktor, når man skal udrede et barn med trivselsproblemer og udviklingsforstyrrelser, omsorgssvigt eller seksuelle overgreb, uanset barnets alder, og uanset hvilken faggruppe, man tilhører.

Da det er almindeligt for mennesker med misbrugsproblemer, inklusiv gravide, at have et samtidigt forbrug af flere rusmidler og afhængighedsskabende medicin, ”blandingsmisbrug”, er det vigtigt, at fagpersoner har et kendskab til de forskellige rusmidlers og afhængighedsskabende medikamenters betydning for fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb, det nyfødte og spæde barn samt mulige langtidsvirkninger.

I de følgende afsnit omtales de forskellige rusmidlers betydning. Man skal dog altid være bevidst om, at det er kombinationen af den gravides fysiske og psykiske helbredstilstand, livsvilkår og livsstil, herunder hendes brug af rusmidler og afhængighedsskabende medicin, som udgør en risiko for fosteret/barnet.

Samtidigt forbrug af flere rusmidler og medikamenter forstærker skadevirkningen af det enkelte rusmiddel og medikament.

Alkohol

er det farligste af alle rusmidler set i et børneperspektiv. Det er veldokumenteret, at alkohol har fosterskadende virkning. Man kender ikke den nedre grænse for alkohols skadelige virkning på fosteret. Det almindelige og sociale alkoholforbrug bliver således et risikoforbrug, så snart graviditeten indtræder. Da der ofte går nogen tid, før kvinden erkender graviditeten, anbefaler Sundhedsstyrelsen kvinder at være helt alkoholafholdende, så snart de planlægger at blive gravide og fortsætte med at være helt afholdende under resten af graviditeten og i ammeperioden. Et alkoholforbrug i en graviditet vil i mange tilfælde ikke være synligt hverken for den enkelte kvinde og hendes omgivelser eller for de professionelle, som hun kommer i kontakt med.

Som ovenfor nævnt er antallet af gravide, som drikker alkohol, højt. Der fødes derfor et stort antal børn, som i fosterlivet har været eksponeret for alkohol i en grad, som indebærer betydelig risiko for, at barnet påføres en medfødt og varig skade. På trods af problemets omfang og alvorlighed er der fortsat mange, også professionelle, som ikke har tilstrækkelig kendskab til og ikke er tilstrækkelig opmærksomme på alkohols fosterskadende virkning. Mange af de alkoholbrugende gravide får derfor ikke den rådgivning og behandling, som de har brug for, og dermed får deres børn heller ikke den hjælp, som de har brug for.

På trods af alkoholens udbredelse i vores samfund er alkoholoverforbrug, skadeligt forbrug og afhængighedsforbrug, omgivet med tabuer og barrierer, som gør det vanskeligt at få synliggjort problemerne, at få en dialog omkring dem og få iværksat relevant intervention. Derfor kræver forebyggelse og behandling i forhold til alkoholrelaterede skader på børn en særlig opmærksomhed og en særlig indsats både i forhold til oplysning af befolkningen generelt og særligt med rådgivning og intervention over for gravide og vordende fædre.



Medfødte alkoholskader – Foetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) strækker sig over et bredt spektrum fra små og ubetydelige skader til meget svære multihandicaps og død. Alkohol kan give misdannelser i alle barnets organer og også i barnets ansigtstræk, foruden væksthæmning og skader på hjernen og nervesystemet. Alkohol kan give skader hele graviditeten igennem, men de forskellige typer af skader vil være afhængig af, hvornår i graviditeten indtagelsen har fundet sted. I de 3 første måneder vil et forbrug kunne medføre skader på knogler og organer samt ansigtstræk, senere på vækst samt hjernens og nervesystemets udvikling. Et afhængighedsforbrug inden for de sidste uger af graviditeten vil tillige kunne medføre abstinenser hos det nyfødte barn.

Føtal alkohol syndrom (FAS) er den alvorligste skade, som omfatter specielle ansigtstræk, hjerneskade og væksthæmning (vægt, længde og hovedomfang).

De særlige ansigtstræk omfatter små, lidt skråtstillede øjenspalter, lang øjenafstand, epicantus (mongolfold), bred, flad næseryg, lille opstoppet næse, manglende eller svagt udviklet philtrum (næse-læbefure), lille, vigende hage og lavt placerede ører. Hos nogle børn er alle disse ansigtstræk til stede, hos andre kun enkelte. Mindst to af disse træk skal være til stede, for at FAS diagnosen kan stilles.

Hjerneskadesymptomerne kan vise sig ved neurologiske symptomer i nyfødthedsperioden og/eller unormalt adfærds- og reaktionsmønster. Et almindeligt symptom hos den nyfødte er dårlig evne til at sutte og spise, hvorfor en del af børnene må sondemades, og de er længe om at komme i trivsel og udvikling. Hos nogle børn viser hjerneskadesymptomerne sig først senere i barnets udvikling ved dårlig vækst og trivsel, forsinket og forstyrret psykomotorisk og færdighedsmæssig udvikling, adfærdsproblemer, indlæringsproblemer, perceptionsforstyrrelser og/eller mental og intellektuel retardering.

Væksthæmning er oftest til stede ved fødslen, men kan vise sig senere ved langsom vægtøgning efter fødslen. Tillige kan alkohol medføre behandlingskrævende abstinenser hos det nyfødte barn

Cirka halvdelen af børn med FAS har tillige medfødte misdannelser i andre organer, f.eks. hjertefejl, læbegane-spalte, klumpfod, misdannelser i urinveje og kønsorganer, og ca. 25 % af børnene har misdannelser i øjenbaggrunden, blandt andet dårlig udvikling af synsnerven. Disse børns videre udvikling er hæmmet både i væksten (højde, vægt og hovedomfang) og i den færdighedsmæssige og intellektuelle udvikling. Tillige er børnenes psykiske, adfærdsmæssige og sociale udvikling og tilpasning ofte både forsinket og forstyrret. Langt de fleste børn med FAS har en udviklingskvotient svarende til sinkeområdet og kan ikke klare en normal skolegang, men skal på specialskole. De får således ikke en normal skolegang eller videregående uddannelse og får derfor vanskeligheder med indplacering på arbejdsmarkedet. Vækstmæssigt ender de som voksne med lav højde, lav vægt og lille hovedomfang. Man ved ikke, hvor meget alkohol i graviditeten, der skal til for at medføre FAS. Flere undersøgelser viser, at det formentlig drejer sig om et forbrug på 5-6 genstande dagligt eller mere, men der er set FAS hos børn af mødre med oplysning om et lavere forbrug.

Andre alkoholrelaterede diagnoser Udover FASD og FAS anvendes andre diagnoser til beskrivelse af medfødt alkoholskade, f.eks. Føtal Alkohol Effekt (FAE), som er en mildere form for FAS og omfatter nogle af de under FAS nævnte kriterier, ARND (alcohol related neurodevelopmental disorders) og ARBD (alcohol related birth defects). Alle de nævnte diagnoser kan føre til livslang og alvorlig skade på barnets udvikling. Det er ikke altid muligt ved fødslen at stille diagnoserne FASD, FAS og de andre nævnte, men først senere på baggrund af barnets videre trivsel og udvikling og omsorgssituation. I nogle tilfælde stilles diagnosen først i skolealderen, når barnet udviser alvorlige indlæringsmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser. Andre af disse børn vil aldrig få en alkoholrelateret diagnose, men vil være at finde blandt diagnoser som f.eks. ADHD (attention deficit and hyperkinetic disorder), MBD (minimal brain damage), hyperkinetisk syndrom, og retarderet psykomotorisk og/eller intellektuel udvikling.

Nikotin (tobak)

Tobak er et af de mest udbredte rusmidler og er, ligesom alkohol, en accepteret og integreret del af vores samfund, selvom der i mange år har været betydelig dokumentation for tobakkens helbredsskadelige



virksomheder, inklusiv på fosterudvikling, graviditet og fødsel og det nyfødte og spæde barn. Tobaksrøg indeholder mere end 1200 forskellige kemiske stoffer, hvoraf en stor del er kræftfremkaldende. Det centralstimulerende stof, nikotin, er afhængighedsskabende, hvorfor ophør af forbruget kan medføre abstinenser hos rygeren. Under rygning stiger kulilteindholdet i blodet på bekostning af iltindholdet. Under graviditet vil dette føre til væksthæmning af fosteret og iltmangel.

Nikotin passerer moderkagen og opkoncentreres i fosteret til en koncentration, som er 15 % højere end i den gravide kvindes blod. Nikotin har fosterskadende virkning med risiko for læbe-gane-spalte, hjerneskade, misdannelser i knoglesystemet, tænder og hjerte.

Der er tillige risiko for spontan abort og fosterdød, og specielt fosterdød efter 28. uge, for tidlig fødsel, for tidlig vandafgang, moderkageløsning og foranliggende moderkage. Tillige ses forandringer i moderkagen og nedsat funktion af denne. Dertil kommer øget spædbørnsdødelighed og øget forekomst af pludselig uventet spædbarnsdød, vuggedød.

Nikotinforgiftning kan ses hos nyfødte børn i form af uro, søvnløshed, opkastning, diarre, øget puls, uregelmæssig vejrtrækning, dårlig sutteevne, apati, flagrende motorik og grålig kulør.

Børn af tobaksrygende mødre har dårligere vækst efter fødslen, hyppig forekomst af kolik og har flere sygdomstilfælde i spædbarns- og småbarnsalder, især bronchitis, lungebetændelse og allergi, end børn af ikke-rygende mødre.

I Danmark ryger 37 % af de gravide i de første 3 måneder af graviditeten, og 33 % fortsætter i resten af graviditeten.

Nikotin opkoncentreres i modermælken med en faktor 3.

Narkotiske stoffer

Både de naturligt forekomne narkotiske stoffer (opium, heroin, morfin, cannabis og kokain), og de syntetisk fremstillede (metadon, ketogan, petidin, buprenorfin, amfetamin) passerer let moderkagen. De har i princippet samme virkning på fosteret som på moderen. Når moderen er påvirket af stoffet, er fosteret det også, og når moderen har abstinenser, har fosteret også abstinenser. Disse tilstande kan føre til iltmangel i livmoderen med risiko for, at fosteret dør eller får en varig hjerneskade, foruden at de kan udløse andre graviditets- og fødselskomplikationer som for tidlig fødsel, moderkageløsning og for tidlig vandafgang.

Fødslen betyder for fosteret/barnet en brat afbrydelse af tilførslen af de rusmidler, som det er tilvænnet, hvorfor mange af børnene efter fødslen udvikler akutte abstinenssymptomer, som kræver længerevarende indlæggelse og medicinsk behandling (nedtrapningsbehandling med opiomsdråber eller fenemal) i neonatalafdeling eller børneafdeling. Alle de narkotiske stoffer hæmmer væksten af fosteret, men i mindre grad end alkohol.

Opioider (heroin, morfin, kodein, metadon, ketogan, petidin og buprenorfin)

Det hyppigst anvendte illegale opioid er heroin. Da stoffet er meget potent og har en kort halveringstid i organismen, svinger brugeren døgnnet igennem mellem overdosering/påvirket tilstand og underdosering/abstinensstilstand. Som ovenfor beskrevet udgør disse tilstande under en graviditet risiko for akut iltmangel medførende risiko for fosterdød eller hjerneskade hos fosteret samt andre alvorlige graviditets- og fødselskomplikationer. Opioider har en væksthæmmende virkning på fosteret, men har derudover ingen fosterskadende effekt. Børn af heroinafhængige mødre fødes således oftest med lav fødselsvægt, foruden der er risiko for abort, for tidlig fødsel, fosterdød, hjerneskade, moderkageløsning og andre graviditets- og fødselskomplikationer samt abstinenssymptomer hos den nyfødte efter fødslen (NAS).

