



Ministerialtidende

2009

Udgivet den 2. juli 2009

30. juni 2009.

Nr. 49.

Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier

– med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer og specialiseret opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler

Indhold

1 Baggrund og formål

- 1.1 Bevillingsmæssige forudsætninger

2 Praktisk iværksættelse

3 Organisation og funktion

- 3.1 Organisatorisk indplacering i det regionale sundhedsvæsen
 - 3.1.1 Regional enhedsfunktion og geografisk placering
 - 3.1.2 Faser i forløbet
- 3.2 Sundhedsaftaler og andre samarbejdsaftaler
- 3.3 Det tværfaglige team i familieambulatoriefunktionen
- 3.4 Eksternt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
 - 3.4.1 Tværsektorielle koordinationsmøder
 - 3.4.2 Samarbejde med den gravide omkring det tværsektorielle samarbejde
 - 3.4.3 Familieambulatoriets samarbejde med det øvrige sygehus-væsen
 - 3.4.4 Samarbejde med almen praksis
 - 3.4.5 Samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste
- 3.5 Efteruddannelse og vidensdeling
 - 3.5.1 Efteruddannelse
 - 3.5.2 Telefon- og internetrådgivning
 - 3.5.3 Vidensdeling

4 Identifikation af målgruppen

- 4.1 Målgruppen
- 4.2 Tidlig opsporing
- 4.3 Visitation af gravide
- 4.4 Identifikation af børn, som tilhører målgruppen

5 Familieambulatoriets tilbud under graviditet og fødsel

- 5.1 Rådgivende samtale med familieambulatoriets læge
 - 5.1.1 Information om risikoaspekter og kvindens handlemuligheder
 - 5.1.2 Information om kvindens retsstilling og familieambulatoriets tilbud
- 5.2 Planlægning af behandlingsforløbet
 - 5.2.1 Anamneseoptagelse

- 5.2.2 Forslag til behandlingsplan
- 5.2.3 Dialogen med den gravide og hendes partner
- 5.2.4 Særlige tilfælde
- 5.3 Helhedsorienteret indsats
 - 5.3.1 Inddragelse af den samlede familie
 - 5.3.2 Psykologbistand
 - 5.3.3 Opsøgende virksomhed
 - 5.3.4 Prævention
- 5.4 Relation med den almindelige svangreomsorg
- 5.5 Rusmiddelbehandling
- 5.6 Gravide med dobbeltdiagnose (psykisk syge med rusmiddelbrug)
- 5.7 Plan for fødslen og barselsperioden, for observation og behandling af barnet efter fødslen samt for tiden efter udskrivelsen

6 Familieambulatoriets indsats efter fødslen

- 6.1 Observation og behandling af den nyfødte
- 6.2 Behandling og støtte til moderen/forældrene
 - 6.2.1 Observation og støtte af mor-barn relationen
 - 6.2.2 Præventionsrådgivning
 - 6.2.3 Samarbejde med forældrene

7 Opfølgende børneundersøgelser i familieambulatoriet efter udskrivning fra hospitalet

- 7.1 Formål
- 7.2 Undersøgelsesernes opbygning og hyppighed
- 7.3 Afslutning i familieambulatoriet

8 Evaluering

Bilag 1

1 Lovgrundlaget, tavshedspligt, underretningspligt m.v.

- 1.1 Sundhedsloven
- 1.2 Den gravides retsstilling
- 1.3 Tavshedspligt og underretningspligt

2 Øvrige bestemmelser

- 2.1 Særlig støtte til vordende forældre
- 2.2 Ret for gravide stofmisbrugere til at få tilbudt kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse i behandling
- 2.3 Tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling

1 Baggrund og formål

Alkohol- og anden rusmiddelbrug¹⁾ under graviditeten kan resultere i en række skader hos fosteret samt i komplikationer under graviditeten og ved fødslen med risiko for varige skader hos barnet til følge. Hertil kommer at rusmiddelproblemer hos moderen og/eller faderen er helbredsmæssige og psykosociale risikofaktorer i forhold til graviditet,

fødsel og barnets udvikling. Gravide med et risiko-forbrug af rusmiddel er derfor en obstetrisk højrisikogruppe, og deres børn er en pædiatrisk højrisikogruppe.

I Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for Svangreomsorgen”,²⁾ kapitel 5 anføres, at samarbejdet omkring gravide med rusmiddelproblemer og/eller psykisk sygdom er en specialopgave, der kræver en

ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær og sekundær sektor, og at oprettelse af familieambulatorier mv. for særlig udsatte gravide ved fødestederne kan medvirke til at samle ressourcerne og sikre en tidlig og koordineret indsats.

Med det videre sigte at styrke den regionale forebyggelse og behandling af rusmiddelrelaterede medfødte skader og sygdomme hos børn, er nærværende vejlednings konkrete formål at understøtte regionernes etablering af de familieambulatoriefunktioner, som regionerne har forpligtet sig til at etablere, jf. regeringens aftale af 14. juni 2008 med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2009. Etablering af regionale familieambulatorier kan medvirke til at optimere det regionale sundhedsvæsens bidrag til den samlede indsats uden herved at ændre på opgavefordelingen i forhold til kommunerne. Familieambulatorierne vil således være et supplement til den kommunale indsats på området, jf. satspuljeaftalen for 2008. Det er vigtigt at der etableres et godt samarbejde mellem familieambulatorierne og de kommunale myndigheder, der har ansvaret for indsatsen på det sociale område og i forhold til stof- og alkoholbehandlingen. Det er kommunernes opgave og ansvar efter lov om Social Service at sikre den gravide, det ufødte barn og familien relevante sociale tilbud såvel før som efter fødslen. Det er ligeledes kommunens ansvar og opgave efter henholdsvis lov om Social Service og Sundhedsloven at tilbyde den gravide stof- og alkoholbehandling såvel før som efter fødslen. Den kommunale indsats som sådan vil ikke blive nærmere beskrevet i nærværende vejledning.

1.1 Bevillingsmæssige forudsætninger

På baggrund af satspuljeaftalen for 2008 er der med finansloven for 2008 afsat midler til etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen.³⁾ Midlerne er afsat med henblik på et permanent løft og vil overgå til bloktilskuddet, når familieambulatoriefunktionerne er etableret i alle regioner, og initiativet er evalueret. I overensstemmelse med initiativet i satspuljeaftalen fremgår det af teksten på finansloven, at midlerne er afsat til:

”oprettelse af et familieambulatorium i hver region efter samme model som på Hvidovre Hospital. Det fremgår endvidere, at tilbuddet skal være

en integreret del af sundhedsvæsenet og sikre løbende opfølgning på barnet og familien frem til skolealderen, og at familieambulatorierne skal ses som supplement til den kommunale indsats over for de relevante familier. De afsatte midler skal endvidere finansiere midler til etablering af telefonrådgivning, efteruddannelse m.v. i regi af familieambulatoriet på Hvidovre Hospital med henblik på at sikre videreformidling af den oparbejdede viden og erfaring til de øvrige regioner, jf. initiativet om udbredelse af familieambulatoriemodellen”.

De puljemidler, der på baggrund af satspuljeaftalen for 2007 blev afsat i perioden 2007-2010 til etablering af familieambulatoriefunktioner, medgår til etableringen af landsdækkende familieambulatoriefunktioner.

I henhold til regeringens aftale af 14. juni 2008 med Danske Regioner har regionerne forpligtet sig til at påbegynde etableringen af familieambulatorier i sidste kvartal 2008.⁴⁾

2 Praktisk iværksættelse

Ved vejledningens udarbejdelse er det i det følgende antaget, at regionerne beskriver et forslag til organisation, som kan realisere familieambulatoriets interventionsmodel, således at de bevillingsmæssige forudsætninger er opfyldt, herunder sikrer fornøden tværfaglig og tværsektoriel repræsentation. Regionen bør i den forbindelse tage stilling til, i hvilket regionalt fødeafdelingsregi, familieambulatoriet administrativt skal placeres, jf. nedenstående. Da oprettelsen af familieambulatorier for særlig udsatte gravide ved fødestederne kan medvirke til at samle ressourcerne og sikre en koordineret indsats, er det vigtigt at tage udgangspunkt i en beskrivelse af allerede eksisterende regional organisation, ansvarsfordeling og aktiviteter, evt. eksisterende særskilt bygnings- og arealanvendelse og særskilt afsatte person- og kompetenceressourcer til samme formål samt eksisterende formaliserede tværfaglige og tværsektorielle samarbejds mønstre og -relationer.

Ved implementeringen bør også udarbejdes en formidlingsplan med henblik på at gøre familieambulatoriet kendt i relevante regionale og kommunale henvisningsinstanser. Det er væsentligt, at alle, der kan tænkes at henvise gravide med rusmiddel-

problemer til familieambulatoriet, bliver informeret om tilbuddet, som skal være let tilgængelig og nemt at komme i kontakt med. Det drejer sig om øvrige relevante hospitalsafdelinger, almen praksis, relevante kommunale forvaltninger, herunder den kommunale sundhedstjeneste og rusmiddelbehandlingsinstitutioner, samt dag- og døgninstitutioner, ”gadeplansinstitutioner” som fx Reden, kriminalforsorgen m.fl..

De bevillingsmæssige forudsætninger omfatter også, at der tages udgangspunkt i allerede indvundne erfaringer med Hvidovres familieambulatoriums interventionsmodel, hvorfor det anbefales at gøre brug af sådanne erfaringer samt af rådgivningsfunktionen på Hvidovre hospital, se pkt 3.5.

Endvidere henvises til en uddybende beskrivelse af Hvidovres familieambulatoriums interventionsmodel i Sundhedsstyrelsens publikation *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*.⁵⁾

3 Organisation og funktion

Familieambulatoriet er en tværfaglig enhed, som varetager den specialiserede forebyggende og behandlende svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer. Herudover varetager familieambulatoriet undersøgelse og behandling af det nyfødte barn og moderen i barselsperioden samt opfølgning indtil skolealderen af børn, der har været eksponerede for rusmidler i fostertilværelsen. Der arbejdes efter en tværfaglig og tværsektoriel, helhedsorienteret tilgang, som bygger på den interventionsfilosofi, at forebyggelse og behandling skal sættes ind tidligt og intensivt, ikke kun i forhold til rusmiddelforbruget, men i forhold til kvindens og hendes families samlede livssituation og den samlede helbredstilstand, fysisk såvel som psykisk og socialt.

