



Socialstyrelsen

Forløbsbeskrivelse

UDSATTE GRAVIDE MED SKADELIGT RUSMIDDELFORBRUG

Viden til gavn



Publikationen er udgivet af:

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Layout: 4PLUS4
Forsidefoto: Adobe Stock
Indhold udarbejdet af Socialstyrelsen
Udgivet september 2022

Download eller se rapporten på www.socialstyrelsen.dk
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN nr. 978-87-94371-02-5



Indhold

Anbefalinger	5
1. Indledning	9
1.1 Forløbsbeskrivelsens formål og indhold	11
1.2 Begrebsafklaring	11
2. Målgruppen	12
2.1 Inklusionskriterier	13
2.2 Indsatsbehov hos målgruppen	13
2.3 Målgruppens størrelse.....	14
2.4 Eksemplificering via cases	15
3. Faglige indsatser	16
3.1 Gennemgående principper.....	17
3.2 Opsporing	18
3.2.1 Relevante fagpersoner med kontakt til målgruppen deltager i systematisk opsporing	19
3.2.2 Adgang til centrale fagpersoner og relevant kompetenceudvikling	20
3.2.3 Opsøgende indsats hvor målgruppen færdes	20
3.2.4 Underretninger som del af opsporing.....	21
3.2.5 Systematisk forebyggelse: prævention og tidlig indsats	22
3.3 Udredning.....	24
3.3.1 Helhedsorienteret afdækning.....	25
3.4 Indsatser	29
3.4.1 Social støtte under graviditeten	29
3.4.2 Støtte og rusmiddelbehandling til partner	33
3.4.3 Social rusmiddelbehandling	33
3.4.4 Faglig vurdering af behov for døgnbehandling.....	34
3.4.5 Forberedelse til fødsel og ophold på barselsgangen	36
3.5 Opfølgning	39
3.5.1 Fortsat støtte og opfølgning i socialfaglige indsatser	40
3.5.2 Fortsat støtte og opfølgning i rusmiddelbehandlingen.....	42
3.5.3 Fortsat støtte og opfølgning i sundhedsfaglige indsatser	43
4. Organisering og samarbejde	45
4.1 Aktører	46
4.1.1 Før graviditet	46
4.1.2 Under graviditeten.....	46
4.1.3 Efter fødslen.....	47
4.1.4 Eksempler på aktører, der skal involveres	48
4.2 Samarbejde og koordinering.....	48
4.2.1 Koordinering af indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder	48

5. Økonomisk forløbsanalyse	52
5.1 Opsummering af analysens resultater	53
5.2 Livsforløbsudgifter for målgruppen	54
5.3 Analysens antagelser og forudsætninger	56
5.3.1 Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb	56
5.3.2 Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af specificerede caseforløb	57
5.4 Analysens resultater	59
6. Anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen	62
6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen	63
6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse	63
7. Referencer	64
8. Bilag	67
Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser	68
Bilag 2: Lovgivning.....	70
Bilag 3: Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol og TWEAK screeningsguide.....	72
Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser	75
Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser	76
Bilag 6: Registeropgørelse - rusmiddelbrug blandt gravide kvinder	80

ANBEFALINGER



Socialstyrelsen præsenterer i denne forløbsbeskrivelse en række faglige anbefalinger på specialiserede og koordinerede indsatser til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug,¹ herefter betegnet som "gravide" eller "målgruppen".

Forløbsbeskrivelsen indeholder anbefalinger, der er målrettet en flerstrengt specialiseret og koordineret faglig indsats til målgruppen i både kommunalt og regionalt regi. Forløbsbeskrivelsens anbefalinger tager udgangspunkt i at understøtte et helhedsorienteret, sammenhængende og udviklingsstøttende forløb, der går på tværs af social- og sundhedsområdet. Forløbsbeskrivelsen bygger på aktuelt bedste viden og beskriver, hvilke indsatser målgruppen har behov for med fokus på det gode forløb for den gravide og det kommende barn.

Indsatser, der understøtter den gravides og evt. partners recovery,² omsorgs- og tilknytningsevne samt familiens trivsel, vil komme barnet og familien til gode i form af reduktion af risiko for fosterskader og livslange specialindsatser til barnet og familien.

Forløbsbeskrivelsens anbefalinger skal ses som en del af en helhedsorienteret indsats og er opsummeret nedenfor. De efterfølgende kapitler uddyber og supplerer anbefalingerne. Du kan læse mere om forløbsbeskrivelsens formål og udarbejdelse i *Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser*.

1

Fagpersoner med målgruppekontakt deltager i forebyggelse, tidlig opsporing og intervention

Fagpersoner med kontakt til målgruppen kan være praktiserende læger, børnelæger, jordemødre, sundhedsplejersker, medarbejdere i psykiatrien, sagsbehandlere i fx jobcentret og familieafdelingen, rusmiddelbehandlere, gadeplansmedarbejdere, pædagogiske medarbejdere,

psykologer, medarbejdere på væresteder, herberger og forsorgshjem og andre sociale tilbud, herunder også civilsamfundsorganisationer.