Metadon er det mest anvendte medikament i behandlingen af opioidafhængighed, også til behandling af gravide. Det har en mindre grad af væksthæmmende virkning på fosteret end heroin. Talrige kliniske



erfaringer har vist, at metadonbehandling, i kombination med graviditetskontrol og psykosocial støtte, i betydelig grad kan bedre graviditets- og fødselsforløbet og dermed barnets tilstand ved fødslen og reducere sygelighed og dødelighed hos både mødre og børn. Dog har flere undersøgelser vist, at metadonabstinenser hos det nyfødte barn kan være kraftigere og længerevarende end abstinenser fra heroin. Abstinenserne i sig selv medfører dog ikke varig fysisk skade på barnets udvikling, forudsat at de diagnosticeres og behandles korrekt. Metadon passerer over i modermælken. Der er ikke dokumentation for, at det påvirker det ammede barn, hvorfor der er forskellige holdninger til, om mødre i metadonbehandling skal anbefales at amme.

Subutex (buprenorphin)

anvendes i stigende grad i behandlingen af opioidafhængighed. Viden om medikamentets virkning på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb og barnets videre udvikling er endnu sparsom. Anvendelse i 3. trimester, uanset dosis, kan medføre abstinenssymptomer hos den nyfødte, dog af mindre styrke og varighed end abstinenser fra heroin og metadon. På nuværende tidspunkt afventes erfaringer fra igangværende projekter i udlandet om anvendelse af medikamentet til gravide.

Kokain

i graviditeten kan føre til kraftig nedsættelse af blodgennemstrømningen gennem moderkagen og dermed hæmning af tilførslen til fosteret af ilt og næringsstoffer. Dette kan føre til betydelig væksthæmning, hjerneblødninger og svær iltmangel hos fosteret med risiko for fosterdød eller hjerneskade. Der er tillige betydelig risiko for andre alvorlige graviditets- og fødselskomplikationer som for eksempel akut moderkageløsning, for tidlig fødsel og spontan abort. Kokain kan medføre misdannelser hos fosteret, nedsat hovedomfang, forstyrrelser i hjertefunktion samt infektioner. Ud over, hvad dette indebærer af øget sygelighed og dødelighed for det nyfødte barn, er der risiko for neurologiske symptomer som irritabilitet, motorisk uro, sitren, øget muskelspænding, kramper og dårlig tilstandskontrol. Der er tillige risiko for blødninger i hjernen samt for pludselig uventet spædbarnsdød, vuggedød. Da kokain ikke er fysisk vanedannende, er der ikke risiko for abstinenser hos den nyfødte, men de neurologiske symptomer hos barnet kan forstyrre observation og behandling af abstinenser fra andre rusmidler. Kokain passerer over i modermælken og kan forstærke de neurologiske symptomer hos det ammede barn.

Amfetamin

er et syntetisk fremstillet stof med centralstimulerende effekt. De nyere rusmidler som f.eks. designerdrugs og ecstasy er fremstillet ud fra amfetamin.

Kokain og amfetamin har samme effekt på hjerne og nervesystem, og effekten på fosterudvikling og graviditetsforløb er ligeledes meget ens. Begge stoffer har udtalt blodkarsammentrækkende og blodtryksforhøjende effekt, som kan føre til akut og kronisk hæmning af blodgennemstrømningen gennem moderkagen og dermed nedsat tilførsel af ilt og næringsstoffer til fosteret. Dette forårsager, som tidligere beskrevet, lav fødselsvægt samt risiko for abort, for tidlig fødsel og moderkageløsning. Det nyfødte barn kan udvikle neurologiske symptomer, inklusive kramper. Amfetamin har tillige fosterskadende effekt med risiko for misdannelser.

Cannabis (hash)

er næst efter alkohol verdens mest anvendte rusmiddel. I forhold til stoffets store udbredelse, også blandt gravide, er kendskabet til stoffets indvirkning på fosterudvikling, graviditet og fødsel og børns videre udvikling meget sparsom. Cannabis passerer moderkagen og opkoncentreres i fosteret på grund af en lang halveringstid. Stoffet passerer tillige let blod-hjernebarrieren. Flere undersøgelser har vist sammenhæng med lav fødselsvægt og for tidlig fødsel. En dansk undersøgelse viste blandt andet, at brug af cannabis i graviditeten er markør for dårlige sociale kår samt for øget forbrug af tobak, alkohol og andre rusmidler. Nogle undersøgelser har vist tegn på neuropsykologisk påvirkning af børnene med påvirkning af søvn, gråd og kognitive funktioner. Tillige har en undersøgelse vist øget risiko for leukæmi i barnealderen. Cannabis har



en forstærkende effekt på alkohols fosterskadende virkning. Tillige indeholder røgen fra cannabis det kræftfremkaldende stof benzpyrin i en koncentration, som er 70 % højere end i tobaksrøg.

Cannabiseksponerede nyfødte kan udvikle abstinenssymptomer, som dog oftest er af mildere karakter end abstinenser fra andre rusmidler. Andre nyfødte kan være påvirkede og sløve i de første levedøgn med nedsat evne til at sutte og derfor må sondemades. De kan da heller ikke indgå i kontakt og samspil med moderen eller andre, hvorfor etablering af den tidlige mor-barn kontakt vanskeliggøres. Tillige har børn, som udsættes for passiv rygning fra cannabis, høj forekomst af bronchitis og lungebetændelse. Cannabis opkoncentreres i modermælken med en faktor 8.

Benzodiazepiner (nerve/sove medicin)

Såvel lægeordineret som illegalt brug er meget udbredt og ofte i kombination med indtagelse af andre rusmidler. Stoffet passerer moderkagen og har fosterskadende virkning med risiko for misdannelser i hjerne og nervesystem (rygmarvsbrok, hydrocephalus (vand i hovedet) og misdannelser i indre øre. Stoffet er tillige fostervæksthæmmende og medfører afhængighed hos fosteret, hvilket efter fødslen kan føre til abstinenssymptomer hos barnet, ofte med sen debut af symptomerne på grund af stoffets lange halveringstid. Stoffet udskilles i modermælken og kan medføre hæmning af vejtrækningen hos det ammede barn, foruden slaphed og sløvhed.

Analgetika - smertestillende medicin.

Det er almindeligt, at gravide rusmiddelbrugere har et blandingsforbrug, hvor også smertestillende medicin indgår. Mange af kvinderne klager over smerter og skaffer sig recept på stærke tabletter eller får injektioner hos forskellige læger, blandt andet vagtlæger. En del af denne medicin er morfinpræparater. Medikamenter som kodein, fortamol og pinex comb indeholder kodein, som efter indtagelse hurtigt omdannes til morfin og dermed giver risiko for udvikling af afhængighed og abstinenser. Flere undersøgelser har påvist fosterskadende effekt med risiko for lyskebrok og navlebrok, hydrocephalus (vand i hovedet), mavemundsforsnævring, læbe-gane-spalte, rygmarvsbrok og hjertefejl.

Kodein passerer over i modermælken i lav koncentration, som vurderes til ikke at indebære en risiko for det ammede barn.

Antipsykotisk medicin

Kvinder i psykisk ubalance bliver ofte sat i behandling med antidepressiv medicin. I løbet af de seneste år er brugen af SSRI-præparater, også kendt som dicykliske antidepressiva eller "lykkepiller", steget betydeligt. Der er beskrevet flere eksempler på, at de nyfødte børn kan have abstinenslignende symptomer eller andre neurologiske symptomer, som kræver indlæggelse og behandling i neonatalafdeling efter brug af disse medikamenter under graviditeten. Nyere undersøgelser har vist skadelige langtidsvirkninger på børnenes udvikling.

Snifning

af organiske opløsningsmidler (fortynder, lim, lightergas, benzin) bliver fortrinsvis benyttet af teenagere. Disse stoffer kan medføre alvorlige skader på hjerne og nervesystem, hjertefunktion, lever og nyrer, og akutte dødsfald er set. Disse stoffer er farligere at bruge end andre rusmidler, også under graviditeten. Stofferne har fosterskadende virkning og kan forårsage misdannelser af samme karakter som alkohol, lav fødselsvægt og hjerneskade. Børnene kan tillige udvikle abstinenser efter fødslen, og en forbigående nedsat nyrefunktion hos det nyfødte barn kan forekomme.

Substitutionsbehandling af rusmiddelafhængige gravide

Det er vigtigt, at gravide rusmiddelafhængige tidligt sættes i substitutionsbehandling med et medikament, som fostret kan tåle, og som er doseret på en måde, som ikke gør hende påvirket eller abstinenspræget. Når en passende begyndelsesdosis er fundet, skal kvinden behandles med denne dosering i 7 dage, hvorefter



afgiftning/afrusning kan påbegyndes, såfremt den gravide ønsker det, og der ikke er tegn på graviditetskomplikationer. Evt. nedtrapning skal foregå i et tempo, som ikke udløser abstinensstilstand. Som substitutionsbehandling ved opioidafhængighed anvendes metadon, og fenemal anvendes ved afhængighed af andre ikke opioide rusmidler (f.eks. alkohol og/eller benzodiazepiner). Kokain medfører ikke fysisk afhængighed, hvorfor substitutionsbehandling ved brug af dette stof ikke skal iværksættes. Cannabis (hash) medfører som regel ikke fysisk afhængighed i en grad, som nødvendiggør substitutionsbehandling. Metadonnedtrapning skal foregå i et tempo på max. 5 mg dosisreduktion ugentlig, og fenemal med max. 50 mg ned i dosis per uge. I mange tilfælde skal anvendes både metadon og fenemal, når der er tale om blandingsforbrug. Det skal understreges, at substitutionsbehandling aldrig må stå alene. Den skal altid kombineres med psykosocial støtte samt tæt kontrol af graviditeten.

Ved et fortsat forbrug af rusmidler ud over den lægeordnede medicin eller ved tegn på begyndende graviditetskomplikationer, eller den gravide ikke ønsker at trappe ned, skal afrusning/afgiftning sættes i bero, og den gravide kvinde behandles med en vedligeholdelsesdosering, eventuelt en opjusteret dosis.

Abstinenser hos nyfødte, Neonatalt abstinens syndrom (NAS).

Alle afhængighedsskabende stoffer og medikamenter kan medføre afhængighed hos fostret og dermed abstinenser hos barnet efter fødslen. Abstinenser hos det nyfødte barn involverer alle barnets organsystemer. Symptomerne er udløst af en irritationstilstand i hjernen. Barnet er motorisk uroligt og irriteret, har øget muskelspænding, sitrer, og nogle udvikler kramper. Børnene skrider skingert og vedvarende, og de er vanskelige at trøste og bringe til ro. Børnenes søvnmønster og søvnrhythme er forstyrret. De sover meget lidt og har svært ved at falde i søvn, og når de endelig sover, er søvnen urolig, overfladisk og kortvarig. Børnene er tillige forkvalmede og dårlige til at spise. Sutte- og synkereflekserne fungerer dårligt, og der er dårlig koordination mellem sutte- og synkerefleks. Risikoen for fejlsynkning er stor med efterfølgende risiko for lungebetændelse. Den hyppigste årsag til overdødelighed hos disse børn er lungekomplikationer. Det vil ofte være nødvendigt at sondemede børnene i den akutte fase, dels for at sikre, at barnet får væske og næring nok, dels for at forebygge fejlsynkning og dermed lungekomplikationer. Børnene gylper meget og har opkastninger. De har løse eller tynde afføringer, kan have vandtynd diaré, hvilket hurtigt kan føre til væske- og saltmangel. Børnenes vejrtrækning er påvirket. De trækker vejret hurtigt og overfladisk, ofte med indtrækninger, hvorfor iltbehandling kan være nødvendig, i nogle tilfælde respiratorbehandling. Derudover har børnene ofte symptomer fra det autonome (det selvregulerende) nervesystem. Børnene nyser, gaber, sveder og har vanskeligt ved at regulere deres kropstemperatur, hvorfor de har vekslende hudfarve og ofte fremtræder marmorerede i hudfarven. Også blodtryksregulationen kan være påvirket. Det akutte abstinensbarn kan således have det meget dårligt, og tilstanden kan hurtigt udvikle sig livstruende, hvis ikke den behandles, hvorfor nøje observation i neonatalafdeling er nødvendig.

Graden og varigheden af abstinenser er afhængig af, hvilke rusmidler og afhængighedsskabende medicin, den gravide har indtaget forud for fødslen, hvor tæt på fødslen og i hvilken dosis. Undersøgelser viser, at den samlede indtagelse af rusmidler og medicin i de sidste 3 uger op til fødslen er bestemmende for styrke og varighed af barnets symptomer. Desuden har antallet af forskellige typer af rusmidler og medikamenter betydning: Jo flere forskellige typer, den gravide har indtaget, jo kraftigere og længerevarende abstinenssymptomer vil barnet udvikle, og jo sværere bliver det at få under kontrol.