Dette kræver selvsagt en bred og ofte kompliceret intervention, som vil inddrage mange parter og instanser på tværs af sektorer over tid. Det er derfor essentielt, at den regionale og kommunale indsats koordineres. Familieambulatoriet vil som hovedregel have det overordnede ansvar for koordineringen af den sundhedsfaglige indsats under graviditeten, og som minimum så længe moderen og/eller barnet er indlagt efter fødslen.

Familieambulatoriets personale består som hovedregel af læger, jordemødre, psykologer og socialrådgivere, der ved en tværfaglig indsats varetager forebyggelse og behandling, om muligt allerede fra det tidspunkt hvor graviditeten er konstateret. Hovedvægten ligger på graviditet, fødsel, neonatal- og barselsperiode. Efter fødslen følges barnets fysiske og psykosociale udvikling samt omsorgssituation, og familien bistås med lægelig, psykologisk og social rådgivning.

3.1 Organisatorisk indplacering i det regionale sundhedsvæsen

I Sundhedsstyrelsens kommende specialevejledning vedr. specialet gynækologi og obstetrik⁶⁾ defineres svangreomsorgen for sårbare gravide som en regionsfunktion. Der nævnes herunder gravide med i.v. misbrug, udviklingshæmmede og gravide med behov for psykiatrisk behandling udover SSRI. Gravide med HIV er placeret som en højt specialiseret funktion.

Af Sundhedsstyrelsens kommende specialevejledning vedr. speciale pædiatri fremgår under socialpædiatri at indsatsen vedr. børn af gravide/mødre med alkohol- og stofmisbrug er en regionsfunktion. Varetagelsen af funktionen forudsætter neonatalfunktion på stedet.

Familieambulatoriet skal have et tæt samarbejde med den afdeling med regionsfunktion i gynækologi-obstetrik, som følger de sårbare gravide samt med den afdeling med regionsfunktion i pædiatri, som varetager socialpædiatri. Familieambulatoriet har endvidere et tæt samarbejde med andre sygehusafdelinger herunder infektionsmedicinsk, psykiatrisk og børne & ungdomspsykiatrisk afdeling, den primære sundhedssektor, relevante kommunale forvaltninger, alkohol- og andre rusmiddel behandlingsinstitutioner og andre instanser uden for sygehuset, som varetager opgaver i forhold til gravide, børn og børnefamilier.

Det anføres i specialeudmeldingen, at andelen af sårbare gravide med psykisk sygdom og rusmiddelproblemer vurderes at være stigende. Gruppen er karakteriseret ved at være en højrisikogruppe med belastede livsomstændigheder og svingende motivation for at søge behandling. Det fremhæves at afstand kan være et problem i relation til denne

gruppe, hvorfor en udegående funktion fra et sygehus med regionsfunktion til et sygehus med hovedfunktion derfor kan være en mulighed. Et formaliseret samarbejde mellem sygehus med regionsfunktion og hovedfunktion kan også være hensigtsmæssigt, fx i form af center-satellit samarbejde godkendt af Sundhedsstyrelsen.

3.1.1 Regional enhedsfunktion og geografisk placering

Familieambulatoriet er en enhedsfunktion, som først og fremmest er defineret ved bestemte funktionelle, metodiske og organisatoriske kriterier, dvs. en funktionel og administrativ enhed. Når familieambulatoriefunktionen i det følgende beskrives, skal der således lægges vægt på den funktionelle og administrative enhed. Familieambulatoriet skal forankres på et sygehus i hver region som en fysisk samlet enhed, således at der kan opbygges den nødvendige kompetence og ekspertise. Afhængig af regionale forhold og under hensyntagen til at tilbuddet bør være nemt tilgængeligt i forhold til fremmøde for den gravide og hendes familie, kan der efter behov etableres udegående funktion til og/eller et formaliseret samarbejde med regionens øvrige fødesteder. Et formaliseret samarbejde mellem en afdeling med specialfunktion og en afdeling med hovedfunktion skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Afgørende for enhedsfunktionen er, at den faglige ledelse er samlet, at der arbejdes efter fælles faglige retningslinjer og at der sker en vidensdeling, fx i form af afholdelse af fælles møder, temadage, dataopsamling, monitorering, evaluering og kvalitetsudvikling. Administrativt kan familieambulatoriet hensigtsmæssigt indplaceres under specialet gynækologi og obstetrik i et tæt samarbejde med pædiatri.

Idet det er et krav i specialeudmeldingen at behandlingen af sårbare gravide skal placeres som en regionsfunktion og have samarbejde med pædiatri med neonatologisk kompetence, bør der tages stilling til hvor familieambulatoriet skal placeres. Ved regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner skal placeringen godkendes af Sundhedsstyrelsen. For at undgå at familieambulatoriets brugere vil kunne opleve tilbuddet som stigmatiserende, bør der i videst muligt omfang anvendes lokaler på

samme geografiske lokalitet som anvendes til den øvrige svangreomsorg i området.

Regionale erfaringer samt regionale forskelle mht. geografiske afstande, indbyggertal, fødselstal og antal borgere med rusmiddelproblemer, mm. kan tilsige, at enhedsfunktionen konkret implementeres forskelligt i forskellige regioner. Dette skal ske på en sådan måde at den funktionelle og metodemæssige enhed ikke anfægtes.

3.1.2 Faser i forløbet

Familieambulatoriet varetager opgaver i et forløb, som omfatter graviditet, fødsel, barsels- og neonatalperiode samt opfølgning i forhold til barnet op til skolealderen. Opgaverne er beskrevet i det følgende. I faserne af det enkelte forløb vil der være forskellig vægtning af de faglige ydelser, der er behov for, ligesom særlige forhold hos mor, barn og/eller far kan betinge en særlig indsats på enkelte områder.

3.2 Sundhedsaftaler og andre samarbejdsaftaler

Samarbejdet omkring gravide med rusmiddelproblemer er en specialopgave, som udover faglig specialviden kræver ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær- og sekundærsektor. Denne indsats bør organiseres gennem oprettelse af tværfaglige teams og et formaliseret tværsektorielt samarbejde, som beskrevet nedenfor.

Der bør udarbejdes lokale samarbejdsaftaler mellem regionen og de tilknyttede kommuner, som klart og entydigt beskriver arbejdsgangene og opgave- og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem det regionale familieambulatorium, øvrige sygehussafdelinger, almen praksis, de relevante forvaltninger i kommunerne og kommunale instanser for behandling for stof- og alkoholproblemer. Samarbejdsaftalen skal kunne udbredes til at inddrage andre relevante aktører.

3.3 Det tværfaglige team i familieambulatoriefunktionen

Kernen i familieambulatoriets struktur og funktion er det tværfaglige sammensatte team, der ved sin faglige sammensætning og kompetencer giver mulighed for at kvalificere og udnytte den faglige forskellighed i samarbejde og indsats med udgangspunkt i den enkelte gravides, barns eller families

situation og behov. Det tværfaglige team arbejder sammen om at styrke en tidlig, sammenhængende og helhedsorienteret indsats for den gravide, barn og familie. Hver faggruppe har sin særlige rolle, kompetence og afgrænsede opgaver givet det faglige ansvarsområde.

Familieambulatoriet skal råde over eller have etableret et aftalt samarbejde således at der rådes over følgende kompetencer:

- Sundhedsfaglige kompetencer i relation til de med svangreomsorgen forbundne opgaver og i relation til evt. afrusnings- og substitutionsbehandling af den gravide, samt behandling af følgesygdomme og comorbiditet i samarbejde med relevante specialer. Neonatologisk ekspertise til at kunne varetage det nyfødte barns særlige behov, herunder behandling af abstinenser. Desuden kompetencer indenfor socialpædiatri og neuropædiatri med henblik på varetagelse af de opfølgende børneundersøgelser indtil skolealderen.
- Viden om rusmidler, afhængighed og konsekvenser med henblik på at kunne henvise til relevant behandlingsinstans for udredning af behandlingsbehov- og tilbud.
- Socialfaglige kompetencer til afdækning af sociale og familieretslige problemstillinger, der knytter sig til kvindens graviditet og det ufødte barn. Socialrådgiveren skal yde rådgivning og vejledning, være konkret støttende og formidle kontakt til rette instans. Socialrådgiveren skal have opmærksomhed på den gravides eventuelle partner og netværk og således kunne bidrage til at få overblik over det samlede støttebehov og sammenhæng i problemløsningerne.
- Psykologiske kompetencer til under graviditeten og efter fødslen ved behov at hjælpe kvinden til at knytte sig til barnet, forholde sig til moderrollen og forstå barnets særlige behov samt at medvirke til teamets samlede vurdering og anbefaling, herunder af familiens ressourcer i forhold til omsorgsvaretagelse og med hensyn til evt. støttebehov. Tillige at tilbyde gravide/forældre parsamtaler og krisestøtte fx i forbindelse med alvorlige komplikationer under graviditet og fødsel, alvorlig sygdom hos barnet eller ved anbringelse af barnet uden for hjemmet. I neonatal perioden at undersøge det ny-

fødte barns adfærd, reaktionsmønster, kontakt- og samspilsevner samt at observere og støtte den tidlige mor-barn og far-barn kontakt. I de følgende år at varetage den psykologfaglige del af de opfølgende børneundersøgelser i familieambulatoriet frem til skolealderen, herunder er der behov for neuropsykologisk testkompetence. Endvidere at tilbyde rådgivning og vejledning til forældre, plejeforældre og andre samt supervisere personale på føde- og børneafdeling.