Socialstyrelsen anbefaler:

- at fagpersoner med kontakt til målgruppen:
 - kender til tidlige forebyggende indsatser til målgruppen, herunder lokale tværsektorielle samarbejder.
 - henviser til familieambulatorium og rusmiddelbehandling³ samt laver en underretning til myndighed på familie- og evt. voksenområdet.
 - Kender til muligheder for psykiatrisk udredning eller behandling såfremt den gravide eller partner har psykiske vanskeligheder og samtidigt skadeligt rusmiddelforbrug.
- at læge, rusmiddelbehandlingstilbud, familieambulatorie og andre relevante aktører tilbyder adgang til seksuelle og reproduktive sundhedsydelser, herunder familieplanlægning og relevant prævention.

2

Indsatser er målrettede og bliver iværksat hurtigt

Det er vigtigt at indsatser til målgruppen iværksættes hurtigt for at minimere risikoen for skader på fosteret, da varighed, hyppighed, timing og omfanget af den gravides forbrug af rusmidler under graviditeten har stor betydning for risikoen for udvikling af fosterskader.

Socialstyrelsen anbefaler:

- at den gravide hurtigst muligt får tilknyttet en koordinator, der kan sikre den tværgående koordinering af indsatser, så forløbet bliver effektivt og velkoordineret fra starten.
- at den gravide på baggrund af en helhedsorienteret udredning tilbydes indsatser, som i intensitet og indhold er målrettet hendes individuelle behov i overensstemmelse med vedkommendes situation, ressourcer og udfordringer.

¹ Læs nærmere om beskrivelsen af målgruppen i *kapitel 2*.

² Recovery betyder at komme sig og defineres her som et mindset, hvor psykiske vanskeligheder, som kan medføre eller medføres af et rusmiddelforbrug, ikke betragtes som kroniske, men som en tilstand, man kan komme sig helt eller delvist af.

³ Begrebet "rusmiddelbehandling" dækker i denne sammenhæng over både alkohol- og stofmisbrugsbehandling.

- Vurderes det eksempelvis, at den gravide har behov for specialiseret døgnbehandling, bør det tilbydes med det samme. Som en del af den specialiserede døgnbehandling kan der indgås kontrakt om frivillig tilbageholdelse jf. § 1 i Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.

3 Indsatser er flerstrengede og helhedsorienterede

Gravide i denne målgruppe har komplekse støtte- og indsatsbehov og deres livssituation nødvendiggør at flere indsatsområder iværksættes samtidigt. I forbindelse med en velkoordineret helhedsorienteret indsats fordrer et samtykke til at samarbejde med relevante aktører. Det er vigtigt, at den gravide giver samtykke til både at indhente samt videregive oplysninger.

Socialstyrelsen anbefaler:

- at den gravide tilbydes respektfulde og inddragende forløb, hvor samarbejdet foregår i en åben dialog med respekt for den gravides ønsker, drømme og beslutninger.
- at den gravide tilbydes specialiserede indsatser med både familie- og rusmiddelbehandling i tæt samarbejde med den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorierne og evt. psykiatrien. Indsatser bør løbende vurderes og justeres for at sikre, at de imødekommer og afspejler den gravides, eventuelle partners og det kommende barns aktuelle behov og situation.
- at den gravides partner bliver inddraget i de familieorienterede indsatser, der iværksættes og selv tilbydes rusmiddelbehandling, når det er relevant. Øvrig familie og netværk inddrages når de udgør en mulig støtte for den gravide, det kommende barn og eventuelle partner.
- at den gravide og evt. partner støttes i at deltage i sociale- og lokale netværk og i at få relevant hjælp fra civilsamfundet.

4 Indsatser omfatter støtte til familien efter fødslen

Tiden efter fødslen er sårbar, og familier med rusmiddeludfordringer kan have særligt stort behov for støtte og hjælp, der tilpasses den livssituation, de kommer hjem til.

Socialstyrelsen anbefaler:

- at kvinden, barnet og evt. partner tilbydes relevante indsatser efter fødslen i form af fortsatte eller nye indsatser. Fx sundheds- og socialfaglige indsatser til barnet hvis der er risiko for/eller konstateret, at barnet har skader efter morens rusmiddelforbrug under graviditeten⁴, samt fortsat og/eller forebyggende rusmiddelbehandling og sociale- og familieorienterede indsatser.
- at oplysninger, efter samtykke fra mor/forældre, deles af relevante aktører med henblik på at indsatser koordineres i overgange mellem faggrupper, sektorer og behandlings- og sociale indsatser efter fødslen.
- at forældre tilbydes opfølgende støtte, hvis barnet anbringes uden for hjemmet.