Symptomerne er ens for de forskellige rusmidler og medikamenter, men hvornår symptomerne debuterer, kan være meget forskellig, og behandlingen er forskellig. Abstinenser fra rusmidler med kort halveringstid viser sig hurtigt efter fødslen, og fra rusmidler med lang halveringstid, i nogle tilfælde, så sent som 3 uger efter fødslen (det gælder f.eks. for metadon).

Differentialdiagnoser – andre årsager til barnets symptomer



Man skal naturligvis sikre sig, at der ikke er andre årsager end abstinenser til barnets symptomer. Flere andre tilstande kan udløse abstinenslignende symptomer som f. eks. lavt blodsukker, lavt calcium eller lavt magnesiumindhold i blodet, hjerneblødning m.m. Til differentialdiagnostisk afklaring tages derfor blodprøver på barnet til bestemmelse af blodsukker, serumcalcium og serummagnesium, og der foretages ultralydsskanning af hjernen med henblik på eventuelle blødninger, misdannelser m.m. I enkelte tilfælde foretages tillige MR-skanning.

Andre sygdomme hos de nyfødte.

Ud over abstinenserne kan der være andre medfødte symptomer og sygdomme, som barnet skal observeres, undersøges og behandles for. Det kan f.eks. dreje sig om medfødte misdannelser (f.eks. hjertefejl), infektioner (leverbetændelse b og c samt hiv), for tidlig fødsel, iltmangel m.m. Især de alkoholeksponerede børn bør for eksempel undersøges af øjenlæge for øjenbaggrundsforandringer, og nogle børn bør have foretaget EEG-undersøgelse eller andre neurofysiologiske undersøgelser. På mistanke om hjertefejl bør foretages EKG og ekkokardiografisk undersøgelse.

Behandling af abstinenser hos nyfødte, neonatal abstinenssyndrom (NAS)

Som beskrevet ovenfor kan abstinenser hos nyfødte børn hurtigt udvikle sig til en livstruende tilstand, såfremt de ikke diagnosticeres og behandles. Derfor bør alle nyfødte, som har været udsat for rusmidler i fosterlivet, og specielt i de sidste 3 uger før fødslen, observeres i neonatalafdeling eller anden børneafdeling. Børnene bør observeres så længe, der er risiko for udvikling af NAS. Den mest anvendte observations- og behandlingsmetode er Loretta Finnegans metode, som sikrer, at barnets medicinering nøje er afpasset efter barnets grad af symptomer. Børnene sættes ikke i forebyggende medicinsk behandling, men behandles kun, hvis de udvikler behandlingskrævende symptomer.

Ved opioidabstinenser anvendes et opioid (specialfremstillede svage opiumsdråber i en styrke på 0,4 mg morfin/ml dråber), og ved andre former for abstinenser anvendes fenemal. I nogle tilfælde vil det være nødvendigt at anvende begge medikamenter på grund af ”blandingsabstinenser”.

Hvor længe, børnene har behov for medicinsk behandling for NAS, er meget forskelligt. I gennemsnit behandles et abstinensbarn medikamentelt i ca. 6 uger, men behovet kan variere mellem 2 og 12 uger, for enkelte børn endnu længere. I den periode, hvor barnet har abstinenser og behandles, kan barnets adfærds- og reaktionsmønster være meget afvigende fra det normale med risiko for dels forstyrrelse i kontaktetablering og samspil, dels for understimulation og tidlig frustration.

Vedvarende abstinenser

Barnet er udskrivningsklar fra hospitalet 5 dage efter, at den medicinske behandling er afsluttet, og barnet er i trivsel, men barnet kan efterfølgende fortsat være præget af abstinenssymptomerne i uger eller måneder. De symptomer, som kan fortsætte, er de samme, som var til stede i den akutte fase, men blot på lavere niveau, som ikke kræver medicinsk behandling, men som stiller særlige krav til barnets omsorgspersoner og barnets tidlige opvækstmiljø. Barnet kan fortsat være et uroligt og irritabelt barn med skrigeture og vanskelig trøstbarhed. Barnet kan være dårlig til at spise, gylper mere end andre børn, har løse, tynde afføringer, sover overfladisk og kortvarigt og er længe om at finde en regelmæssig døgnrytme. Barnet er fortsat sanseirritabelt, hvorfor det afviser kropskontakt og øjenkontakt. Barnets signaler er ofte vanskelige at tolke, og barnet opleves ofte af omgivelserne som et vanskeligt barn. Ofte beskrives disse børn af sundhedsplejersken og andre som ”kolikbørn”. Såfremt barnets omsorgspersoner ikke er i stand til at aflæse barnets signaler, vil der være risiko for udvikling af dårligt samspil mellem den voksne og barnet og dårlig tilknytningsudvikling og dermed risiko for fejludvikling af barnet. Hvis barnet tillige vokser op i et ressourcetsvagt og uforudsigeligt miljø med rusmiddelproblemer, vil der være stor risiko for alvorlig udviklingsforstyrrelse, omsorgssvigt og overgreb.



Amning

Alle rusmidler og afhængighedsskabende medicin udskilles i modermælken i forskelligt omfang. Nikotin opkoncentreres i mælken med en faktor 3 og cannabis med en faktor 8. De øvrige udskilles i samme koncentration, som findes i moderens blod. Det er små mængder, barnet får tilført via modermælken, og der er ikke videnskabelig dokumentation for, at amning under disse forhold vil påføre barnet varig skade. På den anden side kendes den nedre grænse ikke for, hvor meget, der skal til, for at påvirke barnets udvikling. Der er derfor meget forskellige holdninger blandt professionelle til spørgsmålet, om rusmiddelbrugende mødre må tilrådes at amme deres børn, set i lyset af de fordele, der i øvrigt ellers er ved amning, ernæringsmæssigt og mor-barn kontaktmæssigt.

Hvis mødrene på fødselstidspunktet har et forbrug af rusmidler og/eller ikke lægeordineret afhængighedsskabende medicin, anbefaler Familieambulatoriet mødrene at malke ud og kassere mælken, indtil de er rusmiddel- og medicinfri og derefter etablere amning, hvis de ønsker at amme. De må gerne, hvis de er i stabil substitutionsbehandling med metadon.

Senfølger for børnenes udvikling

Hvilken betydning rusmiddelbrug i svangerskabet har for børnenes langtidsprognose er sparsomt belyst. Der foreligger kun få followup-undersøgelser af børn med rusmiddeleksposition i fosterlivet og ikke længere end op til ca. 6 års alder. Alkohol er det rusmiddel, som er bedst undersøgt vedrørende senfølger. Ann Streissguth i USA og Marita Aronson i Sverige har foretaget longitudinelle followup-undersøgelser frem til voksenalder. Mange af børnene har alvorlige senfølger såvel fysisk som psykisk og socialt.

En dansk undersøgelse foretaget på Rigshospitalet i København i 1979 – 81 (publiceret 1983) af 89 børn født på Rigshospitalet i København af stofmisbrugende mødre 1970 – 1978 viste, at kun 25 % af børnene var normalt udviklede. 75 % havde udviklingsmæssige forstyrrelser, hvoraf 21 % var forsinket i den psykomotoriske udvikling, heraf 11 % i svær grad, og nogle af disse havde alvorlige fysiske og psykiske handicap eller multihandicap. Udviklingsproblemerne var en kombination af hjerneskade, understimulation og omsorgssvigt. På undersøgelsestidspunktet (1 – 10 års alder) var 54 % aktuelt anbragt uden for hjemmet, og 46 % var sammen med deres mor. I alt havde ca. 80 % af børnene været anbragt uden for hjemmet en eller flere gange. Børnene havde i gennemsnit oplevet 5 skift i primær omsorgsperson i de første leveår, nogle helt op til 30 skift i primær omsorgsperson. Fire ud af 79 mødre var døde, og af de resterende 75 mødre var 81 % fortsat stofmisbrugende, uanset om det var 1 eller 10 år siden, de havde født.

Børnenes tilstand ved fødslen var dårlig, idet 20 % var for tidlig født, 33 % væksthæmmede, 20 % havde været udsat for iltmangel ved fødslen, 85 % udviklede behandlingskrævende abstinenser efter fødslen og 12 % havde kramper. To børn døde i nyfødthedsperioden. Seks børn blev udskrevet til spædbørnehjem og 81 børn blev udskrevet til en fortsat stofmisbrugende mor uden hjælpeforanstaltninger.

Det blev denne undersøgelse, som førte til opstart af det forsknings- og udviklingsarbejde om forebyggelse – og behandlingsmetoder over for gravide stofmisbrugere og deres børn, og som senere førte til etableringen af Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet, en tværfaglig specialafdeling for gravide rusmiddelbrugere og deres børn op til skolealder.

Antallet af gravide med alkohol- og stofproblemer på landsplan

Som tidligere nævnt i dette notat, kender man ikke størrelsen på denne risikogruppe af gravide og børn. Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital og Rigshospitalet har på årsbasis kontakt med ca. 150 nyhenviste gravide i et optageområde, der svarer til ca. 2/3 af Region Hovedstadens fødselstal på ca. 21.000 fødsler om året og forventer fremover ved fuld regionsdækning at få kontakt med ca. 225 gravide om året. Man ved, at brug og afhængighedsforbrug af rusmidler er et landsdækkende problem. Da region Hovedstaden har ca. 1/3



af fødselstallet på landsplan, forventes, at de regionale familieambulatorier tilsammen vil få kontakt med ca. 700 gravide på årsbasis. Af denne målgruppe skønnes, at mellem 25 og 50 gravide vil have en belastningsgrad, hvor tvangstilbageholdelse vil være nødvendigt for at forebygge alvorlige skader på deres børn, såfremt der skaffes lovmæssigt grundlag herfor.

Rapporten ”Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990 – 2001”, udarbejdet af Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommuner 2004, omhandler en undersøgelse af, hvor mange graviditeter og levende fødte børn, kvindelige stofmisbrugere får, og hvordan de fordeler sig i amterne og kommunerne landet over. Rapporten bygger på en registerundersøgelse af stofmisbrugere i behandling. Undersøgelsen viser blandt andet, at de stofmisbrugende kvinder får det samme antal børn som andre kvinder, 1,6 - 1,7 barn for hver enkelt kvinde, men 2 ½ gang flere provokerede aborter. Blandt de levende fødte børn er der en tre gange større dødelighedsrate blandt misbrugernes børn, særligt i de 2 første leveår, i forhold til baggrundsbefolkningen. Tillige viser undersøgelsen, at der fødes relativt flere børn i Fyn og Jylland af stofmisbrugere end i Østdanmark.

Forebyggelse og behandling, tværfagligt samarbejde. Sundhedspolitisk, socialpolitisk, samfundsøkonomisk, etisk og moralsk er det et stort problem, at der fødes børn med livslangt handicap, som kunne være forebygget. Derfor er det påkrævet, at der gøres, hvad der overhovedet er muligt for samfundet at gøre, for at forebygge de alvorlige og livslange skader på børnene.

Skaderne på børnene er direkte relaterede til mødrenes adfærd og livsforhold under graviditeten og kan forebygges ved tværfaglig intervention, såfremt mødrene kan motiveres til behandling og støtte til at blive stoffri og ændre på vaner og livsstil.

Forebyggelse og behandling skal sætte ind, ikke blot i forhold til rusmidlerne, men i forhold til den gravide kvindes samlede livssituation, livsstil og helbredstilstand. Det er muligt at reducere risikofaktorerne ved tidlig og tværfaglig/tværasektoriel intervention.

Tidlig og intensiv indsats er, i sagens natur, afgørende vigtig for børnenes prognose. Hver dag, der går, hvor en gravid rusmiddelbruger er uden behandling, støtte, rådgivning og svangrekontrol, er kostbar tid for det ventede barn. Hver dag udgør en risiko for, at varig skade kan opstå. Intervention skal derfor være let tilgængelig og uden ventetid for den gravide. Akut behandlingsindsats er ligeledes af afgørende betydning både for barnet og for kvinden.