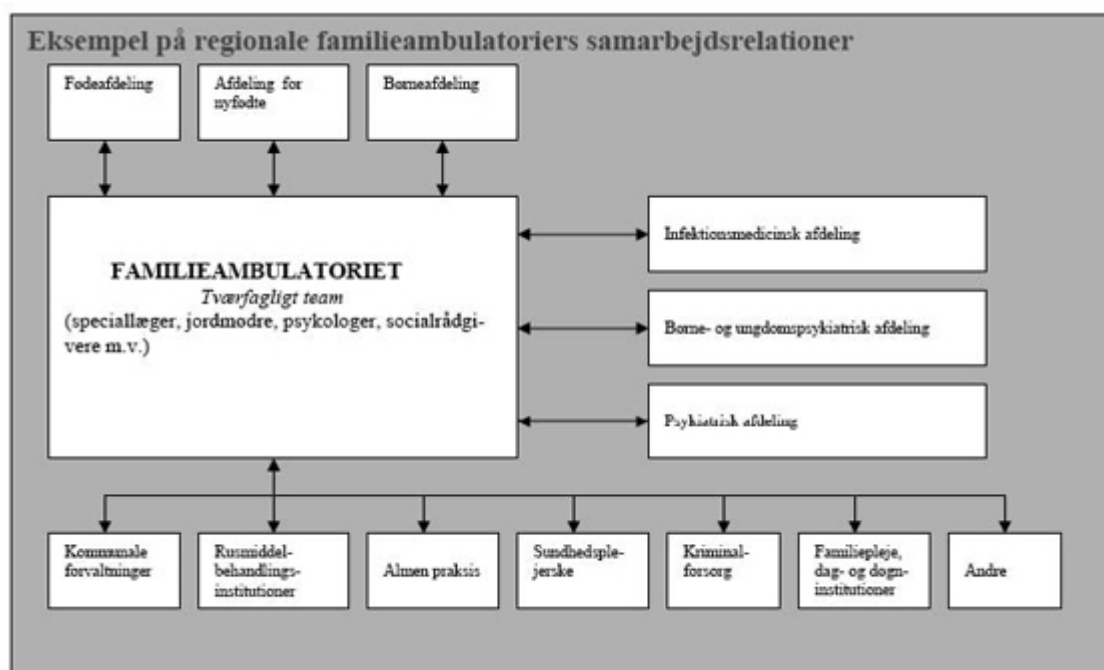
Under henvisning til ovenstående bør familieambulatoriets tværfaglige team som minimum være sammensat af speciallæger, jordemoder, socialrådgiver, psykolog og sekretær.

Planlægning og koordinering af behandlingsindsatsen finder sted ved regelmæssige teammøder i familieambulatoriet, hvor der tages udgangspunkt i hver enkelt af de i familieambulatoriet indskrevne gravide eller børn og deres forældre.

For at løse de komplicerede opgaver i relation til målgruppen af gravide og børn forudsætter det, at familieambulatoriet har mulighed for differentieret udredning med henblik på relevant intervention. Indsatsen planlægges, koordineres og afstemmes i forhold til andre instanser såvel i som uden for det sundhedsfaglige system i et samarbejde, hvor kvinden/familien medinddrages og hendes/familiens ønsker og behov får fokus under hensyntagen til barnets behov såvel før som efter fødslen.

3.4 Eksternt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Hos mange gravide med rusmiddelproblemer ses betydelige og komplekse helbredsmæssige, psykiske og sociale problemer. For at kunne tilbyde den gravide/familien bedst mulig hjælp og en helhedsorienteret indsats, er det nødvendigt at medinddrage andre professionelle aktører og myndighedsudøvere. Der bør inden for lovgivningens rammer, jf. bilag 1, etableres et formaliseret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med de relevante eksterne parter. Disse kan omfatte forskellige forvaltninger i kommunen, sundhedsplejersker, almen praksis, andre hospitalsafdelinger, børne- og ungdomspsykiatere, behandlingscentre for stofbrugere, alkoholbehandlingsinstitutioner, kriminalforsorg, dag- og døgnforanstaltninger, gadeplanstilbud mv.



3.4.1 Tværsektorielle koordinationsmøder

Formålet med det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er at sikre den gravide/familien den støtte og hjælp, der er behov for og at støtten ydes i en sammenhængende og samlet indsats med særligt fokus på fostrets/barnets behov. Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde kan således også indgå i grundlaget for kommunens eventuelle beslutninger om hjælpeforanstaltninger for barnet og familien.

Afholdelse af tværsektorielle koordinationsmøder er et centralt element i planlægningen, koordineringen og den løbende justering af indsatsen. På grund af den hermed forbundne udveksling af informationer om den gravide, barnet og familien er det en forudsætning for at indkalde til tværsektorielt koordinationsmøde, at kvinden har givet sit samtykke hertil⁷⁾.

Familieambulatoriet vurderer i hvert enkelt tilfælde og i samarbejde med den gravide, hvilke fagpersoner, der er relevante at indkalde til det første tværsektorielle koordinationsmøde. Det kan både være fagpersoner, som i forvejen har et kendskab til den gravide og hendes familie, eller fagpersoner, som vurderes at kunne få en rolle i den videre planlægning af forløbet. Som hovedregel vil de relevante kommunale forvaltninger og rusmiddelbehandlingsinstanser skulle deltage i koordinationsmødet. Faderens/partnerens situation og ressourcer

bør også inddrages i drøftelserne. Det vil derfor også være nødvendigt at indhente samtykke fra partneren, herunder samtykke til inddragelse af hans evt. rusmiddelbehandlere og kommunale sagsbehandlere. Omfanget af dette samarbejde kan variere betydeligt og vil afhænge af den samlede belastningsgrad af helbredsmæssige, psykiske og sociale faktorer hos den enkelte kvinde/familie og hos barnet.

Familieambulatoriet (som regel teamets socialrådgiver) varetager tovholderfunktionen, dvs. tilrettelægger og indkalder til koordinationsmøderne og udarbejder mødereferater. Mødereferatet skal beskrive den plan eller de aftaler, der er besluttet på mødet samt hvilke aktører der varetager og har ansvar for de forskellige opgaver og opfølgning. Referaterne, som behandles fortroligt efter gældende regler og udsendes med kvindens samtykke til alle mødedeltagere på tværs af sektorgrænser, fungerer som vigtige redskaber i det videre forløb med udveksling af relevante oplysninger og information og medvirker til koordinering af den samlede indsats.

3.4.2 Samarbejde med den gravide vedrørende det tværsektorielle samarbejde

Udgangspunktet for samarbejdet med den gravide er at tilvejebringe den bedst mulige hjælp og støtte under graviditet og fødsel og tiden efter og herunder skabe rammer, hvorunder den gravide tør dele sine vanskeligheder. Et godt grundlag for at indsatsen

kan virke efter hensigten er, at denne giver mening for den gravide/familien. Mange gravide oplever frygt og uro i forhold til kommunens indgriben og angst for anbringelse af barnet efter fødsel. For at minimere denne frygt og uro er det vigtigt at møde den gravide i et åbent og synligt samarbejde. Den gravide skal informeres om de forskellige muligheder for hjælp og støtte, om sine rettigheder og om personalets pligter, om muligheder og begrænsninger, krav og forventninger samt om hvilke observationer, der foretages og videreformidles. Det skal tydeliggøres for den gravide, hvilke forhold der ønskes at samarbejdes om samt hvilke oplysninger, der agtes videregivet til hvem og hvorfor. Opmærksomheden henledes i den forbindelse på bilag 1 vedrørende den gravides retsstilling samt vedrørende tavshedspligt og underretningspligt.

Der tilstræbes altid at være i åben dialog og samarbejde med den gravide. Det kommende barns perspektiv skal altid inddrages. Den gravide bør som udgangspunkt tilbydes at deltage i de tværsektorielle koordinationsmøder. Ønsker den gravide at deltage, bør familieambulatoriet tilbyde støtte til forberedelse af mødet, således at den gravides perspektiver kan bringes frem. Ønsker den gravide ikke at deltage, kan man ligeledes forberede mødet således, at den gravides perspektiv bringes frem.

Der kan være faglige begrundelser for, at de professionelle afholder et koordinationsmøde uden den gravides deltagelse for at opnå en indbyrdes afstemning af hvilke behandlingsmæssige tiltag, der kan komme i spil. Såfremt der er særlige omstændigheder som taler for, at den gravide mod sit ønske ikke skal deltage, forudsættes det, at betingelserne herfor er opfyldt, jf. Sundhedsloven § 41, stk. 2 eller § 43, stk. 2 om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Familieambulatoriet søger at indhente kvindens samtykke til samarbejde med den kommunale forvaltning og andre instanser, som vurderes relevant. Ønsker kvinden ikke at give samtykke hertil, må familieambulatoriet vurdere om der er grundlag for at underrette den kommunale forvaltning jf. bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service⁸⁾

3.4.3 Familieambulatoriets samarbejde med det øvrige sygehusvæsen

Familieambulatoriets team udfører deres arbejde både i egne rammer og i de implicerede hospitalsafdelinger (fødeafdeling og børneafdeling) og ved tilsyn i andre hospitalsafdelinger. Det tværfaglige teams samarbejdsrelationer til det regionale sygehusvæsens øvrige funktioner omfatter blandt andet infektionsmedicinsk afdeling, psykiatrisk afdeling med tilhørende distriktpsikiatriske centre, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og alkoholenheder, hvor de findes i regionalt regi.

3.4.4 Samarbejde med almen praksis

En repræsentant fra almen praksis inviteres til de tværsektorielle koordinationsmøder og modtager efter samtykke fra kvinden mødereferat fra disse, uanset deltagelse i mødet eller ej.

Det er væsentligt, at den praktiserende læge med kvindens samtykke løbende informeres om den planlægning og intervention, der foregår i familieambulatoriet, idet den praktiserende læge fortsat er læge for mor og barn i forhold til en lang række generelle ydelser, som supplerer de specielle behov der er henlagt til familieambulatoriet. Generelt fortsætter de lovpligtige tilbud om graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser, herunder vaccinationer hos den praktiserende læge. Når det i særlige tilfælde skønnes, at disse ydelser foregår i familieambulatoriet informeres den praktiserende læge herom. Den løbende informationsudveksling vil medvirke til sikring af en samlet sundheds- og socialfaglig indsats overfor mor og barn.