5 Organiseringen omfatter tværgående samarbejdsaftaler

En central forudsætning for at indsatserne bliver koordinerede og helhedsorienterede er, at der etableres gode rammer for det tværgående samarbejde.

Socialstyrelsen anbefaler:

- at der udarbejdes en tværgående samarbejdsaftale mellem myndighed på familieområdet, den kommunale rusmiddelbehandling og familieambulatoriet. Samarbejdsaftalerne bør indeholde aftaler om, hvilke aktører der har ansvar for hvilke delelementer af den samlede indsats til målgruppen. Samarbejdsaf-

⁴ Læs mere om, hvilke indsatser der er behov for hvis barnet er prænatalt eksponeret i: [Forløbsbeskrivelse. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin.](#)

talen bør være fælles regionalt og præcisere, hvem der indkalder til netværksmøder mellem de centrale aktører, og hvilke øvrige aktører der kan indkaldes i hvert enkelt tilfælde.

- at arbejdet med målgruppen så vidt muligt varetages af de samme medarbejdere i de relevante kommunale enheder fra sag til sag. Personkonsistens kan også være betryggende for den gravide i mødet med de mange aktører.

1. INDLEDNING



Denne forløbsbeskrivelse præsenterer udvalgt viden om virksomme og hensigtsmæssige elementer i den sociale- og sundhedsfaglige indsats til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug.

Behov for en tværgående specialiseret indsats

Udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug er en sammensat målgruppe med et komplekst støtte- og indsatsbehov. Målgruppens komplekse livssituation nødvendiggør en specialiseret indsats, der kan imødekomme de forskelligartede problematikker. Den specifikke kombination af relevante indsatser, der skal gives, går på tværs af social- og sundhedsområdet og bør tilrettelægges individuelt for og med den enkelte gravide i overensstemmelse med hendes situation, ressourcer og udfordringer. En rettidig, helhedsorienteret og velkoordineret indsats, som beskrevet i forløbsbeskrivelsen, giver de bedste mulige forudsætninger for den enkelte nye families trivsel og sundhed, herunder forebyggelse af rusmiddelrelaterede skader på det ufødte barn.

Sektorielle samarbejdsflader

Forløbsbeskrivelsen tager udgangspunkt i specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel i Lov om social service og Sundhedsloven. Forløbsbeskrivelsen inddrager de regionale familieambulatorier, der er en del af den specialiserede svangreomsorg, da samarbejdsfladen er relevant for, at forløbsbeskrivelsen kan udfolde det gode forløb med helhedsorienterede og koordinerede indsatser til målgruppen⁵. Kvindens behov for en kombination af sundheds- og socialfaglige indsatser stiller høje krav til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og koordination. Det er afgørende for fosterets udvikling, mor-barn-tilknytningen, og barnets efterfølgende livsvilkår, at indsatserne bliver igangsat så tidligt som muligt i graviditeten. Det tværgående samarbejde og koordineringen heraf skal sikre, at der kan handles hurtigt, fleksibelt og afstemt efter den enkelte kvindes individuelle behov.

Forebyggelsesperspektiver og tidlig intervention for det kommende barn

En specialiseret tværgående indsats til den gravide kan også ses som en forebyggende indsats for det kommende barn. Alle faglige tiltag og ydelser til gravide i målgruppen for denne forløbsbeskrivelse bør medtænke viden om de skadelige følger af eksponering for rusmiddeleksponering kan have for det kommende barn. Rusmiddelforbrug under graviditeten udgør en risikofaktor på kort og lang sigt for barnets videre sundhed, trivsel og udvikling. Børn, der har været eksponeret for rusmidler, udgør en højrisikogruppe af udsatte børn, der risikerer at blive overset, såfremt indsatserne til forældrene ikke medtænker et børneperspektiv. Viden om de vanskeligheder børnene kan få, som følger af prænatal rusmiddeleksponering, uddybes i en selvstændig forløbsbeskrivelse⁶.

Centrale aktører i indsatserne til målgruppen

De centrale aktører, der leverer indsatserne til målgruppen, er regionale familieambulatorier, kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, kommunale familieafdelinger og sundhedstjenester, samt psykiatrien. Aktørernes indsatser og roller bliver udfoldet løbende igennem forløbsbeskrivelsen i forhold til, hvor det er relevant til de beskrevne indsatser. Kapitlet "Organisering og samarbejde" giver et overblik over de mange aktører, der herudover kan være relevant at involvere.

Arbejds- og referencegruppe

En arbejds- og referencegruppe har bidraget med vigtig erfaring, viden og kvalitetssikring af forløbsbeskrivelsen. Forløbsbeskrivelsen bygger herudover på viden, der er fremkommet gennem en systematisk litteratursøgning i relevante, nordiske- og internationale forskningsmateriale og databaser, som kan omsættes til dansk kontekst. Socialstyrelsen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og faglige eksperter fra sundheds- og socialområdet udarbejdet denne forløbsbeskrivelse.