Familieambulatoriet på Hvidovre hospital og Rigshospitalet

er en tværfaglig bemandet specialafdeling, som arbejder med gravide rusmiddelbrugere og deres børn, forebyggelsesmæssigt, behandlingsmæssigt og forskningsmæssigt. Familieambulatoriet hører under gynækologisk/obstetrisk afdeling (fødeafdelingen) med funktion også i neonatalafdeling og børneafdeling. Medarbejderstaben består af speciallæger, jordemødre, socialrådgivere, psykologer og sekretærer, som arbejder i tværfaglige teams, der har ansvaret for forebyggelse og behandling i hele perioden fra graviditeten er konstateret og frem til det ventede barns skolestart. Det tværfaglige team har et tæt samarbejde med personalet i fødeafdeling, neonatal- og børneafdeling og har derudover et tæt samarbejde med dels andre hospitalsafdelinger (psykiatriske- og infektionsmedicinske afdelinger), dels med den primære social- og sundhedssektor samt andre professionelle og instanser uden for hospitalet. Af vigtige samarbejdspartnere skal nævnes socialforvaltning, praktiserende læger, sundhedsplejersker, stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, alkoholbehandlingsinstitutioner, dag- og døgninstitutioner, kriminalforsorg, herberger, gadeplansinstitutioner, ”Reden” med flere.

Visitationen til Familieambulatoriet er åben og uden ventetid. Lægehenvielse er ikke nødvendig. Gravide kan henvende sig direkte fra gaden, og anonym henvendelse er også mulig. Alle kan henvise og få etableret



en kontakt efter behov, også akut. Åbningstiden er hverdage mellem klokken 8 og klokken 16, men på øvrige tider kan folk henvende sig på fødegangen, som så tager sig af den gravide, indtil Familieambulatoriets personale kan komme til stede. På denne måde sikres mulighed for hjælp, rådgivning og behandling døgnet rundt.

Familieambulatoriets intervention

Familieambulatoriet varetager tidlig opsporing af gravide med rusmiddelproblemer, tidlig intervention på tværfaglig basis, graviditetsundersøgelser, opsøgende arbejde, substitutionsbehandling af gravide med afhængighedsproblemer, (substitutionsbehandling/afrusning/afgiftning kan foregå under hospitalsindlæggelse eller ambulat), psykosocial støtte, etablering af sociale hjælpeforanstaltninger afpasset efter den gravides og hendes families samlede situation, og behandling af lægelige, psykiske og sociale problemer i øvrigt samt opfølgende børneundersøgelser frem til skolealderen.

Familieambulatoriet tilrettelægger tillige plan for observation og behandling af det nyfødte barn, observerer og støtter den tidlige mor-barn kontakt, sikrer via socialforvaltningen etablering af relevante hjælpeforanstaltninger i forbindelse med fødslen og efter fødslen. Tillige ydes rådgivning vedrørende hiv, hepatitis, abort og antikonception. Familieambulatoriet tilbyder opfølgende børneundersøgelser hos læge og psykolog samt socialrådgiverstøtte efter behov frem til barnets skolealder med henblik på at sikre, at hjælpeforanstaltninger løbende er afpasset efter barnets helbredstilstand, udviklingsstatus og omsorgssituation. Den ambulante opfølgning af børnene tilbydes, uanset børnenes opholdssted, dvs. uanset om børnene vokser op i eget hjem, hos plejeforældre, på døgninstitution, hos bedsteforældre eller andet sted.

De opfølgende børneundersøgelser omfatter en lægelig helbredsundersøgelse samt en udviklingsvurdering ved psykolog. Så længe barnet er indskrevet i Familieambulatoriet, samarbejder Familieambulatoriet fortsat med relevante professionelle og instanser uden for hospitalet. Børneundersøgelserne supplerer undersøgelserne hos den praktiserende læge og sker i samarbejde med denne. Familieambulatoriet tager tillige imod henvisning af børn i alderen 0 –7 år med henblik på undersøgelse og udredning for mulig rusmiddelbetinget udviklingsforstyrrelse eller omsorgssvigt.

Resultater af tidlig intervention

Familieambulatoriets interventionsmodel har ført til en betydelig reduktion i antallet af børn med medfødte og opvækstbetingede skader. Antallet af for tidlig fødte børn, børn med lav fødselsvægt, iltmangel ved fødslen og behandlingskrævende abstinenser er faldet, og alle børn udskrives efter fødslen til trygge og stabile forhold i samarbejde med socialforvaltningens familieafsnit. Langt de fleste af børnene følges tæt op hos børnelæge og psykolog i Familieambulatoriet og sikres således et børnesagkyndigt netværk i de første og vigtige leveår. Sammenlignet med de børn, som blev født, før Familieambulatoriet blev etableret, er børnene nu både ved fødslen og i den videre udvikling i en langt bedre sundhedstilstand og omsorgssituation og har dermed en langt bedre prognose end f.eks. de børn, som deltog i den tidligere omtalte efterundersøgelse på Rigshospitalet.

Målgruppens størrelse og omfanget af behov for tvangstilbageholdelse af gravide

Familieambulatoriet varetager behandling og svangreomsorg for ca. 150 nye gravide om året. Langt de fleste af disse gravide er i stand til at profitere af den behandling og støtte, som tilbydes dem, og i en grad som kommer deres barn betydeligt til gode.

Der er dog en lille ”restgruppe”, ca. 5 – 10 gravide kvinder om året, som ikke er i stand til i tilstrækkelig grad at profitere af Familieambulatoriets tilbud med særdeles alvorlige konsekvenser for børnene til følge. I disse tilfælde har man ingen muligheder for at gribe ind med foranstaltninger til sikring af barnets udvikling og velfærd før efter, at barnet er født. Kun i tilfælde, hvor den gravide er sindssyg og til fare for sig selv eller andre, kan hun tvangsindlægges og tvangsbehandles. Og begrebet ”andre” dækker i denne sammenhæng ikke



det ufødte barn, idet barnet i juridisk forstand ikke er et selvstændigt individ, før det er født. Det ufødte barn har ingen retsstilling, når det gælder liv og førlighed ifølge nuværende lovgivning i Danmark. Denne ovenfor omtalte "restgruppe" af gravide giver generelt udtryk for at være meget motiverede for behandling, hjælp og støtte og for at gøre det bedst muligt for det ventede barn, men de har det helt tydeligt for dårligt til at kunne indgå og fastholdes i behandling, uanset, hvor meget støtte, der sættes ind. Det er ofte kvinder med en såkaldt dobbelt diagnose, dvs. psykisk syge med misbrugsproblemer. Flere af disse kvinder giver udtryk for, at de gerne vil have, at vi låser døren, så de ikke går ud og gør det, som skader deres barn, og som de ikke vil, men ikke kan lade være med at gøre. To kvinder, som kom til børneundersøgelse med deres alkoholskadede barn i Familieambulatoriet, sagde spontant og uafhængigt af hinanden: "Jeg kan ikke holde ud at se på mit barn. Når han kigger på mig, synes jeg, at han sender mig sådan et bebrejdende blik". Barnet skal leve med et livslangt handicap, men mødrene skal leve med en livslang skyldfølelse. Derfor svigter samfundet ikke blot børnene, men også mødrene, hvis ikke der optimalt gøres, hvad der er muligt at gøre, for at undgå disse for alle parter meget ulykkelige forløb.

Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet er nu udvidet med 2 nye afdelinger, såkaldte udefunktioner, på Herlev Hospital og Hillerød Hospital, således at de nu dækker hele Region Hovedstaden. Samtidig hermed er der etableret lignende specialafdelinger i de øvrige 4 regioner efter samme interventionsmodel som Familieambulatoriet i Region Hovedstaden.

Familieambulatoriet stiller sig til rådighed i alle spørgsmål og problemstillinger vedrørende "Rusmidlers betydning for graviditet, fødsel og børns udvikling" og kan kontaktes alle hverdage mellem kl. 8.30 og 16.00 ved personlig henvendelse eller på telefon 38622640 (sekretariatet). For at sikre hurtigst mulig kontakt til nyhenviste gravide og nyhenviste børn, kan henvisning ske direkte til Familieambulatoriet ved telefonisk henvendelse eller ved at faxe henvisningspapirerne til 38623780. Familieambulatoriet kan også kontaktes på familieambulatoriet@regionh.dk

"Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn" kan ligeledes kontaktes vedrørende spørgsmål og information inden for samme problemområde. Videncenteret træffes på telefon 38626940 og på familieambulatoriet@regionh.dk, og Videncenteret kan kontaktes på videncenter@regionh.dk.

I FN's konvention om barnets rettigheder (1959) står at:

"barnet som følge af sin fysiske og psykiske umodenhed har behov for særlig beskyttelse og omsorg, herunder passende juridisk beskyttelse både før og efter fødslen".

Det er således indeholdt i konventionen, at barnet også før fødslen har krav på beskyttelse.

Tillige står i artikel 3 at:

"deltagerstaterne skal sikre barnet den beskyttelse og omsorg, der er nødvendig for dets trivsel og træffe alle passende lovgivningsmæssige og administrative forholdsregler (...) I alle foranstaltninger vedrørende børn skal barnets tarv komme i første række".

I artikel 4 står, at:

"deltagerstaterne skal gennemføre passende lovgivning samt administrative og andre forholdsregler til gennemførelsen af de i denne konvention anerkendte rettigheder".

I artikel 6 står, at:

"ethvert barn har en naturlig ret til livet", og at "deltagerstaterne skal i videst muligt omfang sikre barnet overlevelse og udvikling".

I artikel 24 står, at:

"deltagerstaterne anerkender barnets ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand, adgang til at få sygdomsbehandling og genoprettelse af helbredet". Tillige skal deltagerstaterne arbejde på at "formindske spædbørns- og børnedødeligheden, at bekæmpe sygdom og underernæring og at sikre kvinder passende svangerskabs- og barselspleje".



I FN's børnekonvention er det således indeholdt, at børn skal beskyttes både før og efter fødslen, og at medlemslandene er forpligtiget til at have en lovgivning, som opfylder konventionen.

Sammenfatning og konklusion

Der er behov for en lovgivning, som sikrer det ufødte barn ret til en normal udvikling og omsorg. I de tilfælde, hvor børns liv og udvikling er alvorligt truet, er det nødvendigt at have mulighed for tvangsforanstaltninger, som man har det for fødte børn. I og med at vi i Danmark har en lov, som giver kvinden ret til at vælge barnet fra før 12. svangerskabsuge og en mulighed for at vælge barnet fra via Abortsamrådet på et senere tidspunkt i graviditeten, bør en beslutning om at gennemføre graviditeten medføre et vist minimum af krav om ansvar og omsorg for det ventede barn. Også forældrene svigtes, når der ikke sættes optimalt ind for at forhindre, at deres børn skades. Forældre i en vanskelig livssituation ønsker i samme grad som andre forældre det bedste for deres børn.

Den nuværende lov i Danmark vedrørende børns sundhed og udvikling, Serviceloven, bør udvides til at omfatte de sidste måneder af graviditeten, hvor fosteret har nået en alder og størrelse, hvor det vil være levedygtigt, hvis det blev født, men hvor muligheden for abort ikke længere er til stede. Hvis det ufødte barn i juridisk forstand var defineret som et selvstændigt individ fra dette tidspunkt af graviditeten, ville det have samme rettigheder som fødte børn med mulighed for tvangsforanstaltninger i tilfælde af omsorgssvigt, overgreb og mishandling. Inden der gribes til tvangsforanstaltninger over for den gravide, skal der naturligvis forinden have været et tilbud om hjælp og behandling og gjort et intensivt forsøg på foranstaltninger på frivillig basis.

En lovgivning på området svarende til den norske vil sikre mulighed for en tidligere indsats over for svært truede børn, idet nuværende lovgivning er med til at fastholde den praksis, at der i mange tilfælde ikke tages initiativ til foranstaltninger over for den gravide og det ventede barn under graviditeten – ofte under henvisning til tavshedspligten -, selv om gravide er omfattet af underretningspligten.

Det er ud fra alle betragtninger et uacceptabelt og alvorligt problem, at børn skal betale med deres liv og førlighed for forældrenes ret til at opfylde egne kortsigtede behov før fødslen. Tillige er det et stort samfundsøkonomisk og etisk problem, at der fødes handikappede børn, hvis handicap kunne være forebygget.