3.4.5 Samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste

Den kommunale sundhedstjeneste inviteres til de tværsektorielle koordinationsmøder og modtager efter samtykke fra kvinden mødereferat fra disse.

I henhold til bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge kan kommunen beslutte, at den gravide tilbydes en særlig indsats, herunder besøg af en sundhedsplejerske inden fødslen.⁹⁾ Kontakten kan etableres allerede i anden trimester af graviditeten. I tilfælde, hvor det er tydeligt, at den gravide efter fødslen ikke skal hjem med barnet, kan tilbuddet undlades.

Så snart barnet er født, informeres den kommunale sundhedstjeneste herom. Den kommunale sundhedstjeneste bør inddrages i planlægningen af udskrivelsen af mor og barn efter fødslen og i forbindelse med afslutningen af de opfølgende børneundersøgelser.

3.5 Efteruddannelse og vidensdeling

3.5.1 Efteruddannelse

Familieambulatoriet på Hvidovre hospital vil tilrettelægge efteruddannelses- og kompetenceudviklingskurser. I forbindelse med etableringen af familieambulatoriefunktionerne tilrettelægger familieambulatoriet på Hvidovre Hospital en kursusrække i hver region bestående af 3-4 én dags kurser. Kurserne er målrettet sundhedspersonale og sygehusledelse i regionerne samt relevante samarbejdspartnere, herunder den kommunale sundhedspleje, socialforvaltninger og praksissektoren. Kurserne vil bl.a. indeholde undervisning i de overordnede samarbejdsstrukturer i familieambulatoriernes arbejde og familieambulatoriernes tilbud, rolle og kompetencefordelingen mellem instanser i det tværsektorielle samarbejde samt undervisning i kliniske undersøgelses- og behandlingsmetoder og tilrettelæggelse af de opfølgende børneundersøgelser.

3.5.2 Telefon- og internetrådgivning

Familieambulatoriet på Hvidovre hospital etablerer en hjemmeside, hvor både fagpersoner og almindelige borgere vil kunne søge oplysninger og spørge til råds indenfor problemfeltet samt få rådgivning via e-mail. Endvidere etablerer familieambulatoriet på Hvidovre Hospital en telefonrådgivning, hvor fagpersoner fra hele landet kan søge råd, vejledning og supervision. Der vil være mulighed for telefonrådgivning alle hverdage.

3.5.3 Vidensdeling

Det er væsentligt, at der foregår vidensdeling intra- og interregionalt samt i forhold til tilknyttede kommuner og andre relevante samarbejdspartnere. Det vil være hensigtsmæssigt at opbygge et forum for erfaringsudveksling og idéudvikling og eksempelvis at arrangere fællesundervisning og årlige temadage.

4 Identifikation af målgruppen

4.1 Målgruppen

Målgruppen for familieambulatoriet¹⁰⁾ er (1) gravide kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter, (2) gravide, som inden for de sidste par år har haft et afhængighedsforbrug af rusmidler eller afhængighedsskabende medikamenter, samt (3) børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler. Desuden muliggør familieambulatoriets interventionsmodel en særlig indsats i forhold til gravide, hvis partner har et afhængighedsforbrug af rusmidler, som kan have konsekvenser for svangerskabet eller barnets udvikling efter fødslen.

Familieambulatoriets tværfaglige og tværsektorielle interventionsmodel er endvidere velegnet til varetagelse af andre grupper særlige belastede gravide, som eksempelvis gravide med alvorlige psykiske lidelser, gravide udviklingshæmmede og gravide med andre svære psykosociale problemstillinger.

4.2 Tidlig opsporing

Rusmiddelforbrug hos den gravide kan skade fosteret allerede fra konceptionstidspunktet. En tidlig opsporing med henblik på en forebyggende indsats er derfor væsentlig for at minimere risikoen for, at der fødes børn med skader som følge af moderens alkohol- og/eller andet rusmiddelforbrug i graviditeten. I forbindelse med den første graviditetskonsultation hos praktiserende læge spørges alle gravide systematisk om deres aktuelle og tidligere forbrug af alkohol, euforiserende stoffer og afhængighedsskabende medicin. Jordemoderen følger op på dette ved den første jordemoderkonsultation. Der bør anvendes et struktureret, valideret spørgeskema. Den tidlige opsporing af gravide tilhørende målgruppen er således en integreret del af den almindelig svangreomsorg, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen.

4.3 Visitation af gravide

På baggrund af disse oplysninger henviser den praktiserende læge eller jordemoderen gravide med erkendt risikoforbrug af rusmidler og gravide som tidligere har haft problemer med rusmidler til op-

følgende samtale i familieambulatoriets regi. Endvidere henvises gravide ved mistanke om risikoforbrug af rusmidler, således at familieambulatoriets personale kan foretage yderligere udredning. Den gravide informeres om begrundelsen herfor.

Der kan desuden modtages henvisning fra andre instanser, eksempelvis kommunale forvaltninger, rusmiddelbehandlingsinstitutioner, gadeplansmedarbejdere, væresteder og psykiatriske kontaktpersoner. Endvidere skal der være mulighed for selvhenvendelse. Gravide kan henvende sig med eller uden henvisning fra læge eller anden instans og kan også henvende sig anonymt til en rådgivende samtale.

Det er vigtigt med hurtig rådgivning af målgruppen hos sagkyndig læge/ jordemoder. Visitationsproceduren skal derfor sikre en tidligst mulig kontakt med målgruppens gravide. Proceduren skal være fastlagt og der bør være mulighed for hurtig henvisning, fx telefonisk eller elektronisk. Tilbudet skal være kendt og let at komme i kontakt med. Det er vigtigt, at familieambulatoriet tilbyder akut rådgivning og *ikke har ventetid* for nyhenviste gravide kvinder tilhørende målgruppen.

4.4 Identifikation af børn, som tilhører målgruppen

Målgruppen er børn født af kvinder med alkohol- og/eller andre risikoforbrug af rusmidler under graviditeten. Børnene følges indtil skolealderen i familieambulatoriet efter indhentet samtykke hertil fra forældre eller værge. I de fleste tilfælde vil mødrene have været fulgt i familieambulatoriet under graviditeten.

Endvidere modtages løbende efter henvisning eller efter konkret anmodning fra læge eller kommunal forvaltning børn under skolealderen, som formodes at have været rusmiddeleksponeret i fostertilværelsen, og som ønskes undersøgt med henblik på diagnostisk afklaring og tilrettelæggelse af en relevant behandlingsplan for barnet og familien. Ligeledes kan det være relevant at henvise børn af særligt belastede gravide, som nævnt under pkt. 4.1.

5 Familieambulatoriets tilbud under graviditet og fødsel

5.1 Rådgivende samtale med familieambulatoriets læge

Formålet med samtalen er at uddybe de informationer, der har ført til henvisning til familieambulatoriet, og vurdere om kvindens forbrugsmønster har udgjort eller ved fortsat opretholdelse vil udgøre en risiko for fostret. Det kan være hensigtsmæssigt at partneren deltager i samtalen, og det bør afklares om han har rusmiddelproblemer. Den gravide/parket informeres om risikoaspekter, specielt i forhold til fostret/barnet, og om mulige tilbud om behandling, hjælp og støtte.

Forløbet af denne samtale kan være meget forskelligt og kan ikke planlægges i detaljer. Lægen må under samtalens forløb prioritere efter den enkelte kvindes forudsætninger, tilstand og omstændighederne. På baggrund af samtalens forløb tager lægen stilling til, om kvinden/familien har behov for den ekstra støtte og behandling, som kan tilbydes i familieambulatoriet.

5.1.1 Information om risikoaspekter og kvindens handlemuligheder

Et væsentligt formål med samtalen er at oplyse den gravide og hendes partner om de enkelte rusmidlers fosterskadende virkning og vejlede i ophør/nedsættelse af forbruget og om mulighederne for hjælp og støtte dertil. I enkelte tilfælde kan denne information være nok til, at kvinden helt ophører med forbrug under graviditeten.

Såfremt kvinden er i tvivl om, hvorvidt hun ønsker at gennemføre svangerskabet, skal hun vejledes om reglerne om svangerskabsafbrydelse og procedurerne herfor. Hvis kvinden fremsætter ønske om svangerskabsafbrydelse, skal kvinden vejledes i overensstemmelse med reglerne i sundhedsloven § 100, herunder om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel samt om indgrebets beskaffenhed og direkte følger og den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet.

5.1.2 Information om kvindens retsstilling og familieambulatoriets tilbud

Den gravide oplyses om sin retsstilling, herunder selvbestemmelsesret, sundhedspersonalets tavshedspligt og underretningspligt og de lovgivningsmæssige muligheder for beskyttelse af barnet. Lovgrundlaget er beskrevet i bilag 1.

Såfremt lægen har vurderet, at kvinden bør tilbydes indskrivning i familieambulatoriet, informeres om familieambulatoriets behandlingstilbud som en forudsætning for, at kvinden kan overveje/give sit samtykke.

Hvis kvinden siger nej til tilbuddet, vurderer familieambulatoriet om der er grundlag for at underrette den kommunale forvaltning, jf. bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.¹¹⁾ Underretning til den kommunale myndighed på børne-familieområdet er en adgang for den gravide/familien til at få vurderet behovet for hjælp og for en tidlig sammenhængende støtte. Den kommunale myndighed har pligt til at undersøge den gravide/familiens forhold og sikre at barnet får de bedste mulige opvækstvilkår.

5.2 Planlægning af behandlingsforløbet

Udarbejdelse af en behandlingsplan i det tværfaglige team er grundlaget for interaktionen mellem familieambulatoriet og den gravide og hendes familie. Grundlaget herfor er medicinsk og psykosocial anamneseoptagelse.