5 Målgruppen matcher niveau 4 i Sundhedsstyrelsens opdeling af gravide. Niveau 4, beskrevet som "Kvinder med særligt komplicerede problemstillinger som f.eks. rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv. Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som f.eks. familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud (13).

6 Forløbsbeskrivelse. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin.

1.1 Forløbsbeskrivelsens formål og indhold

Forløbsbeskrivelsen har til formål at understøtte helhedsorienterede og sammenhængende forløb, samt at styrke den faglige kvalitet i indsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug. Da målgruppen er relativt lille, møder fagligt personale i kommunerne forholdsvis sjældent disse kvinder. Der kan derfor være et begrænset vidensgrundlag i de enkelte kommuner til at opbygge og vedligeholde viden om de specialiserede indsatser til denne målgruppe.

Forløbsbeskrivelsen er en overordnet, faglig beskrivelse med et samlet sæt af anbefalinger, der kan understøtte et flerstrengt og koordineret indsatsforløb for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen er primært målrettet kommunale ledere og beslutningstagere med ansvar for planlægning af indsatserne, men er også relevant for fagpersoner, som møder målgruppen i deres arbejde. I forløbsbeskrivelsen kan man søge viden om, hvordan det sikres, at målgruppen modtager koordinerede og rettidige indsatser, der imødekommer deres specifikke behov.

Forløbsbeskrivelsen er opbygget, som følger:

- *Kapitel 2* udfolder og konkretiserer målgruppens inklusionskriterier, størrelse og indsatsbehov.
- *Kapitel 3* beskriver relevante faglige indsatser og redskaber, som har vist sig virksomme og hensigtsmæssige til at mindske rusmiddelrelaterede problemer og følger for mor, barn og partner. Kapitlet er opdelt i fem afsnit, der først beskriver de gennemgåede principper for indsatserne, og er herefter opdelt i opsporing, udredning, indsatser og opfølgning.
- *Kapitel 4* beskriver hensigtsmæssige måder at organisere det tværfaglige/tværsektorielle samarbejde på, så den gravide sikres et sammenhængende forløb.
- *Kapitel 5* beskriver en økonomisk forløbsanalyse, der gennem registerdata og cases belyser, hvilke direkte og afledte offentlige udgifter, der potentielt kan forventes at være forbundet med forskellige typer af forløb for målgruppen.
- *Kapitel 6* beskriver bl.a. opfølgning på forløbsbeskrivelsen.

1.2 Begrebsafklaring

Socialstyrelsen anvender følgende begreber i forløbsbeskrivelsen, som forklares herunder:

- "Partner" – afhængigt af den gravides livssituation kan der være en kommende far til barnet, og/eller en anden partner til den gravide. Begge relationer er relevante at inddrage i behandlingsforløbet. I forløbsbeskrivelsen beskrives begge relationer under en samlet betegnelse som den gravides partner.
- "Rusmiddelforbrug" dækker i forløbsbeskrivelsen over forbrug af både alkohol og/eller stoffer.
- "Skadeligt" rusmiddelforbrug defineres som et forbrug, der medfører skader eller problemer, for vedkommende selv og/eller nærtstående personer, samt samfundet. Skaderne vedrører personens psykiske og fysiske tilstand, samt sociale funktion. Der skelnes ikke mellem skadeligt brug/misbrug og afhængighed. Denne definition følger de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling og DSM-V (American Psychiatric Association) (1). Det skal understreges, at ethvert forbrug af rusmidler potentielt er skadeligt for fosteret. Socialstyrelsen har ønsket at snævre målgruppen ind, så den ikke omfatter alle gravide, der i løbet af deres graviditet bruger rusmidler en eller flere gange. Derfor er begrebet "skadeligt rusmiddelforbrug" medtaget i målgruppebeskrivelsen ud fra ovenstående definition.

2. MÅLGRUPPEN



Forløbsbeskrivelsen omhandler udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug, som medfører risiko for rusmiddelrelaterede problemer og skader hos fosteret og/eller den gravide selv (2; 3).

Problemer og skader kan variere i form og sværhedsgrad, bl.a. afhængigt af omfanget af rusmiddelforbrug, samt omfang og kombination af andre belastende omstændigheder i den gravides liv. Det forhold, at den gravide er udsat, betyder, at de udover at være gravide med et samtidigt rusmiddelforbrug, har komplekse sociale problemer.

De komplekse sociale problemer kan eksempelvis være ustabile boligforhold eller hjemløshed, manglede arbejdsmarkedstilknytning og/eller økonomiske vanskeligheder. Den gravide kan have skrøbelige sociale relationer eller være i konfliktfyldte relationer med risiko for vold og overgreb, ligesom der kan være prostitution og/eller aktuel kriminalitet, som en del af det komplekse sociale problemfelt. Ligeledes kan disse problematikker være gældende hos en evt. partner.