Definitioner på misbrug

Misbruger ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO

Ifølge WHO's definition er »en misbruger den, der indtager et givent rusmiddel i et sådant omfang, at vedkommendes afhængighed fører til:

- mærkbare psykiske forstyrrelser
- nedsat fysisk sundhed
- ødelagte menneskelige relationer
- og manglende evne til at fungere socialt og økonomisk«.

Afhængighedssyndromet ifølge WHO

Rusmidler skaber afhængighed. Diagnosen afhængighedssyndrom benyttes, når en person i sin adfærd opfylder de kriterier, som fremgår af diagnosesystemet ICD-10 (»International Classification of Diseases«),



der er udarbejdet af Verdens Sundheds Organisation, WHO.

En person lider af et afhængighedssyndrom, når 3 eller flere af følgende kriterier har været til stede inden for et år:

- trang
- svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
- toleranceudvikling
- dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Syndrom

WHO definerer **afhængighed** som en sygdom. Et syndrom er en gruppe af symptomer som optræder som et samlet sygdomsbillede, og som formodes at have årsagssammenhæng.

NB: Ovennævnte oplæg vil kunne udbygges med eksempler fra den kliniske hverdag – cases – og med en omtale af den norske lovgivning, praksis og erfaring med området. De norske erfaringer er særdeles fine og kan dokumenteres ved en betydelig forbedret tilstand og sundhedstilstand hos de nyfødte. Jeg har været det norske materiale igennem, men kunne ikke nå at skrive det sammen på grund af den korte tidsramme for arbejdet.

Jeg står naturligvis til rådighed efter behov og deltager gerne i møder til videre drøftelse af de indeholdte problemstillinger i dette vigtige emne.

22. august 2011

May Olofsson

Prænatalt omsorgssvigt

Omsorgssvigtede børn er et klart defineret begreb både i den sociale og sundhedsmæssige verden og i lovgivningen.

May J. Olofsson



Afdelingslæge, leder af Familieambulatoriet ved gynækologisk-obstetrisk afdeling, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Men hvad er prænatalt omsorgssvigt?

Det er et begreb, som i juridisk forstand ikke eksisterer, men er et begreb, som melder sig i praksis, når man har med gravide, nyfødte og småbørn at gøre. Der møder man tilfælde, hvor børn er alvorligt og livsvarigt skadede som en direkte følge af udviklingsmiljøet i fostertilværelsen og ved fødslen. Børn, som oprindeligt havde et normalt udviklingspotentiale. Der er ikke tradition for at tænke, at børns vilkår og velfærd starter *før* barnets fødsel på trods af, at den vigtigste og mest risikofyldte udviklingsperiode for barnet er graviditet og fødsel. Lovgivningen er med til at fastholde denne tradition, da ufødte børn ikke er omfattet af juraen, når det gælder liv og førlighed, men kun når det drejer sig om materielle forhold som arveret o.l.

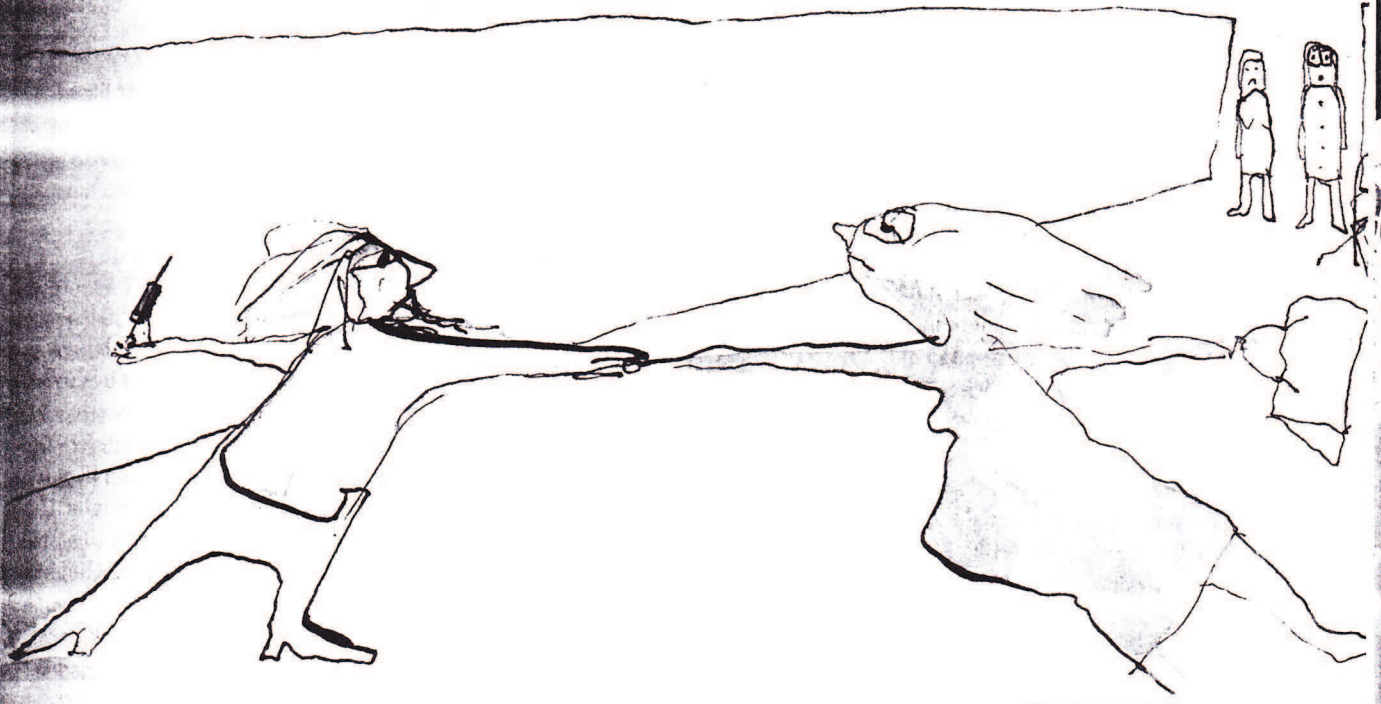
Jeg vil forsøge ud fra eksempler og erfaringer fra

mit – gennem mange år – daglige arbejde med gravide alkohol- og stofmisbrugere og deres børn at belyse problemstillinger om prænatalt omsorgssvigt.

Der fødes hvert år et stort antal børn med medfødte skader og handicap som følge af alkohol-, medicin- og stofmisbrug hos kvinder under graviditet. Det drejer sig om medfødte misdannelser, hjerneskader, for tidlig fødsel, væksthæmning, asfyksi, fødselskomplikationer, dødfødsler, neonatale abstinenssymptomer og andre neonatale sygdomme og komplikationer. Efterfølgende kan disse tilstande og komplikationer hos børnene ydermere forstærkes af dårlige og ustabile opvækstforhold, som ofte er til stede i disse familier, præget af forskellige grader af deprivation, omsorgssvigt og mishandling. Det er velkendt, at børn med medfødte skader og handicap er langt mere udsatte for omsorgssvigt og mishandling end børn, som fra fødslen er sunde og normalt udrustede, og at børn med medfødte vanskeligheder er langt mere sårbare over for ustabilitet i opvækstmiljøet.

De her nævnte skader hos børnene er direkte relaterede til mødrenes adfærd og livsforhold under graviditeten og kan forebygges ved tværfaglig intervention, såfremt mødrene kan motiveres til behandling og støtte til at blive stoffri og ændre på vaner og livsstil.

I langt de fleste tilfælde *er* de gravide kvinder motiveret for hjælp og behandling, men der *er* tilfælde, hvor kvinderne ikke er i stand til at indgå i behandling eller svangrekontroller med særdeles alvorlige konsekvenser for børnene til følge. I disse tilfælde har man ingen muligheder for at gribe ind med foranstaltninger



TEGNING: NIELS KRAG

til sikring af barnets udvikling og velfærd før *efter*, at barnet er født. Kun i tilfælde, hvor den gravide er sindssyg og til fare for sig selv eller andre, kan hun tvangsindlægges og tvangsbehandles. Og begrebet »andre« dækker i denne sammenhæng ikke det ufødte barn, idet barnet i juridisk forstand ikke er et selvstændigt individ, før det er født. Det ufødte barn har *ingen* retsstilling, når det gælder liv og førlighed.

Eksempler fra den kliniske hverdag

Eksempel 1

En 22-årig førstegangsfødende gravid kvinde med i.v. narkotikamisbrug og prostitution siden 13-årsalderen indlægges i 16. svangerskabsuge til methadonbehandling og aflastning. Hun forlader dagligt svangreafdelingen og vender dagligt tilbage i svært påvirket tilstand. Flere gange indbringes hun til skadestue i komatøs tilstand, hvor der behandles med Nalone. Hun giver udtryk for motivation for hjælp og behandling, men er ikke i stand til at profitere af behandling i åben afdeling. Det ufødte barn udsættes således for gentagne og langvarige perioder med svær intrauterin asfyksi med risiko for intrauterin død eller svær cerebral skade. Barnet fødes til terminen, udvikler svære abstinenser og har nu i en alder af 4 år betydelige udviklingsproblemer med hjerneskadesymptomer. Moderen dør 2 måneder efter fødslen af en overdosis heroin.

Eksempel 2

En 24-årig førstegangsfødende med i.v. heroinmisbrug siden 16-årsalderen henvises af egen læge i 25. svan-

gerskabsuge. Hun er samlevende med 38-årig svært belastet stofmisbrugende mand, som tillige er aids-syg og voldelig. Patienten indlægges på svangreafdeling og sættes i methadonbehandling. Hun afviser at blive hiv-testet. På grund af svært aggressiv og truende adfærd med voldsomme affektreaktioner i afdelingen må man opgive at have hende indlagt. Hun udskrives og afviser efterfølgende enhver form for behandling og svangrekontroller. Hun truer med at ville føde hjemme sammen med manden og uden professionel hjælp. Risikoen for barnet er i sagens natur meget stor: Intrauterin asfyksi, død, kompliceret fødsel, abstinenser, måske hiv-smitte og en mor, som ikke kan tage vare på barnet eller på sig selv.

Eksempel 3

En 31-årig tredjegangsfødende med i.v. stofmisbrug siden 16-årsalderen overflyttes fra provinshospital med vandafgang og præmature veer i 32. svangerskabsuge. Hun har på indlæggelsestidspunktet et blandingsmisbrug af heroin, methadon, Ketogan og Rohypnol. Hun indlægges på fødegangen, hvor hun sættes i behandling med vehæmmende medicin (Utopar) og methadon. Efter seks timer på fødegangen er der fortsat hyppige kontraktioner. Patienten seponerer selv sit Utopardrop og insisterer på at forlade fødegangen her og nu for at besøge sin kæreste i provinsen. Psykiater tilkaldes akut, men de finder ikke grundlag for tvangstilbageholdelse, da patienten ikke er psykisk, og barnet ikke er født. Risikoen for barnet er indlysende.

Eksempel 4

En 33-årig tredjegangsfødende med svært alkohol- og narkotikamisbrug siden 13-års-alderen henvises i 12. svangerskabsuge. Hun indlægges og sættes i methadon- og Fenemalbehandling. Patienten forlader dagligt afdelingen og vender dagligt tilbage i svært beruset tilstand. Hun indtager to flasker vodka dagligt foruden sin medicin. Da hun samtidigt optræder aggressivt og truende, kan svangreafdelingen ikke magte opgaven. Patienten overtales til indlæggelse i psykiatrisk afdeling, og psykiatrisk afdeling stiller som betingelse, at indlæggelsen hos dem ikke må strække sig ud over tre uger, hvorefter patienten skal tilbage til obstetrisk afdeling. Mod al forventning profiterer patienten fint af indlæggelsen i psykiatrisk lukket afdeling, hvor hun bliver nedtrappet med Fenemal, starter Antabusbehandling, afbalanceres i sin adfærd og befinder sig godt med indlæggelsen. Hun udskrives fra psykiatrisk afdeling efter tre uger mod eget og Familieambulatoriets ønske. Efter to dage i obstetrisk afdeling er hun recidiveret til sit gamle adfærdsmønster, herunder genoptagelse af sine to flasker vodka dagligt. Jeg bliver kaldt akut til afdelingen gentagne gange, den ene gang, da hun sidder med to flasker kirsebærvin og to 20 ml sprøjter og er i gang med at indtage kirsebærvinen intravenøst. Samtidig giver hun udtryk for gerne at ville tilbage til psykiatrisk afdeling. Hun føder præmaturo i 32. svangerskabsuge et barn med føtalt alkoholsyndrom og svære abstinenser. Barnet er nu ved 4-års-alderen svært retarderet, både hvad angår vækst, psykomotorisk udvikling og intellektuelt. Moderen døde af en overdosis heroin en uge efter fødslen.