5.2.1 Anamneseoptagelse

En uddybende anamneseoptagelse skal finde sted hurtigst muligt efter, at den gravide har accepteret at blive indskrevet i familieambulatoriet. Der skal optages både en medicinsk og en psykosocial anamnese samt en anamnese i forhold til rusmiddelproblematikken. Lægen har det primære ansvar for optagelse af den medicinske anamnese. Ved behov indhenter lægen epikriser fra tidligere indlæggelser samt iværksætter nødvendig behandling for aktuelle og/eller kroniske sygdomme, herunder eventuel substitutionsbehandling. Socialrådgiveren har det primære ansvar for optagelse af den sociale anamnese, men flere faggrupper kan involveres i anamneseoptagelsen, og en vis overlapning kan ikke undgås.

5.2.2 Forslag til behandlingsplan

På baggrund af den psykosociale og medicinske anamnese og de allerede stedfundne kontakter med den gravide opstiller familieambulatoriets tværfaglige team et forslag til behandlingsplan vedrørende graviditetsforløbet, som drøftes med den gravide, evt. efter forudgående drøftelse af situationen ved tværsektoriel konference. Behandlingsplanen justeres løbende i det videre forløb ud fra det tværfaglige teams helhedsvurdering af den samlede indsats og udvikling, således at planen hele tiden afpasses den enkelte gravides særlige situation og behov, inklusive primært fostrets/barnets behov. Behandlingsplanen skal i videst muligt omfang tilrettelægges i samarbejde med den gravide ud fra en fælles forståelse og accept af det nødvendige og mulige i situationen. Et uomgængeligt element er derfor en tålmodig, indgående og respektfuld dialog med den gravide.

5.2.3 Dialogen med den gravide og hendes partner

For at undgå at den gravide oplever sig stigmatiseret som misbruger og dermed undgå behandlingsfrafald og manglende compliance, er det vigtigt at holde fokus på kvinden som vordende moder og ikke som misbruger. Tilgangen til mødet skal fra de sundhedsprofessionelles side være åben og fordomsfri i forhold til rusmiddelbruget, og tager afsæt i vigtigheden af at være lyttende og møde kvinden der, hvor hun er i tanker og overvejelser af, hvad hun synes, hun har behov for, og hvad hun forestiller sig om fremtiden og det kommende barn. Kvindens partner medinddrages i videst muligt omfang i dialogen.

Over tid er det afgørende, at den gravide rent psykisk skal kunne 'følge med', samt forstår og accepterer den medicinske, psykologiske og sociale indsats og støtte, som hun tilbydes. I et procesorienteret forløb søges at få den gravide til at forstå barnets behov og nødvendigheden af at prioritere fostrets/barnets behov frem for egne behov. Uanset de faglige interne eller eksterne vurderinger af, hvad kvinden er bedst tjent med, er det i sidste instans kvindens motivation, forståelse, tillid og personlige ressourcer, der er afgørende for, om den tilbudte behandling og støtte får gavnlige resultater for hende og hendes barn.

Det er derfor som udgangspunkt vigtigt ikke for enhver pris at forsøge at forcere forløbet og 'presse' noget igennem, hvis kvinden ikke er tilstrækkeligt engageret og helhjertet med, medmindre situationen har en sådan karakter, at de særlige betingelser i sundhedsloven kan anses for opfyldt (se herom under pkt. 5.2.4). Den vanskelige afvejning mellem behovet for en tålmodig indsats for at opnå helhjertet accept hos kvinden og hensynet til at beskytte det ufødte barn bedst muligt, understreger betydningen af, at en god kontakt med kvinden opnås tidligst muligt i forløbet.

5.2.4 Særlige tilfælde

Undtagelsesvist er en kvinde så fysisk, psykisk og/eller socialt belastet, at der ikke kan etableres en tilstrækkelig bæredygtig kontakt, tillid og løbende fastholdt dialog med kvinden, der tilgodeser den for kvinden og barnet nødvendige omsorg og indsats. Komplicerende forhold kan være en psykiatrisk lidelse, massivt mangeårigt rusmiddelforbrug, eller en bestående dyb mistillid til offentlige systemer.

Hvor der er tale om gravide stofafhængige med sværere rusmiddelproblematikker, er opgaven beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation *Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (2008).¹²⁾

Lovgivningen vedrørende mulighed for tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere og alkoholmisbrugere i behandling er beskrevet i bilag 1.

5.3 Helhedsorienteret indsats

Familieambulatoriet skal sikre en tidlig indsats og et helhedsorienteret og sammenhængende tilbud for den gravide, hendes familie og det ufødte barn. Da nogle af de gravide, som følges i familieambulatoriet på grund af deres belastede livssituation, kan være svære at fastholde i tilbuddet med meget ustabil fremmøde, bør der tages skridt til at fjerne oplevede praktiske barrierer for fremmøde. Der kan eksempelvis være tale om tilbud om at følge den gravide ved en støtteperson, minimering af transporttid ved at lægge undersøgelser/samtaler på lokaliteter i nærheden af bopælen og samle dem på samme dag samt så vidt mulig undgå ventetid ved fremmøde.

Tidligt i forløbet støttes den gravide til hurtigt kontakt til kommunens relevante afdelinger, herunder kontakt til det kommunale behandlingstilbud til stof- og alkoholbrugere, hvor der ikke i forvejen er behandlingskontakt.

5.3.1 Inddragelse af den samlede familie

Gennem evt. flere samtaler tilstræbes det at afdekke den gravides aktuelle familiesituation, baggrundsforhold og netværk i øvrigt. Det er vigtigt at involvere en evt. partner og vurdere hans ressourcer og gøre brug af dem. Graden af støtte, som partneren kan yde den gravide, er af afgørende betydning for kvindens mulighed for at gennemføre sit behandlingsforløb. Har han et rusmiddelproblem, forsøges han motiveret til at påbegynde behandling og efter samtykke fra ham formidles kontakt til en relevant behandlingsinstitution. Ved behov ydes han også hjælp med henvisning og etablering af kontakt til relevante instanser i forhold til andre lægelige og/eller psykosociale problemstillinger.

I nogle tilfælde kan vurdering af den familiære situation føre til, at der konstateres væsentlige samspilsproblemer mellem moderen og andre børn i familien, herunder børn som er ældre end 7 år og ikke indskrevne i familieambulatoriet. I sådanne tilfælde skal problemstillingen formidles til den kommunale forvaltning, jf bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service. Kvinden /familien skal orienteres om personalets bekymring og underretning til kommunen.

5.3.2 Psykologbistand

Ved behov tilbydes den gravide samtaler hos familieambulatoriets psykolog, idet kvinden forinden skal være informeret om formålet med psykologbistanden. Formålet vil ofte være at styrke kvindens tilknytning til det kommende barn. I nogle tilfælde kan kvinden have behov for at bearbejde en tidligere traumatisk begivenhed, som kan virke blokerende i forhold til den psykologiske graviditetsproces. Psykologsamtalerne kan også have primært afklarende og vurderende karakter med det formål at bidrage til en kvalificeret og nuanceret vurdering af den gravides personlighedsmæssige ressourcer og vanskeligheder i relation til moderskab og dermed hendes behov for fremtidig behandling og støtte i forhold til hendes forælderressourcer og/eller i for-

hold til behandlingskrævende psykopatologi. Familieambulatoriet foretager ikke en egentlig forældreevneundersøgelse idet opgaven ligger i kommunalt forvaltningsregi.

5.3.3 Opsøgende virksomhed

Udebliver den gravide og hvis hensynet til det ufødte barn tilsiger dette, foretages opsøgende virksomhed, i første omgang ved telefonopkald, sms eller nyt brev, herefter ved besøg i hjemmet eller andre steder, hvor hun formodes at opholde sig. Opnås der fortsat ikke kontakt med den gravide, kontaktes relevante professionelle, fx henvisende instans eller fagperson. Opnås der herefter fortsat ikke kontakt, må det overvejes om der er grundlag for at underrette den kommunale forvaltning, jf. bekendtgørelsen om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.¹³⁾

5.3.4 Prævention

Familieambulatoriet rådgiver kvinden om prævention både i forbindelse med abortindgreb og efter fødslen samt medvirker til at etablere prævention, som så vidt muligt bør være ydet gratis inden udskrivning fra hospitalet. Prævention bør være drøftet med kvinden inden et eventuelt abortindgreb eller i god tid inden fødslen, således at kvinden har mulighed for at vælge sterilisation, specielt hvis fødslen finder sted ved kejsersnit.

5.4 Relation til den almindelige svangreomsorg

Familieambulatoriet varetager de profylaktiske svangrekonsultationer hos jordemoder, som i øvrigt er tilknyttet gynækologisk/obstetrisk afdeling med regionsfunktion, hvorved sikres at den fornødne obstetriske ekspertise kan inddrages i fornødne omfang. Sideløbende følger den gravide de almindelige svangrekonsultationer hos den praktiserende læge. Tryghed og kontinuitet er afgørende for at den gravide kan udvikle tillid og for et positivt samarbejde, hvorfor det er vigtigt, at hun bliver tildelt en fast læge og jordemoder. Sammenlignet med den almindelige svangreomsorg tilbydes den gravide med risikoforbrug af rusmidler hyppige konsultationer, og der afsættes længere tid (fx en time) til hver konsultation. Tilbuddet tilrettelægges efter et individuelt fagligt skøn afpasset kvindens behov og justeres løbende.

Indsatsen omfatter også, at familieambulatoriets læge koordinerer den medicinske udredning og behandling af eventuel comorbiditet.

Nogle gravide, der er tilknyttet familieambulatoriet, kan have vanskeligt ved at profitere af de almindelige (gruppebaserede) tilbud om fødsels- og forældreforberedelse. Det vil derfor i de fleste tilfælde være hensigtsmæssigt, at fødsels- og forældreforberedelsen bliver tilrettelagt som et individuelt forløb integreret i svangrekonsultationerne, så den enkelte gravides særlige problematikker og behov bliver tilgodeset.