Sværhedsgraden og kombinationen af den gravides rusmiddelforbrug og sociale problematikker skal herudover forstås i sammenhæng med den gravides individuelle baggrund. Den gravide kan fx have traumer og ubearbejdet sorg, somatiske lidelser, senfølger af seksuelle overgreb i barn- eller ungdommen og/eller omsorgssvigt. Der kan være kognitive vanskeligheder/forstyrrelser, psykiske vanskeligheder, som kan være behandlingskrævende i psykiatrisk regi. Herudover kan den gravide have vanskeligt ved at varetage hverdagens almindelige, praktiske gøremål og egenomsorg, som kan medføre problemer med personlig hygiejne, søvn og kost (4). Alle de nævnte forhold har betydning for den enkelte gravides livssituation.

Kompleksiteten og problemernes sværhedsgrad varierer fra person til person. Det vil være forskelligt, hvorvidt og hvor meget den gravide har kontakt til de etablerede sociale- og sundhedssystemer.

2.1 Inklusionskriterier

Målgruppen for denne forløbsbeskrivelse er kendetegnet ved følgende inklusionskriterier:

- De er gravide og har et samtidigt, skadeligt forbrug af rusmidler.
- De har derudover en eller flere sociale problemstillinger.
- De har behov for en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, som kombinerer rusmiddel- og familiebehandling samt social- og sundhedsfaglige indsatser.
- De har behov for ekstra støtte og indsatser for at fastholde og få udbytte af den ambulante rusmiddelbehandling og specialiserede svangreomsorg.
- De kan have behov for kombineret rusmiddel- og familiebehandling i døgnregi.

Målgruppen er udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug og samtidigt komplekse sociale problemer. Målgruppen har brug for en specialiseret, helhedsorienteret og flerstrengt indsats, der bidrager til at minimere risikoen for rusmiddelrelaterede fosterskader hos barnet og skader hos den gravide selv, og som understøtter, at forældrene kan bidrage positivt til barnets opvækst efter fødslen.

2.2 Indsatsbehov hos målgruppen

Målgruppens problematikker og behov er komplekse, og derfor bør behandling og indsatser have fokus på den gravides samlede problematikker og livssituation for at kunne lykkedes.

For de fleste gravide i målgruppen kan der være behov for en forstærket ambulant indsats, der tilpasses den enkeltes behov, og som kan bestå af enkelte eller flere af de følgende elementer:

- støtte til fremmøde og deltagelse i møder og eventuelle indsatser i familieambulatoriet og de kommunale forvaltninger.

- ambulat social rusmiddelbehandling og evt. lægelig rusmiddelbehandling med substitutionsmedicin.
- individuelle samtaler eller parsamtaler med fx rusmiddelbehandler og/eller psykolog.
- støtte til at skabe stabilitet og struktur i hverdagen.
- afklaring af forældrekompetence og behov for støtte i forælderrollen, herunder arbejde med tilknytning og mentalisering.
- evt. en psykiatrisk behandlingsindsats.

For de mest udsatte gravide kan der være behov for en døgnbehandlingsindsats, som kan rumme enkelte, eller flere af de følgende elementer, heraf kan omfatte den gravides partner og evt. andre børn:

- intensiv social og familieorienteret rusmiddelbehandling.
- lægelig rusmiddelbehandling med substitutionsmedicin.
- et skærmet miljø med ro og stabilitet.
- psykologsamtaler og evt. psykiatrisk behandlingsindsats.
- afklaring af forældreevne og forberedelse på, hvad forældreskabet indebærer, herunder arbejde med tilknytning og mentalisering.
- koordinering af indsatser med kvindens hjemkommune og familieambulatorium og evt. regionalt hospital.
- støtte til kvindens fremmøde og deltagelse i møder, i familieambulatorium og kommune.
- forberedelse af den gravide og evt. partner på en kommende anbringelse af barnet uden for hjemmet, hvis det er relevant.
- Frivillig tilbageholdelse efter § 1 i Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (se mere i *afsnit 3.4.4*).

Indsatsen bør altid baseres på en grundig udredning af kvindens samlede støtte- og behandlingsbehov og tilrettelægges med udgangspunkt i kvindens individuelle problematikker og livssituation (4).

2.3 Målgruppens størrelse

Det er vanskeligt at estimere antallet af kvinder med et forbrug af alkohol og/eller illegale stoffer under graviditeten, da der ikke sker en tilstrækkelig systematisk registrering af alkohol- og stofforbrug i forbindelse med almindelig svangreomsorg (5). Det må derfor formodes at være en målgruppe, hvor der vil være et væsentligt mørketal, fordi nogle gravide ikke er i kontakt med behandlingssystemet.

Afgrænsning af målgruppen i registre

Socialstyrelsen har foretaget en registeropgørelse over de kvinder, der er registreret med et muligt rusmiddelbrug under graviditeten. Registertrækket sammenkobler forskellige registre og beror på en afgrænsning af de kvinder, som under graviditeten har været i aktiv rusmiddelbehandling (stof- og/eller alkoholbehandling), de kvinder, som under graviditeten er registreret med en diagnose- eller procedurekode relateret til rusmiddelbrug (stof- og/eller alkoholforbrug) samt de kvinder og børn, der ved efterfødselsforløbet er registreret for rusmiddelbrug eller prænatal rusmiddeleksponering.