Eksempel 5

En 38-årig andengangsfødende med alkohol- og stofmisbrug siden 24-års-alderen henvises i 10. svangerskabsuge. Hun er på henvisningstidspunktet i behandling hos privatpraktiserende psykiater med 100 mg methadon dagligt, men supplerer regelmæssigt med

Tabel 1. Børn af psykisk syge mødre med misbrugsproblemer, henvist til behandling i Familieambulatoriet 1984-1994. (n = 60 gravide kvinder).

Børnenes tilstand ved fødslen	n = 60	%
For tidligt fødte	15	25,0
Lav fødselsvægt	20	33,0
Iltmangel ved fødslen	12	20,0
Dødfødt	1	1,7
Abstinenser efter fødslen	38	64,0
Føtalt alkoholsyndrom	4	6,7
Føtal alkoholeffekt	5	8,3
Downs syndrom	1	1,7
<hr/>		
Større børn	n = 40	%
Døde	4	10,0
Drabsforsøg fra mors side	4	10,0
Potentiel børnedødelighed	8	20,0

Ketogan. Hun ønsker ambulansbehandling, men indlægges gentagne gange i graviditeten med behandlingskrævende abscesser. Hun går spontant i fødsel til terminen. Hun forlader fødegangen mod givet råd et par timer i fødselsforløbet. Da hun kommer tilbage, er der ingen hjertelyd. Hun føder en dødfødt pige.

Efterfølgende undersøgelser af barnet viser indhold af methadon, morfin, Ketogan, cocain, amfetamin, Stesolid og cannabis.

Eksempel 6

En 38-årig ottendegangsfødende med svært alkoholmisbrug gennem mange år og syv tvangsanbragte børn henvender sig i beruset tilstand på et herberg i København. Patienten er tydeligt gravid, men har ikke været i kontakt med professionelle i graviditeten. Det lykkes via socialforvaltningen at få patienten til at følge med dem ind til en undersøgelse på fødegangen. Hun afviser at blive indlagt, men lover at komme til ambulanskontrol. Siden har vi ikke set patienten. Hun har afvist at komme med ind til yderligere kontrol og har sagt, at hun vil føde i dølgsmål ved egen hjælp.

De givne eksempler må ikke refereres i dagspressen.

Ud over ovennævnte eksempler viser en gennemgang i Familieambulatoriet af obstetriske og pædiatriske journaler for 60 gravide kvinder og deres børn, som over en 10-årig periode har været indskrevet i Familieambulatoriet pga. misbrugsproblemer og psykiatrisk diagnose, at det ikke har været muligt, på trods af intensiv tværfaglig indsats, at nå disse patienter i en grad, som kommer deres nye barn tilstrækkeligt til gode.

Af Tabel 1 fremgår, at 25% af børnene er præmature, 33% small-for-dates, 64% har neonatale abstinenser, 15% medfødt alkoholskade, 7% føtalt alkoholsyndrom, og 1 barn er dødfødt, fordi moderen modsatte sig at få foretaget kejsersnit i fødselsforløbet.

Den her viste komplikationshyppighed svarer ganske til den, som var at finde i den undersøgelse, som i 1979-1981 blev foretaget på Rigshospitalet af 89 børn født af stofmisbrugende mødre, født i en periode før der fandtes tværfaglige interventionsprogrammer.

Ydermere viser undersøgelsen af de 60 patienter med *dual diagnosis*, at de forud for graviditeten havde i alt 40 børn. Fire af disse børn (10%) er døde af omsorgssvigt, fire børn (10%) har været udsat for drabsforsøg fra moderens side og er nu anbragt uden for hjemmet. Der er således tale om en potentiel børnedødelighed på 20% i denne risikogruppe. De 40 børn var født uden tværfaglig indsats under graviditeten og var derfor udskrevet til deres mødre efter fødslen. Vedrørende de 60 nye børn, 59 levendefødte, var der via Familieambulatoriet i samarbejde med socialforvaltningen før fødslen tilrettelagt en behandlingsplan, som forelå på fødselstidspunktet, hvorfor disse børn ikke blev udskrevet efter fødslen uden omfattende hjælpeforanstaltninger.

Disse resultater dokumenterer tydeligt, at de eksisterende rammer og muligheder for behandling og beskyttelse af børnene langt fra er tilstrækkelige. Der må andre metoder til for at nå disse patienter og deres børn.

Konklusion

Jeg mener, at der er behov for en lovgivning, som sikrer det ufødte barns ret til en normal udvikling og omsorg. Sædvanligvis er jeg ikke tilhænger af tvang eller af den opfattelse, at man kan lovgive sig ud af problemerne, men i tilfælde, hvor børns liv og udvikling er alvorligt truet, er det nødvendigt at have mulighed for tvangsforanstaltninger, som man jo har det for fødte børn. Jeg er helt bevidst om, at en lovgivning om ufødte børns rettigheder fører etiske og moralske problemer med sig i kølvandet, og jeg har da heller ikke et konkret bud på, hvordan en sådan lovgivning burde se ud.

Hvor går grænserne for tilladelig adfærd? Hvilken fosteralder skal loven omfatte? Hvem skal bestemme i de konkrete situationer, osv.?

Men i og med at vi har en lov, som giver ret til at vælge barnet fra før 12. svangerskabsuge og en mulighed for at vælge barnet fra via Abortsrådet på et senere tidspunkt i graviditeten, bør en beslutning om at gennemføre graviditeten medføre et vist minimum af krav om ansvar og omsorg for det ventede barn. Også forældrene svigtes, når der ikke sættes optimalt ind for at forhindre, at deres børn skades. Forældre i en van-

skelig livssituation, ønsker i samme grad som andre forældre, det bedste for deres børn.

I vore nabolande Norge og Sverige har man nu indført lovgivning, som omfatter det ufødte barn og giver mulighed for tvangsforanstaltninger over for gravide med det formål at beskytte barnets udvikling og velfærd.

Man kunne forestille sig, at bistandlovens paragraffer vedrørende børns velfærd kunne udvides til at omfatte de sidste måneder af graviditeten, hvor fostret har nået en alder og størrelse, hvor det vil være levedygtigt, hvis det blev født.

Inden der gribes til tvangsmæssige foranstaltninger, skal der selvfølgelig forinden have været et tilbud om hjælp og behandling og gjort et intensivt forsøg på foranstaltninger på frivilligt basis.

En lovgivning på området ville sikre mulighed for en tidligere indsats over for svært truede børn, idet nuværende lovgivning er med til at fastholde den praksis, at der i de fleste tilfælde ikke tages initiativ til foranstaltninger for familien under graviditeten af hensyn til tavshedspligten, idet underretningspligten – efter nuværende lovgivning – ikke er gældende før efter barnets fødsel. Jeg mener ikke, at vi kan være med til at tage ansvar for, at børn skal betale med deres liv for forældrenes ret til at opfylde egne kortsigtede behov for fødslen. Tillige er det et stort samfundsøkonomisk og etisk problem, at der fødes handicappede børn, hvis handicap kunne være forebygget.

UGESKR LÆGER 160/19 4 MAJ 1998

DADLN

Nye medikamenter

... mere lys ... »M

h. at
Carlsberg
til almindelig
skriver bogen
mer udenom, end
dette system, er
i kasuistik på kasuistik
tid, der går med at finde ind
sten. Udvikling i kvaliteten i det
væsen bestemmes af hvad mangler
tale for: Hvern prioriterer her?

... kan vi
... hospitalsaf-
... sager som ud-
... både ulogisk og uviden-
... krete sager var der, var der
... diskutere. Det kan da kun
... sager, der kan oplyse om, hvad der
... være galt. Man kan så diskutere, hvor

Curriculum vitae



May Olofsson
Født den 23. oktober 1943

Uddannelse:

Medicinsk embedseksamen, Københavns Universitet 1976.

Klinisk efteruddannelse på Rigshospitalet.

Gennemførte ikke planlagt speciallægeuddannelse i pædiatri på grund af omfattende udviklings- og forskningsarbejde på Rigshospitalet inden for ”forebyggende socialpædiatri”, men fik i 1990 dispensation fra Sundhedsstyrelsen for manglende speciallægeuddannelse til fastansættelse som afdelingslæge i 1991 og som overlæge 2000 i Familieambulatoriet (en af mig udviklet specialafdeling for gravide med rusmiddelforbrug og deres børn frem til skolealder og gravide med hiv-infektion og deres nyfødte børn)

Har siden 1978 klinisk- og forskningsmæssigt arbejdet med børn i familier med rusmiddelproblemer, børn af psykisk syge og børn i hiv-smittede familier. Har udviklet en tværfaglig og tværsektoriel interventionsmodel, som mange steder nu anvendes i forebyggelses- og behandlingsmæssigt arbejde med risikobørn og risikogravide, og som i 1989 førte til etablering af en ny specialafdeling "Familieambulatoriet" ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet og i 2010 til etablering af tilsvarende specialafdelinger over hele landet, *de regionale familieambulatorier* samt til etablering af *Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn*. Har gennemført flere forsknings- og udviklingsprojekter, bl.a. "Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre", "Forebyggelse af medfødte alkoholskader hos børn i København", "Børn i familier med alkoholproblemer i København", "Børn med hiv-antistoffer i Danmark", "Hiv og hepatitissmitte ved danske fertilitetsklinikker", "Follow-up-undersøgelse af børn født i Familieambulatoriet 1993-1995". "Opkvalificering af sundhedsplejersker på landsplan i deres arbejde med gravide, børn og småbørnsfamilier med rusmiddelrelaterede problemer", Har aktuelt projektet "Alkohol og stoffer i fosterlivet" i gang, omfattende et landsdækkende projekt "Familieambulatorie-databasen", finansieret af TrygFonden. Har siden 2001 haft et forebyggelsesprojekt i gang i "Reden" i København om "Forebyggelse af uplanlagte graviditeter, hiv og hepatitis hos stofmisbrugende prostituerede kvinder i København". Har været på flere studieophold i USA på de førende hospitaler vedrørende "børn i familier med rusmiddelproblemer" og "børn i hiv-smittede familier". Har deltaget i talrige internationale kongresser og konferencer om disse emner, ofte som inviteret foredragsholder. Har siddet i mange arbejdsgrupper, blandt andet i Sundhedsstyrelsen og Den Almindelige Danske Lægeforening. Har haft omfattende undervisnings- og foredragsvirksomhed samt mange tillidsposter. Har været vejleder ved 3 Ph.d.-projekter ved Københavns Universitet og for flere OSVAL-projekter I og II ved Det Medicinske Fakultet. Har skrevet mange artikler og flere bøger. Har fået flere priser, blandt andet Lægeforeningens ærespris, Barfred Pedersen Æresgaven. Blev optaget i Kraks Blå Bog 2015.