5.5 Rusmiddelbehandling

Rusmiddelbehandling er en kommunal opgave. I forbindelse med graviditet, fødsel og barselsindlæggelse varetager familieambulatoriet som hovedregel den medicinske substitutions-/afgiftningsbehandling. Dette bør foregå i tæt samarbejde mellem familieambulatoriet og rusmiddelbehandlingsinstitutionen, idet der skal være klare aftaler om ansvarsfordeling, herunder kompetence og ordinationsret, delegation og opfølgning. Familieambulatoriets læge afdækker behov for og tager, hvor det er påkrævet, initiativ til substitutionsbehandling/afgiftningsbehandling, herunder til at opnå den gravides samtykke. Ved behov og med kvindens samtykke etableres kontakt til det kommunale behandlingstilbud til stof- og alkoholbrugere, såfremt kvinden ikke i forvejen er i kontakt med dette. I særlige tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at substitutionsbehandling styres af den kommunale rusmiddelbehandlingsinstitution. Der henvises til *Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (Sundhedsstyrelsen 2008).¹⁴⁾ Den praktiserende læge holdes løbende orienteret om behandlingen og øvrige forløb.

5.6 Gravide med dobbeltdiagnose (psykisk syge med rusmiddelbrug)

En del af de gravide har ud over deres rusmiddelproblem også en psykisk lidelse, som ikke altid er diagnosticeret. Den psykiske lidelse kan både være primær eller sekundær i forhold til rusmiddelproblematikken. Mange psykisk syge har et rusmiddelbrug. I psykiatrien skal man derfor være opmærksom på kvinder, der bliver gravide og henvise dem

til familieambulatoriet ved behov. Hvis man i familieambulatoriet finder eller får mistanke om psykisk sygdom hos den gravide, skal psykiatrisk afdeling inddrages.

Børn af mødre med dobbeltdiagnose er i særlig risiko. Fosteret kan være belastet af både psykofarmaka, alkohol og andre rusmidler. Endvidere spiller psykisk sygdom afgørende ind i forhold til forældreevnen. Den tidlige mor-barn kontakt vil ofte være påvirket og resultere i dårlig tilknytning mellem mor og barn med risiko for udviklingsforstyrrelser hos barnet som følge af moderens manglende kapacitet i forhold til at varetage barnets omsorgs-, kontakt- og stimulationsbehov. Barnet er i risiko for selv at udvikle psykisk sygdom på grund af psykosocial belastning i kombination med genetisk disposition.

Gravide med dobbeltdiagnose udgør en behandlingsmæssig udfordring, fordi det dels kan være vanskeligt at finde behandlingssteder, der kan rumme gravide med både rusmiddelproblematik og en psykisk lidelse og dels fordi det kan være langt sværere at motivere disse kvinder til behandling. Det er vigtigt at afdække og beskrive kvindens omsorgsevne og om muligt udvikle denne, så barnets omsorgsbehov tilgodeses og skadevirkninger begrænses. I forhold til disse kvinder er det vigtigt, at der etableres et tæt samarbejde mellem familieambulatoriet, den kommunale forvaltning og det psykiatriske system med klare aftaler om kompetencefordeling.

5.7 Plan for fødslen og barselsperioden, for observation og behandling af barnet efter fødslen samt for tiden efter udskrivelsen

For at sikre at det vagthavende personale på fødeafdeling og børneafdeling har den fornødne information om den fødende og det ventede barn, udarbejdes i god tid inden fødslen en plan for behandling af moderen under fødslen og i barselsperioden samt en plan for observation og behandling af barnet efter fødslen. Såfremt det kan forudses, at barnet sandsynligvis vil få brug for behandling straks efter fødslen, bør man inddrage pædiatrisk rådgivning og ekspertise allerede i løbet af graviditeten. Planerne skal indeholde relevante anamnesticke oplysninger, anvisninger for observation og behandling af henholdsvis mor og barn, en beskri-

velse af eventuelle særlige forholdsregler, hvilke prøver, der skal tages, eventuelle vaccinationer samt om amning tilrådes. Det skal tillige fremgå, om barnet skal indlægges på børneafdeling til observation og evt. behandling. Der bør så vidt muligt være mulighed for at moderen kan medindlægges, så længe barnet er hospitalsindlagt, enten ved forlænget indlæggelse af moderen i barselsafdeling eller ved medindlæggelse i børneafdeling.

Endelig medvirker familieambulatoriet i planlægningen og koordineringen af den kommunale forvaltnings beslutning om støtteforanstaltninger for mor og barn efter udskrivningen.

Familieambulatoriet udarbejder et udskrivningsbrev/en forløbsbeskrivelse, som indgår i grundlaget for den kommunale forvaltnings eventuelle beslutninger vedrørende art og omfang af hjælpeforanstaltninger til barnet og familien i forbindelse med fødslen og før udskrivning af mor og barn efter fødslen. Der fremsendes en kopi til almen praksis til orientering. Ovenstående forudsætter kvindens samtykke med mindre lovgivningsmæssige betingelser for videregivelse af oplysninger er tilstede, jvf. bilag 1.

6 Familieambulatoriets indsats efter fødslen

Efter fødslen omfatter indsatsen observation og behandling af den nyfødte, observation og støtte af mor/barn kontakten samt behandling og støtte til moderen i barselsperioden og under barnets indlæggelse. Efter udskrivning følges barnets udvikling ved regelmæssige børneundersøgelser hos læge og psykolog, uanset hvor barnet udskrives til (hjem, plejefamilie, spædbørnehjem, o.a.), som beskrevet under pkt. 7.

Den kommunale forvaltning, som forudsættes at være inddraget i forbindelse med tværsektorielle møder allerede under graviditeten, jf. pkt. 3.4, og herunder sundhedsplejersken, skal have besked, så snart barnet er født. Dette kan medvirke til at sikre, at relevante og sufficente hjælpeforanstaltninger kan stå klar, så snart moderen og barnet er udskrivningsklare fra sygehuset.

Barnets særlige behov skal vurderes, herunder behov indenfor kommunens opgaveløsning. Såfremt den kommunale forvaltning har truffet beslutning om, at barnet skal anbringes i en plejefamilie eller

døgninstitution, bør kontakten mellem barnet og plejemoderen eller kontaktpædagogen etableres tidligst muligt efter fødslen, optimalt allerede under indlæggelsen. Efter behov yder familieambulatoriet rådgivning til plejefamilien, så barnets særlige behandlingsbehov tilgodeses.

6.1 Observation og behandling af den nyfødte

Såfremt barnet inden for de sidste 3 uger før fødslen har været udsat for alkohol, andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter, overflyttes barnet efter fødslen til børneafdeling med henblik på observation og behandling af eventuelle abstinenssymptomer eller andre medfødte sygdomme.

Forældrene skal løbende informeres om barnets tilstand og observations- og behandlingsbehov. Såfremt forældrene modsætter sig den nødvendige observation og behandling af barnet, skal den kommunale forvaltning inddrages, jf bekendtgørelsen om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.¹⁵⁾

6.2 Behandling og støtte til moderen/forældrene

Efter omstændighederne kan moderen tilbydes forlænget indlæggelse på barselsafdeling efter fødslen med henblik på at være mest mulig sammen med barnet og lære det at kende og få støtte til den tidlige tilknytning til barnet samt ved behov med henblik på fortsættelse af sin egen rusmiddelbehandling.

Hvis moderen af medicinske og/eller psykologiske grunde frarådes amning, eller hvis moderen ikke ønsker eller magter at amme, skal hun støttes og vejledes i at skabe en tæt og god situation med barnet ved at give flaske.

Familieambulatoriets jordemoder aflægger hurtigst muligt efter fødslen besøg hos moderen og vil som oftest varetage efterfødselssamtalen, herunder drøfte fødselsoplevelsen.

6.2.1 Observation og støtte af mor-barn og far-barn relationen

Der kan være stor risiko for forstyrrelse i den tidlige mor-barn relation. Moderens rusmiddelbrug og psykosociale situation kan hæmme hendes tilknytning til barnet, ligesom eventuelle abstinenser og alkoholskader vil påvirke barnets evne til at indgå i

et normalt samspil. Barnet kan derfor ofte opleves som svær at trøste og vanskeligt at få kontakt med.

Familieambulatoriets opgave er at støtte og observere moderen og evt. faderen i hendes/hans kontakt med og tilknytning til barnet. Den konkrete udformning af støtten afhænger af kvindens/familiens problematik, personlige ressourcer, rusmiddelbrug, barnets tilstand og den plan, som er lagt for hende og barnet efter udskrivning. Efter behov vejledes forældrene i at varetage de praktiske omsorgsfunktioner og de støttes i at aflæse og tolke barnets signaler og behov. Desuden er formålet at styrke kontakten og samspillet mellem forældre og barn, herunder øjen-, dialog- og kropskontakt.

Observationen af mor/barn (og evt. far/barn) kontakten foretages af hensyn til barnets sundhed og udvikling og formidles efter samtykke til den kommunale forvaltning som en del af udskrivningsbrevet/forløbsbeskrivelsen.

6.2.2 Præventionsrådgivning

Familieambulatoriet har ansvar for at følge op på den præventionsrådgivning, som er givet i graviditeten. Det tilstræbes, såfremt kvinden ønsker dette, at etablere prævention inden udskrivelsen. I modsat fald kontaktes efter samtykke egen læge og/eller den behandlingsinstitution, som moderen bliver tilknyttet efter udskrivning, med henblik på aktivt at støtte moderen i at få relevant prævention.

6.2.3 Samarbejde med forældrene

Generelt kan familieambulatoriet fungere som et bindeled mellem forældrene og de øvrige involverede hospitalsafdelinger, som en naturlig forlængelse af den kontakt og tillid, som det tværfaglige team har søgt etableret med forældrene under graviditeten. Forældrene har ofte behov for særlig støtte efter fødslen, særligt hvis barnet er præget af abstinenser eller andre medfødte tilstande og skader, som kræver indlæggelse på børneafdeling.