Der er to væsentlige forbehold at gøre opmærksom på i forhold til registeropgørelsen. For det første vil ikke alle de registrerede kvinder være i målgruppen for denne forløbsbeskrivelse, da den gravides udsathed, omfang og intensitet af rusmiddelforbruget ikke kan udledes af opgørelsen. For det andet vil nogle gravide med et rusmiddelforbrug ikke blive opsporet og registreret.

Ifølge en tværministeriel afrapportering fra 2015 er vurderingen, at der årligt er 3.500 gravide, der har et forbrug af rusmidler (5). Det er sandsynligt at der er tale om et ukendt mørketal på området. Registeropgørelsen viser, at der i 2016 er registreret 1.133 gravide med et rusmiddelbrug og 1.149 gravide i 2017. Opgørelsesmetoden og generel dataforsinkelse betyder, at Socialstyrelsen kun har tilgængelige data for opgørelsesårene 2016 og 2017.

Tabel 1: Antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og/eller alkohol)

	2016	2017
Målgruppen, totalt	1.133	1.149

Anm.: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Opgørelsestidspunkt pr. 31. december. I opgørelsen medtages kun de personer, det er muligt at identificere ud fra de nationale registre (herunder Landspatientregistret, Befolkningsregistret, Stofmisbrugsdatabasen, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister). Tabellen opgør antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og alkohol i samme år). Der kan være personer (gængere), som går igen på tværs af de to opgørelsesår, hvis denne person har været gravid og er registreret med et rusmiddelbrug mindst én dag i begge opgørelsesår. Personer, der er afgået ved døden eller flyttet fra Danmark forud for opgørelsestidspunktet, indgår derfor ikke i målgruppen. Der indgår ikke data fra MiniPas, som primært indeholder indberetninger fra privathospitaler, men enkelte mindre, offentlige sygehuse anvender også MiniPas. Personer, der kun har modtaget/registreret diagnosen i speciallægergi, indgår ikke i målgruppen. Misbrugsdatabaserne opgør ikke alle personer med et rusmiddelbrug men kun de, der modtager behandling (ekskl. personer, der er registreret i anonym alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. Der er derfor forventeligt et mørketal på området for personer med et forbrug af stof- og/eller alkohol.

For mere information vedrørende opgørelsen og afgrænsning af målgruppen, henvises til *Bilag 6: Registeropgørelse – rusmiddelbrug blandt gravide kvinder*

2.4 Eksemplificering via cases

Følgende to cases er skrevet ind løbende gennem indsatsafsnittene. Det er intentionen, at de to cases skal være med til at eksemplificere to forløb med henholdsvis en gravid med behov for et forstærket ambulans forløb – Josefine, og en gravid med behov for døgnbehandling – Kamille. De to cases vil være gennemgående eksempler fra praksis i det kommende afsnit om faglige indsatser til målgruppen.

Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for en forstærket ambulans indsats

Josefine er 29 år og gravid for første gang. Josefines graviditet er ikke planlagt, og hun ønsker at gennemføre graviditeten. Josefine har et dagligt forbrug af cannabis og et weekendforbrug af kokain og store mængder alkohol. Hendes kæreste, Lasse, som er far til det kommende barn, har et dagligt forbrug af cannabis og kokain.

Både Josefine og Lasse er på kontanthjælp. Parret står uden egen bolig og bor på skift hos venner og familie.

Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille er 27 år og gravid for første gang. Hun har et blandingsmisbrug med alkohol, cannabis, kokain og perioder med rygeheroin. Kamille har de sidste tre år ikke haft nogen fast bolig, men sover på skift hos bekendte fra rusmiddel miljøet. Hun er i prostitution og har ikke en fast partner.

Kamille kommer periodevis i et drop-in tilbud til udsatte kvinder, hvor hun indimellem snakker med en opsøgende medarbejder fra det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud om at få hjælp til at stabilisere sit rusmiddel forbrug. Hun har tidligere modtaget medicinsk og social rusmiddelbehandling i perioder.

Kamille har også talt med en sundhedsmedarbejder om prævention, men har dog ikke fået prævention anlagt, fordi hun ikke har troet, at hun kunne blive gravid, pga. meget uregelmæssig menstruation.