Ansættelser:

01.01.2000 - 31.12.2014 Overlæge og leder af Familieambulatoriet Region Hovedstaden
 01.11.2008 - 31.12.2014 Leder af Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn
 01.01.1991-31.12.1999 Afdelingslæge og leder af Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet
 1990-2001 Lægekonsulent for Københavns Amts Sygehusvæsen ved KAS-Glostrup
 1988-1990 1. reservelæge, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet med behandlingsansvar for gravide rusmiddelbrugere og deres børn
 1985-1988 Forskningsansat projektleder ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet
 1982-1985 Reservelæge ved Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Rigshospitalet
 1980-1982 Turnuslæge ved Rigshospitalet
 1978-1980 Forskningsassistent og projektleder ved Neonatalafdelingen, Rigshospitalet
 1977-1978 Forskningsassistent ved Undervisningsministeriets Konsulentkontor for Alkohol – og Narkotikaspørgsmål

Arbejdsgrupper, bestyrelser m.m.:**Aktuelle:**

daspcan's bestyrelse (Danish Association for Prevention of Child Neglect and Abuse)

Tidligere:

Mødrehjælpens hovedbestyrelse
 Red Barnets hovedbestyrelse
 Den Almindelige Danske Lægeforenings Børneudvalg, AIDS-udvalg, Misbrugsudvalg samt Dansk Pædiatrisk Selskabs HIV-udvalg.
 Følgegruppe i Egmont Fonden vedrørende projektet "Børn i Hiv-smittede familier".
 Nordisk Forening mod Børnemishandlings bestyrelse
 Bestyrelsen for Glostrup Observations- og Behandlingshjem
 Barnets Hus repræsentantskab

Priser:

2009 Barfred-Pedersen Æresgaven
 1993 Heinild-prisen
 1994 Red Barnets Børnerettighedspris

Andre anerkendelser:

2015 Kraks Blå Bog

Videnskabelige arbejder

Se venligst ovenfor under "uddannelse", 2. afsnit. Fyldestgørende oversigt kan rekvireres hos undertegnede.

Artikler og publikationer:

Olofsson, M: (1976). Børn og passiv rygning, *Helse nr. 6, 1976*
 (baggrund for Socialministeriets cirkulære af 31.3.1976 om forbud mod tobaksrygning i dag- og døgninstitutioner)

Olofsson MJ. Stofmisbrugende kvinder med børn. Kvinnoforskning kring alcokohol og droger. NAD publication nr. 8, 1983, s.161-162

Olofsson MJ. Gravide stofmisbrugere og deres børn. Kvinnoforskning kring rusmiddel II. NAD publikation nr. 14, 1986, s. 169-174

Olofsson M (1983). Teen-age mothers addicted to drugs. I: *Adolescent Sexuality. The Danish Family Planning Association*, 120–129.

Børn I familier med alkohol og stofproblemer. Sundhedsstyrelsens publikation 1992 (medlem af arbejdsgruppen bag publikationen).

Olofsson M (1984). Rigshospitalet. Gode erfaringer med tidlig og tværfaglig indsats. I: *Misbruger og mor*. Nordisk Ministerråd, 81–87.

Olofsson MJ, Buckley W, Hansen GE, Friis-Hansen B. Investigation of 89 Children Born by Drug-dependent Mothers.

I. Neonatal Course: *Acta Pædiatrica Scandinavica* 72, 1983, s. 403-406

II. Follow-up 1-10 years after Birth: *Acta Pædiatrica Scandinavica* 72, 1983, s. 406-410

Olofsson M (1986). Erfaringer med prævention for stofmisbrugere og andre svært belastede familier (psykoser, psykisk udviklingshæmning, alkoholmisbrug m.m.) ved et storbyhospital og i marken. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, 305–308.

Olofsson MJ et al. Børn med Hiv-antistoffer i Danmark. *Ugeskrift for læger*, april 1994, s. 2575-2579

Olofsson MJ et al. Hiv og hepatitismitte på danske fertilitetsklinikker. *Ugeskrift for læger*, nr. 12, 16. marts 1998, s. 1848-1851

Balle J, Olofsson MJ. Cannabis og graviditet. *Ugeskrift for Læger* 161/36, 6. september 1999, s. 5024-5028.

Olofsson MJ. Børn og AIDS. *Nordisk Medicin* nr. 3, 1989, s. 80-85.

Olofsson M (1992). Særlige socialmedicinske problemer i graviditeten. I: Michelsen N. et al. (red.). *Klinisk socialmedisin*. København: Munksgaard.

Olofsson MJ. Alcohol and Drug Abuse in Pregnancy. *Arch. Public Health* 1996, 54 s. 77-82

Olofsson MJ. Graviditet og rusmidler. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 1999 nr. 1, s. 87-95

Olofsson M (1997). *Consequences of drug misuse during pregnancy. Pregnancy and drug misuse. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs* (Pompidou Group). Strasbourg.

Olofsson M (1998). Prænatalt omsorgssvigt. *Ugeskrift for læger*, 160/19, 2906–2909.

Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen B (1983a). Tilstanden i neonatalperioden hos 89 børn født af stofmisbrugende mødre. *Ugeskrift for læger*, 145, 8, 565–567.

Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen B (1983b) Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre. *Ugeskrift for læger*, vol. 145 (8), 567–570.

Killén, K. og Olofsson, M (2003). Sårbare børn, Akademisk Forlag, København
Killén, K. og Olofsson, M (2003). Sårbare børn, Kommuneforlaget AS

Olofsson, M. (2005 og 2010) Omsorg for gravide og småbørnsfamilier. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen.

Medforfatter på Sundhedsstyrelsens “Vejledning for etablering af regionale familieambulatorier” 2009

Finnegan, LP, Winklbaaur, B, Fischer, G, Olofsson, M, Welle-Strand, G. (2009) New approaches in the Treatment of Opioid Dependency During the Pregnancy, *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*;11 (2):47-58

Lærebog i Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering (2011) Red. Modvig, J., Toftgaard Jensen, B. og Vinther Nielsen, C. Olofsson, M: Om sårbare gravide.

Irner, TB and Olofsson, M (2011) Substance exposure in utero and developmental consequences in adolescence: A systematic review in: *Child Neuropsychology*, London

Irner, TB, Teasdale, WT, Olofsson, M (2012). Cognitive and Social Development in Preschool Children Born to Women Using Substances in: *Journal of Addictive Diseases*, 31:1, 29-44

Irner, TB, Teasdale, WT, Olofsson, M, Nielsen, T, Vedel, S.(2012). Substance Use During Pregnancy and Postnatal Outcomes, in: *Journal of Addictive Diseases*, 31:1, 19-28

Endnu en artikel fra samme undersøgelse er publiceret i internationalt videnskabeligt tidsskrift i 2014. Referencen kan rekvireres hos undertegnede.

SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER TIL

Kommentarer til afrapporteringen fra Arbejdsgruppen om gravide med forbrug og misbrug af rusmidler, fremsendt den 29. september 2015 af May Olofsson

ANBEFALINGER:

I: Målgruppen – *gravide med forbrug og misbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin samt børn, som i fosterlivet har været eksponeret for nævnte substanser* – bør høre under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, idet målgruppen primært har *sundhedsfaglige problemer*

II: Der bør sikres overensstemmelse mellem *Juraen og Lægefagligheden* i forhold til definition af, hvornår et menneske er *et selvstændigt individ*. Hvis et barn defineres som *et selvstændigt individ fra 21 fulde fosteruger*, vil det *ufødte* barn være omfattet og beskyttet af samme lov – *ServiceLOVEN* – som det *fødte* barn, i tilfælde af omsorgssvigt og overgreb. (lægefagligt er en fødsel *før* 21 fulde graviditetsuger en *abort*, men *efter* 21 fulde uger er det et *for tidlig født barn*).

Denne problemstilling har *ikke* været behandlet i Arbejdsgruppen (ifølge rapporten).

III: *FN's Konvention om Barnets Rettigheder (1959)* bør inddrages i Arbejdsgruppens arbejde og arbejdsgrundlag (Konventionen er slet ikke omtalt i rapporten). I FN's Børnekonvention står der, at *børn har brug for beskyttelse både før og efter fødslen*, og at *regeringen i de lande, som har tilsluttet sig Konventionen, er pligtig til at indrette landets love og administrative regler på en sådan måde, at landet kan leve op til Konventionen*.

IV: *Tilbageholdelse uden samtykke* af den gravide under *hele* graviditeten bør være en mulighed, såfremt kvinden ønsker at gennemføre graviditeten, og hun vurderes at være *i en sådan tilstand/livssituation, hvor hun ikke vil kunne indgå i specialiseret svangreomsorg i tilstrækkelig grad (i Familieambulatoriet)* til sikring af fostrets/barnets behov.

V: Der bør etableres et *Samråd* bestående af *speciallæger* (pædiatri, psykiatri, gynækologi-obstetrik), *børnepsykolog*, *børnesagkyndig socialrågiver* samt en *jurist* til vurdering af, om den gravide opfylder kriterierne for tilbageholdelse uden samtykke. Muligvis bør der tillige være *en repræsentant fra kommunen* med i Samrådet, men

vurderingen bør primært foretages af *specialiserede sundhedsfaglige* personer, og ikke af "kommunen", som omtalt i rapporten.

VI: Det skal pointeres, at der i denne sammenhæng ikke *primært* er behov for "misbrugsbehandling". Der er behov for *specialiseret svangreomsorg på tværfaglig basis* og *specialiseret pædiatrisk ekspertise*. Den gravide skal ikke i "misbrugsbehandling" uden samtykke.

En del af de meget tungt belastede gravide vil *ikke* kunne magte at indgå i "misbrugsbehandling" *samtidig* med et graviditets- og fødselsforløb, men det udelukker ikke, at den gravide kan behandles med *abstinensforebyggende medicin, som er en nødvendig behandling af den gravide af hensyn til fostret og for graviditets- og fødselsforløbet*.

VII: Begrebet "*opvækstforhold*" bør erstattes af begrebet "*udviklingsforhold*", idet man da "tvinges" til at tænke også på det *ufødte* barn.

VIII: Det er vigtigt at være opmærksom på, hvordan en eventuel ændring af lovgivningen hen i mod en mulighed for *tilbageholdelse af gravide uden samtykke* lanceres til befolkningen – at man anvender en *positiv og konstruktiv terminologi*. Det drejer sig jo om en *intensiveret behandlingsindsats over for den gravide kvinde og det ventede barn* og om en *optimal grad af omsorg for den vordende mor og det ventede barn* med det *formål at sikre fødsel af et sundt barn og sikre, at moderen bliver bedst mulig i stand til at drage omsorg for barnet efter fødslen*. Ved at debattere "*tvang*" og at "*den gravide skal spærres inde*" o.l., skabes der skræmmebilleder og muligvis angstprovokerende associationer i befolkningen, og man får ikke sat fokus på de centrale problemstillinger – *at passe godt på den gravide kvinde og det barn, hun venter*, og som hun gerne vil have i og med, at hun ikke har valgt at få svangerskabet afbrudt.

IX: Der er i rapporten *betydelige faktuelle og faglige fejl og mangler*, som der efter min faglige vurdering *bør rettes op på*. Det bliver for omfattende at konkretisere dette i nuværende skrift, men jeg uddyber og konkretiserer gerne, hvis dette måtte ønskes. *Enkelte af de lægefaglige afsnit* bør efter min faglige vurdering *omskrives*. Jeg bidrager gerne til dette, hvis det måtte ønskes.

X: Der er netop udkommet en ny rapport om erfaringerne i Norge med tilbageholdelse af gravide uden samtykke, og som i højere grad end tidligere dokumenterer gode erfaringer med indsatsmodellen. Denne rapport anbefales medinddraget som baggrundsmateriale i den danske tværministerielle rapport.

Tillige anbefales som baggrundslitteratur Sundhedsstyrelsens publikation "*Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*", 2011, samt artiklen "*Prænatalt omsorgssvigt*" fra Ugeskrift for Læger og "*Tvangstilbageholdelse af gravide rusmiddelafhængige i Danmark*", 2011, skrevet på bestilling til Sundhedsstyrelsen af undertegnede 2011 (de 2 sidstnævnte dokumenter vedhæftet).

XI: Jeg undrer sig over, at speciallægefaglig ekspertise og erfaring inden for dette meget komplekse problemfelt ikke er repræsenteret i Arbejdsgruppens sammensætning. Dette må stærkt anbefales inddraget i Arbejdsgruppens, Ministeriets og politikernes videre arbejde med problemområdet.

NB: *Undertegnede står naturligvis gerne til rådighed efter ønske og behov.*

Med venlig hilsen

May Olofsson

Speciallæge

Medstifter og tidligere leder af Familieambulatoriet Region Hovedstaden og Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn.