På det tværsektorielle koordinationsmøde aftales hvilken støtte og omsorg henholdsvis familieambulatoriet og andre professionelle aktører varetager i forhold til forældrenes og barnets behov.

Højt informationsniveau, tæt kommunikation, personkontinuitet, respekt og diskretion i forhold til barnets og familiens problematik er grundlæggende

forudsætninger for et godt samarbejde med forældrene under indlæggelsen på barsels- og/eller børneafdeling.

7 Opfølgende børneundersøgelser i familieambulatoriet efter udskrivning fra hospitalet

Mange af de børn, der er født med rusmiddelrelaterede skader, vokser op i et ustabilt og insufficiant miljø, som kan forstærke de medfødte skaders betydning for barnets videre udvikling. Ligeledes er det en trussel for raskfødte børns sundhed og udvikling at vokse op i ustabile og insufficiante miljøer. Senfølgerne efter rusmiddeleksposering i fosterlivet kan være usynlige i måneder eller år og først vise sig på et senere tidspunkt. Familierne gør ofte ikke brug af de almindelige tilbud om forebyggende sundhedsydelse til børn. Nogle af disse børn går ikke i daginstitutioner, da forældrene er uden tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er derfor væsentligt, at der bliver fulgt op på barnets trivsel, helbredstilstand, udvikling og omsorgssituation over en årrække i familieambulatoriet. Børn født af kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler under graviditeten følges i familieambulatoriet uanset om de bor med deres forældre, hos en plejefamilie eller er anbragt i en døgninstitution eller andet sted.

De opfølgende børneundersøgelser i familieambulatoriet er et vigtigt supplement til den kommunale indsats og skal foregå i tæt samarbejde med kommunerne. I familieambulatoriet foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, udviklingsmæssige status og omsorgssituation, som kan bidrage til kommunens beslutningsgrundlag og indgå i vurderingen af behovet for hjælpeforanstaltninger. I tilslutning til børneundersøgelserne yder familieambulatoriet vejledning og støtte til forældre/plejeforældre. Desuden stiller familieambulatoriet viden til rådighed for fagpersoner i og uden for sundhedssektoren.

Der skal altid lægges en plan for opfølgningen, som beskriver hvordan familieambulatoriets fortsatte kontakt til barnet og familien varetages fra udskrivning frem til barnets skolealder og som sikrer koordinering og afstemning med opgaveløsningen i den primære social- og sundhedssektor i kommunen samt andre relevante fagpersoner og in-

stanser uden for hospitalet. Planen justeres løbende efter behov.

7.1 Formål

Det overordnede formål med børneundersøgelserne er at fremme barnets sunde trivsel og udvikling, hvilket også omfatter at opdage eventuelle sygdomme, fejludvikling og omsorgssvigt, samt at afdække barnets behov for støtte og dermed medvirke til at hjælpeforanstaltningerne løbende er afpasset efter barnets helbredstilstand, udviklingsniveau og sociale situation.

De opfølgende børneundersøgelser i familieambulatoriet supplerer, men erstatter ikke de forebyggende undersøgelser hos den praktiserende læge og sundhedsplejersken.

7.2 Undersøgelsesernes opbygning og hyppighed

Ved børneundersøgelserne ses barnet sammen med sin primære omsorgsperson af den til familieambulatoriets team tilknyttet pædiater og psykolog. Undersøgelsen omfatter en indledende samtale med barnets primærperson, en psykologisk undersøgelse inkl. udviklingsvurdering med standardiseret test, en lægelig undersøgelse samt en afsluttende samtale ved læge og psykolog med samlet konklusion på undersøgelsen og anbefalinger vedrørende barnets særlige behov for støtte og behandling.

Såfremt der ved undersøgelsen findes forhold hos barnet eller omsorgspersonerne/opvækstmiljøet, som giver anledning til bekymring og/eller nødvendiggør supplerende undersøgelser eller behandlinger, henviser familieambulatoriet til relevant udredning og behandling.

Forældre til børn, som er anbragt uden for hjemmet, tilbydes efterfølgende en samtale om resultatet af børneundersøgelsen, hvis de ikke har deltaget i selve undersøgelsen.

Hvis barnet bor sammen med sine forældre, skal der være fokus på forældrenes eventuelle rusmidelforbrug som led i vurderingen af barnets omsorgssituation. Der bør systematisk spørges til mors og fars forbrug af alkohol og andre rusmidler. Ved behov og efter gældende regler henvises forældrene til den relevante kommunale rusmiddelbehandlingsinstitution.

Den praktiserende læge orienteres løbende efter samtykke om de opfølgende børneundersøgelser og konklusionerne herpå. Den kommunale sundhedstjeneste orienteres ligeledes efter behov.¹⁶⁾

I forbindelse med barnets udskrivelse fra hospitalet efter fødslen fastsættes tidspunktet for den første børneundersøgelse i familieambulatoriets regi, som eksempelvis kan ligge ca. en måned efter udskrivning. Den første undersøgelse foregår hos lægen og fra 3 måneders alderen tillige hos psykologen.

Som udgangspunkt vil passende opfølgningsintervaller kunne være ved 3-måneders, 6-måneders, 9-måneders og 12-måneders alderen, og herefter eksempelvis hvert ½ år indtil 3-års alderen og én gang årligt indtil afsluttende undersøgelse ved 6- eller 7-års alderen. Opfølgningsintervallerne skal altid tilpasses det enkelte barns behov. Børn med trivsels- og udviklingsproblemer, og børn, som bærer tydeligt præg af rusmiddeleksponering i foster-tilværelsen samt børn, som lever i ustabil hjemlig situation og uden tilstrækkelige hjælpeforanstaltninger, ses hyppigere. Opfølgning af børn, der udvikler sig godt, og som lever i et stabilt opvækstmiljø, kan foretages med længere intervaller.

7.3 Afslutning i familieambulatoriet

Når barnet nærmer sig skolealder og dermed afslutning i familieambulatoriet, indkalder familieambulatoriet til et tværsektorielt udskrivningsmøde med deltagelse af relevante kommunale forvaltninger inkl. den kommunale sundhedstjeneste, skolesystem, PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning), daginstitutionen m.fl. Her drøftes barnets evt. vanskeligheder og behov samt hvilken hjælp og støtte, barnet har behov for i forbindelse med skolestart, herunder om barnet kan starte i normal skole eller må anbefales specialskele eller anden skoleform. Nogle af børnene vil have behov for neuropsykologisk undersøgelse forud for skolestart. Familieambulatoriet udarbejder en afsluttende statusskrivelse til brug for videre foranstaltninger. Ved behov informerer og rådgiver familieambulatoriet de involverede fagpersoner om de særlige vanskeligheder og behov, som rusmiddeleksponerede børn generelt kan have, og specielt, hvad det aktuelle barn har af vanskeligheder og behov og vil kunne forventes at have fremover. Familieambulatoriet

stiller sig fortsat til rådighed med rådgivning og vejledning af de professionelle omkring barnet efter behov i det/de første skoleår.

8 Evaluering

Det er som led i satspuljeaftalen for 2008 besluttet ”at indsatsernes effekt i forhold til udsatte børn og unge skal dokumenteres og evalueres”.¹⁷⁾

Evalueringen af familieambulatorierne vil tage form af en løbende evaluering, der igangsættes ved familieambulatoriernes etablering og slutter i 2012. Sundhedsstyrelsen tilrettelægger evalueringen og opstiller evalueringskriterier. Det vil ved evalueringen indgå som et krav, at der sker en vidensdeling mellem familieambulatorierne og de projekter, der som led i udmøntning af satspuljeaftalen for 2007 igangsættes til en forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere¹⁸⁾ og til kommunale forsøgsprojekter vedrørende gravide alkoholmisbrugere.¹⁹⁾ Evalueringen består udover en samlet national evaluering af de etablerede familieambulatorier af en evaluering af den nyoprettede telefonrådgivning og kompetenceudvikling fra Hvidovre Hospital. Hvor stort problemet er på landsplan vedrørende gravide rusmiddelbrugere, og børn med rusmiddelrelaterede skader og sygdomme, vides ikke med sikkerhed. I forbindelse med etablering af familieambulatorier på landsplan, bliver der mulighed for løbende indsamling og registrering af data i alle udviklingsfaser af individets udvikling fra den tidligere graviditet, det nyfødte barn, spædbarnsalder og småbarnsalder. Ved fastlæggelse af ensartede procedurer for familieambulatoriernes arbejdsmetoder og løbende registreringer på landsplan fra starten, vil slutevalueringen kunne give en meget værdifuld ramme for forskning og vidensopsamling.

Evalueringsopgaven sendes i nationalt udbud og evaluator udpeges i 2009.

Der skal i hver region udpeges en kontaktperson fra familieambulatoriet, som evaluator kan kontakte i forbindelse med indsamling af både kvantitative og kvalitative data. Så snart evaluator er udpeget, vil kontaktpersonerne blive informeret om det videre forløb.