E-mail: mayolofsson@hotmail.com

Telefon: 0045-27288401

Anbefalinger fra Reden København

Høring - Gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler



København d. 28.09.15

Reden København arbejder primært med målgrupperne 2, 4 og 5 (jf. Afrapporteringen). Vi har gode erfaringer med forebyggelsesdelen over for målgruppe 2, og mener at dette skal være et særligt fokusområde. En national - og økonomisk understøttet - plan for forebyggelse af graviditet blandt målgruppe 2 (herunder for kvinder, der ikke er danske) vil generelt resultere i færre graviditeter blandt kvinder med misbrug af alkohol og/eller stoffer. Desuden har vi 14 års erfaring med tidlig opsporing af graviditet blandt misbrugende kvinder, fordi vi siden 2001 har jordemødre fra Region Hovedstadens Familieambulatorium i Reden hver onsdag mellem 18.00 – 20.00. Derfor er det vigtigt for os at pointere, at indsatsen blandt misbrugere bedst udføres, hvor de misbrugende kvinder opholder sig.

Vi er desuden enige i afrapporteringens konklusioner i forhold til, at alkoholmisbrug og stofmisbrug skal sidestilles som lige skadeligt under en graviditet.

Vores anbefalinger er følgende:

1. At der tages en generel etisk diskussion i forhold til:

Tilbageholdelse af gravide kvinder

Hvis rettigheder skal beskyttes? Kvindens? Eller fosterets? I forhold til Sundhedsloven (kapitel 25 om svangerskabsafbrydelse) har en kvinde ret til at afbryde sin graviditet inden for 12 uger. Fosteret har inden 13. graviditetsuge derfor ingen rettigheder. Efter 12. graviditetsuge stiger fosterets rettigheder, men en kvinde kan (med eller uden tilladelse) stadig få afbrudt sin graviditet grundet forskellige forhold - herunder helbredsmæssige, psykiske og sociale.

Dette rejser derfor følgende spørgsmål:

- **Kan man etisk forsvare at tilbageholde kvinder i første trimester af graviditeten?** Dette vil betyde, at man tilsidesætter kvindens rettigheder til fordel for fosterets inden for den periode, hvor kvinden faktisk har ret til at afbryde sin graviditet.
- **Kan man etisk forsvare at tilsidesætte kvinders rettigheder til fordel for et fosters rettigheder?** Og hvornår skal en sådan tilsidesættelse træde i kraft? Hvordan vil man sikre, at ikke-misbrugende kvinders rettighed til abort ikke kompromitteres? Og hvor går grænsen for, hvad der er misbrug?

Tvungen prævention

At primært fokusere på tilbageholdelse af gravide, misbrugende kvinder er symptombehandling, og derfor kan det diskuteres, om der i DK er visse borgere, der i en given og tidsbegrænset livssituation – som f.eks. i forbindelse med stof- eller alkoholmisbrug – skal have tvungen prævention.

- 2. At staten tager det økonomiske ansvar i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde.** Vi er enige i afrapporteringens konklusioner i forhold til, at der skal etableres et tæt samarbejde tværfagligt og tværsektorielt i forhold til målgruppe 5 (s. 116), og som nævnt har Reden København 14 års erfaring med dette. Men det er dyrt at prioritere, og det koster Reden København ca. 150.000 kr. om året (løn til jordemødrene fra Familieambulatoriet, prævention, nødprævention, graviditetstest, projektstyring, kurser mv.).
- 3. At der tilbydes gratis prævention til målgruppe 2.** Staten – f.eks. gennem regionerne – bør sikre økonomien i, at målgruppe 2 tilbydes gratis prævention, gratis hormonel nødprævention, gratis graviditetstests mv. gennem praktiserende læger, NGOer, gadeplansarbejdere, familieambulatorier mv.
Som det er nu betaler NGOer selv for prævention, graviditetstests mv. til kvinderne, hvilket giver et ustabil og skævt tilbud til misbrugende kvinder i den fertile alder.

I afrapporteringen anbefales det, at *"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."* (s. 112).

Dette er en fin – men utilstrækkelig – anbefaling. For det første bør ansvaret ikke ligge kommunalt, men nationalt. Risikoen ved den kommunale model er, at præventionen ikke økonomisk vil blive prioriteret af kommunen og/eller at billige(re) præventionsformer vælges. For det andet er der ofte en igangværende og konstant barriere/konflikt mellem kommunen og den misbrugende kvinde, der ofte handler om, at kommunen har været involveret i f.eks. tvangsfjernelser, tilbageholdelse af kontanthjælp mv. Derfor ønsker mange misbrugende kvinder så lidt kontakt til deres kommune som muligt – hvilket giver en barriere i forhold til at bede om økonomisk støtte til prævention.

Desuden bør misbrugende kvinder, der indlægges på psykiatriske enheder eller almene hospitaler tilbydes gratis graviditetstests og prævention i forbindelse med indlæggelsen.

- 4. At Sundhedsstyrelsen laver en "Præventionstilladelse" til NGOer.**
Som det er nu skal NGOerne selv ind og opfinde den dybe tallerken, hvis de vil fokusere på seksuel sundhed og forebyggelse af graviditet i deres arbejde. Sundhedsstyrelsen kan derfor eventuelt med fordel lave en "pakkelsning" til NGOerne, hvor NGOerne (f.eks. ud fra faglige kriterier og med fagligt tilsyn) får større muligheder for at hjælpe kvinderne med prævention. En sådan tilladelse kan f.eks. indeholde tilladelse til at opbevare

prævention, tilladelse til at udlevere hormonal nødprævention, øremærkede lægetimer, tilladelse til at udlevere prævention mv.

Som det er nu skal en kvinde - der f.eks. skal have injiceret en p-sprøjte - først forbi læge (rådgivning, anamnese og recept), apoteket (afhentning og betaling) og til læge igen (injicering). For kvinder med misbrug er dette helt uoverskueligt – både økonomisk og planlægningsmæssigt. Og kvinden får derfor oftest ikke den prævention, som hun reelt gerne vil have.

Derfor er det vores anbefaling, at der fra statens side økonomisk prioriteres, at læger (praktiserende læger eller speciallæger) får tid til at komme fast nede hos NGOerne, at præventionen er gratis, og at der må opbevares prævention hos NGOerne. På den måde ville en kvinde f.eks. kunne få injiceret en p-sprøjte med det samme – i stedet for at skulle gennem læge, apotek og så læge igen.

5. **Fokus på nordiske kvinder med stofmisbrug.** Reden København oplever mange nordiske kvinder (fra Sverige og Norge) med stofmisbrug, der tager til København for at prostituere sig. Disse kvinder bliver nogle gange gravide og kan hurtigt blive kastebold mellem landene og systemerne. Kvinderne har brug for hurtig intervention i forhold til graviditeten, så vi efterlyser et fokus på disse kvinder, samt en handlingsplan landene imellem.
6. **Fokus på kvinder, der er her illegalt.** Kvinder, der opholder sig illegalt i Danmark, fordi de f.eks. prostituerer sig, ender nogle gange i stof- og/eller alkoholmisbrug. Kvinderne bliver også nogle gange gravide. Kvinderne har brug for hurtig intervention i forhold til graviditeten, så vi efterlyser et fokus på disse kvinder, samt en handlingsplan.

Social- og Indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Att.: Christina Skytte Christensen

Mail: chc@sim.dk

Girokonto 402-3951

Ref. MFG/lh
Dok.nr. 2644822

Sag.nr. 2015-SLCSFA-
01927

25. september 2015

Høringssvar om afrapporteringen fra den tværministerielle arbejdsgruppe om gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer

Social- og indenrigsministeriet har den 16. september 2015 bedt Socialpædagogernes Landsforbund om eventuelle bemærkninger til afrapporteringen fra den tværministerielle arbejdsgruppe om gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer.

Socialpædagogerne finder det generelt positivt, at der med rapporten er kommet et øget fokus på området, herunder særligt omkring alkoholmisbrug, hvilket er tiltrængt, og vil derfor gerne kvittere for arbejdsgruppens arbejde.

Socialpædagogerne kan bakke op om arbejdsgruppens anbefalinger i forbindelse med at styrke og målrette indsatsen i relation til en styrket forebyggelse, at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samt at have mere målrettede indsatser, særligt om målgrupperne 4 og 5.

Socialpædagogerne finder det positivt, at rapporten har fokus på det forebyggende, tidlige, opsøgende samt helhedsorienterede arbejde, som det centrale i indsatserne med gravide misbrugere. Samtidig er det helt centralt, og som Socialpædagogerne fremdrog til det af arbejdsgruppen afholdte dialogmøde den 1. september 2015, at det sikres, at disse indsatser styrkes og er reelt helhedsorienterede. Det sikres bl.a. ved at lade indsatser være socialfagligt forankrede og ikke mindst, at disse er forankret på tillidsbaseret relationsarbejde samt er gearret til at kunne foregå i kvindens nærmiljø, og således kan være opsøgende, pågående og motiverende. Det centrale er, at det i indsatserne sikres, at der også arbejdes med de andre problemstillinger, der måtte være, parallelt med misbruget, med fokus på, at kvinden kommer i og kan fastholde sig i et forløb.

Mere generelt bør denne helhedsorientering gælde for det forebyggende behandlingsarbejde, i de mere indgribende og intensive behandlingsforløb såvel som i forhold til et efterværn. I forlængelse heraf finder Socialpædagogerne det væsentligt, at der i rapporten redegøres for, hvilke forpligtelser og muligheder kommunerne har i den gældende lovgivning, særligt service-

loven, samt at kommunernes forpligtelser i det fremadrettede arbejde fremhæves.

Datagrundlaget i rapporten er for mangelfuldt. Dette fremhæves flere gange i rapporten, og blev ligeledes bekræftet ved ovennævnte dialogmøde, herunder fra arbejdsgruppens/ministeriets side. Relevante og solide data omkring omfang og type af skader har ikke kunne fremskaffes, hvorfor der er foretaget skøn. Det nævnes ligeledes i rapporten, at man forventer at Dansk Familieambulatoriedatabase fremover vil kunne bidrage med få tilvejebragt et sådan grundlag.

Socialpædagerne mener, at når det drejer sig om noget så fundamentalt som skærpsen af tvangsforanstaltninger, eller indførelsen af nye (dvs. tilbageholdelse uden samtykke), skal og bør man have et solidt grundlag med det reelle omfang af børn og skader samt udviklingen heri. Vi vil derfor anbefale, at dataindsamling og monitorering fremadrettet sikres, således at der genereres sikker viden om såvel problemets omfang og karakter, og vi vil ligeledes anbefale, at beslutningen om model for tilbageholdelse af gravide misbrugere afventer til et sådan datagrundlag er tilvejebragt. Indtil dette grundlag er fremskaffet, vil Socialpædagerne anbefale, at de tidlige, opbyggende, styrkede helhedsorienterede indsatser, som nævnt ovenfor, opjusteres og opprioriteres, så det sikres, at alle gravide kvinder med et misbrug af rusmidler får den rette hjælp og støtte.

I forlængelse heraf finder Socialpædagerne det særdeles væsentligt, at det sikres, at der er de nødvendige døgnbehandlingstilbud og -pladser til målgruppen, hvilket det fremgår af rapporten ikke er tilfældet i dag.

Vi anerkender, at det er meget komplekse problemstillinger, og hvor muligheden af brugen af tvangstilbageholdelse (med og uden samtykke) overfor målgruppen på en og samme tid kan have både positive og negative konsekvenser. I enkelte, konkrete tilfælde kan en tvangstilbageholdelse potentielt have en positiv betydning for både kvinde og foster. Dermed også sagt, at der kan være en vis relevans i at se på om de nuværende regler om tvang med samtykke, og brugen af dem, kan optimeres. Men udover at Socialpædagerne anser frivillighed og motivation for det mest effektive og langtidsholdbare, ser vi en risiko for, at de negative konsekvenser af tvang uden samtykke (bl.a. at det kan afholde nogle gravide misbrugere fra at søge hjælp), kan vise sig at blive større end de positive, man ønsker at opnå ved indførelsen.

Socialpædagerne mener generelt, at vi kommer længere med frivillighed, samarbejde og motivation, og at pædagogik og veltilrettelagte socialfaglige og helhedsorienterede sociale indsatser er de bedste løsninger. Socialpædagerne er af den opfattelse, at det både sikrer fokus på barnets tarv og respekten for kvindens integritet.

Venlig hilsen



Verne Pedersen
Forbunds næstformand