Ikrafttrædelse

3. juli 2009

Sundhedsstyrelsen, den 30. juni 2009

ELSE SMITH

/ Christine Brot

-
- 1) Ved rusmidler forstås i det følgende alkohol, illegale stoffer og afhængighedsskabende medikamenter
 - 2) Anbefalinger for Svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen 2009, www.sst.dk
 - 3) Jf. § 16.21.57.20 på finansloven for 2008.
 - 4) Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2009. Finansministeriet, juni 2008
 - 5) Olofsson M. Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen 2005. www.sst.dk
 - 6) som forventes at gælde fra oktober 2009
 - 7) Lovgrundlaget for videregivelse og indhentning af oplysninger, underretningspligt mv. er beskrevet i bilag 1.
 - 8) se bilag 1
 - 9) Bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 § 15
 - 10) Ressourceberegningerne er foretaget på baggrund af erfaringerne fra Familieambulatoriet på Hvidovre hospital. I Familieambulatoriet på Hvidovre hospital identificeres målgruppen på følgende måde: alle gravide, som ved første konsultation hos jordemoderen på fødeafdelingen på spørgeskemaet angiver at de indenfor den seneste uge har drukket 3 eller flere genstande alkohol per uge eller har haft et forbrug af illegale rusmidler eller afhængighedsskabende medicin, indkaldes til en rådgivende samtale. Tillige indkaldes gravide, som oplyser, at de af og til drikker mere end det, de har oplyst vedr. sidste uges forbrug, samt gravide, som oplyser, at de før graviditeten havde et forbrug af illegale rusmidler. Alle gravide, hvor det af svangreundersøgelsespapirerne fra egen læge fremgår, at de aktuelt har, eller tidligere har haft, forbrug af illegale rusmidler eller et større alkoholforbrug eller afhængighedsskabende medicin, henvises af svangrevisitationen direkte til Familieambulatoriet. Også gravide, hvor det af henvisningspapirerne fremgår, at hendes partner har et rusmiddelforbrug, henvises direkte til Familieambulatoriet.
 - 11) se bilag 1
 - 12) Vejledning nr. 42 af 01/07/2008.
 - 13) Se bilag 1
 - 14) Vejledning nr. 42 af 01/07/2008
 - 15) Se bilag 1.
 - 16) Det følger af § 12 i bekendtgørelse nr. 1183 af 28/11/2006 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, at kommunen skal tilbyde børn, som har et særligt behov herfor, hjemmebesøg af sundhedsplejersken ud over 1 års alderen. Det kan således være relevant at orientere sundhedstjenesten.
 - 17) jf. § 16.21.57.20 på finansloven for 2008
 - 18) Puljen administreres af Velfærdsministeriet, se www.social.dk
 - 19) Puljen administreres af Sundhedsstyrelsen, se www.sst.dk

1 Lovgrundlaget, tavshedspligt, underretningspligt m.v.

I det følgende findes en kortfattet henvisning til lovgrundlaget og de væsentligste bestemmelser, som læger og andre sundhedspersoner skal være bekendt med, når de har en gravid patient med rusmiddelproblemer.

1.1 Sundhedsloven

Svangreområdet er reguleret i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008), hvori adgangen til ydelser i sundhedssektoren i forbindelse med graviditet og fødsel er reguleret.

Af bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge²⁰) fremgår det, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at gravide med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats, herunder en øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved læge eller sundhedsplejerske. Heraf følger muligheden for at tilbyde graviditetsbesøg i hjemmet ved en sundhedsplejerske og styrke samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

1.2 Den gravides retsstilling

Sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008) indeholder en række generelle regler om patienters retsstilling, jf. sundhedslovens afsnit III. Bestemmelserne har til formål at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Der er tale om grundlæggende regler, der regulerer forholdet mellem patient og sundhedsperson.

Hjælp til en gravid kvinde skal ske efter den gravides ønsker og behov og med respekt for hendes selvbestemmelseret.

Det følger bl.a. af reglerne, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden den gravides informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov.

Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information, og samtykket skal være frivilligt. Den gravide kan på et hvilket som helst tidspunkt tilbagekalde sit samtykke til behandling.

Samtykket skal være givet til en konkret behandling. I kravet herom ligger, at et samtykke skal være konkretiseret i den forstand, at det er klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter.

Et samtykke til behandling kan foreligge udtrykkeligt, mundtligt eller skriftligt, eller efter omstændighederne stiltiende.

Et stiltiende samtykke vil som hovedregel kun være aktuelt i forbindelse med enkelte delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb.

Som udgangspunkt giver den gravide f.eks. sit stiltiende samtykke til selve graviditetsundersøgelsen, når hun møder frem til undersøgelsen. Hvis den gravide ikke ønsker at deltage i graviditetsundersøgelser, så er det et udtryk for kvindens selvbestemmelsesret. Hensynet til det ufødte barn kan i medfør af gældende lovgivning ikke bevirke tvangsbehandling.

Hvis sundhedspersonen er det mindste i tvivl, om der er tilladelse fra patienten, bør udtrykkeligt mundtligt samtykke indhentes.

Sundhedspersonen kan altid med den gravides samtykke videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om den gravides helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandlingen, jf. sundhedslovens § 41, stk. 1.

Med den gravides skriftlige samtykke kan videregivelse også altid ske til andre formål end behandling og til andre end sundhedspersoner, jf. sundhedslovens § 43, stk. 1.

Hvis den gravide ikke ønsker oplysninger videregivet, må sundhedspersonalet vurdere, om videregivelsen, kan ske uden hendes samtykke, jf. sundhedslovens § 41, stk. 2 (videregivelse til andre sundhedspersoner i

forbindelse med behandling af patienten), eller sundhedslovens § 43, stk. 2 (videregivelse til andre formål end behandling), jf. også nedenfor om en evt. underretningspligt.

1.3 Tavshedspligt og underretningspligt

Sundhedspersonalet spiller en helt central rolle, når det gælder beskyttelsen af det ufødte barn. Ofte kan manglende kendskab til regler om underretningspligt og videregivelse af oplysninger virke som en barriere for brugen af dem. Når man som læge eller som anden fagperson er i tvivl om, hvorvidt man må eller skal videregive en oplysning om en gravid med alkohol- eller andre rusmiddelproblemer, kan konsekvensen blive, at man lader være – i frygt for at overtræde reglerne om tavshedspligt eller i et misforstået hensyn til den gravide. Resultatet kan blive, at den gravide og hermed det ufødte barn, ikke får den nødvendige hjælp i tide.

En sundhedspersons tavshedspligt tilsidesættes, hvis en sundhedsperson via lovgivningen er pålagt en underretningspligt. En sådan pligt er med hjemmel i servicelovens § 153, stk. 1-3 fastsat i bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service.

Ifølge bekendtgørelsen har bl.a. følgende personer pligt til at underrette kommunen, når de i deres virke bliver bekendt med forhold for et barn eller en ung under 18 år, der må give formodning om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte, eller når de i deres virke får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen:

- 1) Offentligt ansatte og andre med offentlige hverv
- 2) Læger, der ikke er omfattet af n. 1).

Underretningspligten foreligger også, når forholdene hos vordende forældre giver formodning om, at barnet efter fødslen vil få vanskeligheder i forhold til de daglige omgivelser eller i øvrigt vil leve under utilfredsstillende forhold.

Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af forældrene. Først når sundhedspersonalets indsats i forbindelse med svangreomsorgen ikke har kunnet få den gravide med rusmiddelproblemer ind i et samarbejde, vil en evt. underretning af de sociale myndigheder ifølge serviceloven kunne blive aktuel.

2 Øvrige bestemmelser

2.1 Særlig støtte til vordende forældre

Hvis det antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, eller hvis de vordende forældres forhold giver anledning til bekymring for det ufødte barn, skal kommunen med baggrund i behovet for en så tidlig og målrettet indsats som muligt undersøge de vordende forældres forhold nærmere.²¹⁾ Afgørelsen herom træffes med samtykke fra forældrene.

Den kommunale forvaltning har mulighed for under graviditet og efter fødslen at tilbyde kvinden og familien forskellige støtteforanstaltninger.²²⁾ Der kan fx være tale om rådgivning, støtte i hjemmet, aflastningsordning, eller behandling i døgnregi. Afgørelse herom træffes i samarbejde med og efter samtykke fra forældrene.

Efter fødslen kan kommunalbestyrelsen, såfremt det ikke har været muligt at opnå samtykke fra forældrene, træffe beslutning om iværksættelse af hjælpeforanstaltninger for barnet uden forældrenes samtykke, hvis der er åbenbar risiko for, at barnets sundhed eller udvikling lider alvorlig skade.

Det skal bemærkes, at kommunens tilsynsforpligtigelse ud over at gælde børn og unge i kommunen også gælder vordende forældre.

2.2 Ret for gravide stofmisbrugere til at få tilbudt kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse i behandling

Ifølge loven²³⁾ om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, skal kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbruger, der er i behandling i form af døgnophold i henhold til serviceloven,²⁴⁾ at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Kontrakten kan indgås for en periode af ikke over et halvt års varighed fra indgåelsen. Det er frivilligt for den gravide stofmisbruger, om hun ønsker at indgå en sådan kontrakt.

Den gravide stofmisbruger kan til enhver tid opsige en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, dog kan tilbageholdelse ske, jf. særlig § 5 i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling,²⁵⁾ når der er begrundet formodning om, at den gravide stofmisbruger vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, 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 døgnbehandlingstilbudets leder.

2.3 Tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling

Sundhedsloven giver mulighed for tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling.²⁶⁾ Kommunerne kan give tilbud i form af en kontrakt til gravide alkoholmisbrugere om at kunne blive tilbageholdt på en døgninstitution til alkoholbehandling eller i en familieambulatoriefunktion tilknyttet en døgnfunktion i en kort periode. Formålet er at forhindre den gravide kvinde ved indtagelse af alkohol i at skade fosteret, men også at hindre kvinden i at genoptage alkoholmisbruget og at fastholde hende i behandling. Der er tale om en frivillig ordning for såvel kommunen som den gravide alkoholmisbruger. 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 for, at hun vil indtage alkohol med risiko for, at hun skader fosteret. For uddybning af reglerne om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere henvises endvidere til bekendtgørelsen²⁷⁾ og vejledningen om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling.²⁸⁾

²⁰⁾ BEK nr. 1183 af 28. november 2006.

²¹⁾ Serviceloven, LBK nr. 1117 af 26. september 2007, § 50, stk. 10

²²⁾ Serviceloven, LBK nr. 1117 af 26. september 2007, § 52, stk. 6

²³⁾ Lovbekendtgørelse nr. 190 af 27. februar 2007 § 1 stk. 1 som ændret ved lov nr. 542 af 6. juni 2007

²⁴⁾ Serviceloven, LBK nr. 1117 af 26. september 2007, § 107, stk. 2, nr. 2

²⁵⁾ LBK nr. 190 af 27/02/2007

²⁶⁾ Jf. sundhedslovens §§ 141 a-f

²⁷⁾ BEK nr. 227 af 11/02/2008

²⁸⁾ VEJ nr. 18 af 11/02/2008