3. FAGLIGE INDSATSER



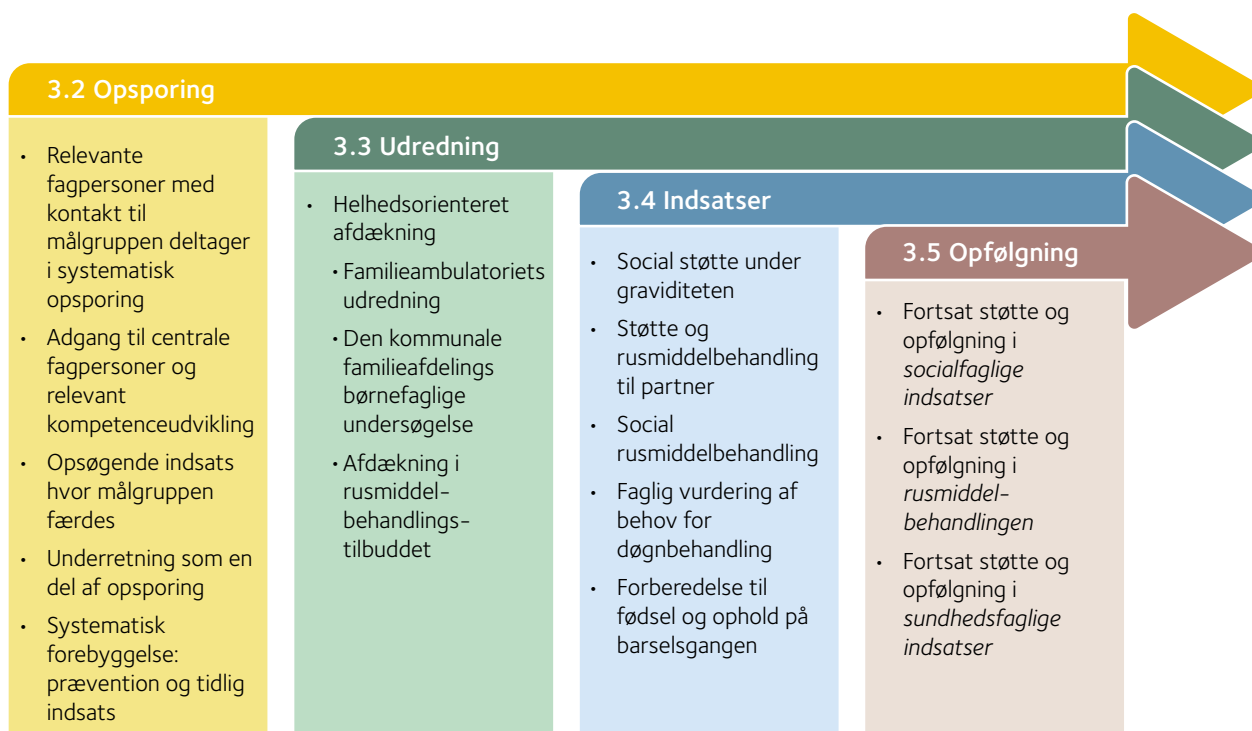
Indsatser til gravide med et rusmiddelforbrug iværksættes for at forebygge, afhjælpe eller begrænse følger af kvindens rusmiddelforbrug og sociale udsathed. Indsatserne skal give den kommende familie de bedst mulige vilkår, minimere risikoen for rusmiddelrelaterede fosterskader og sikre det kommende barn de bedst mulige opvækstvilkår. Det forudsætter fokus på og understøttelse af den gravides og evt. partners ressourcer, forældreskab, netværk og sociale situation foruden den nødvendige svangreomsorg og øvrige sundhedsfaglige indsatser.

3.1 Gennemgående principper

I indsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug bør følgende principper være gennemgående:

- **Respektfulde og inddragende forløb.** En respektfuld relation mellem målgruppen og de fagpersoner, der er omkring dem, er en forudsætning for målgruppens recovery- og rehabiliteringsproces⁷, hvor den enkelte gravide skal støttes i at opnå de nødvendige forandringer i sit liv og forberede sig på at blive mor. Den gravide er ofte usikker på, hvad der kommer til at ske under hendes graviditet og efter fødslen. Særligt, om hun får mulighed for at få sit barn med hjem efter fødslen. For at minimere kvindens usikkerhed og fremme et respektfuldt forløb er det nødvendigt, at der er tillid og troværdighed i relationen mellem den gravide og fagpersonerne. Respektfulde og inddragende forløb kan bl.a. fremmes ved, at den gravide bliver grundigt informeret og inddraget, og ved, at samarbejdet foregår i en åben dialog med respekt for den gravides ønsker, drømme og beslutninger (6).
- **Helhedsorienterede forløb.** Målgruppen har ofte komplekse sociale problemer, som fx psykisk sårbarhed og sygdom, ustabile boligforhold eller hjemløshed, økonomiske udfordringer, problemer med parforhold, familie og socialt netværk m.m. Målgruppens komplekse livssituation betyder, at de gravide har behov for en specialiseret indsats, der imødekommer forskellige problematikker samtidigt, og som inddrager et børneperspektiv med henblik på at forebygge følgevirkninger for det kommende barn. Det er en forudsætning for et godt forløb, at den gravide modtager en helhedsorienteret indsats, hvor der er sammenhæng imellem de indsatser og forløb, der iværksættes på fx social-, beskæftigelses-, familie-, og sundhedsområdet og med inddragelse af de lokale muligheder i civilsamfundet (7).
- **Tværfagligt samarbejde og koordinering.** Indsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug går på tværs af social- og sundhedsfaglige områder og på tværs af sektorer. Målgruppen har således behov for indsatser i det regionale familieambulatorium, samtidig med indsatser vedrørende rusmiddel- og familiebehandling samt social- og sundhedsfaglige indsatser, herunder en eventuelt behandlingsindsats i psykiatrien. Kvalitet i forløbet forudsætter, at forløbet koordineres, så den rette indsats tilbydes på det rette tidspunkt. Det kræver, at der etableres et godt tværfagligt og organisatorisk samarbejde, som ligeledes går på tværs af sektorgrænser. Det er en del af arbejdet med målgruppens komplekse, sociale- og sundhedsfaglige problemstillinger, at forskellige fagpersoner kan have forskellige perspektiver. Et velkoordineret forløb forudsætter et konstruktivt samarbejde med god og tydelig kommunikation. Det vil medvirke til, at forskellige perspektiver kan supplere hinanden og udgøre et flerstrengt sammenhængende forløb.
- **Viden.** En kvalificeret indsats er baseret på aktuelt bedste viden om udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug. Herunder virksomme metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen i forhold til den enkelte gravides situation. Det er derfor væsentligt, at fagpersoner, der er i kontakt med målgruppen, har viden om socialt udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug og de relevante indsatser (8).

⁷ Recovery og rehabilitering bygger på, at behandlingen er helhedsorienteret og har koordinering på tværs af aktører og med borgerens samlede livssituation i centrum. I de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling indebærer det en helhedsorienteret behandling med blik for "det hele menneske", hvor indsatsen tilrettelægges ud fra borgerens behov, mål og ønsker for fremtiden. Det indebærer at se på borgerens samlede livssituation. Ofte vil psykiske, fysiske og sociale problemer have en betydning for, at en person udvikler et rusmiddelforbrug (1).



Figur 1: Faseopdeling af de socialfaglige indsatser, der bør indgå som en del af en helhedsorienteret indsats til målgruppen

De faglige indsatser til målgruppen er blevet opdelt i følgende fire stadier: opsporing, udredning, indsatser og opfølgning. I hvert stadie beskrives en række kerneelementer, som forskning og praksiserfaring påpeger, er vigtige elementer i en helhedsorienteret indsats. Som en del af kerneelementerne indgår beskrivelser af relevante redskaber og/eller praksiseksempler, som kan understøtte eller give inspiration til arbejdet med målgruppen. Redskaber kan være en metode eller et konkret værktøj.

Lovgivningen, der er relevant for de beskrevne indsatser, bliver beskrevet løbende i gennem teksten (se efter § tegnet), men fremgår også i en samlet oversigt i – *Bilag 2: Lovgivning*.

I figur 1 øverst på siden visualiseres den valgte opdeling og strukturering af afsnittet om de socialfaglige indsatser. Indsatserne gives efter Lov om social service og er primært samlet omkring de kerneelementer, der indgår i den støtte, som det kommunale system skal varetage. De beskrevne kernelementer skal forstås som en del af et helhedsorienteret forløb til målgruppen, der samordnes og koordineres med øvrige relevante indsatser og

behandlinger i sundhedssektoren⁸, herunder også alkohol-, medicinsk- og psykiatrisk behandling.

Figuren giver et overblik over de udvalgte indsatser, der er beskrevet i det følgende kapitel. Indsatserne er opdelt i de fire stadier, hvorunder kerneelementerne fremgår i overskriftsform.

3.2 Opsporing

For målgruppen vil en indsats tidligt i graviditeten med fokus på rusmiddelophør og forberedelse til forældreskabet være med til at kunne mindske risikoen for, at barnet udvikler varige skader fra rusmiddeleksponeringen. Samtidigt kan det øge muligheden for, at familien kan få en bedre start. Det er derfor af afgørende betydning, at alle aktører, der er i kontakt med udsatte kvinder i den fertile alder, er opmærksomme på, om

⁸ Familieambulatorierne supplerer den kommunale indsats ved at yde en tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats med særlig fokus på graviditeten og fosteret. Familieambulatorierne varetager svangreomsorgen og den sundhedsfaglige behandling under hele graviditeten og barselsperioden (5).

kvinderne har et rusmiddelforbrug. Heraf om de kan være gravide således, at relevante indsatser kan sættes i værk (9; 10).

Nogle kvinder i målgruppen har spinkel eller ingen kontakt til kommunen eller sundhedsvæsenet og er måske tilbageholdende og utrygge ved at henvende sig og tale om graviditet og forbrug af rusmidler. De kan fx være bekymrede for, hvad der sker med dem og deres barn, hvis de søger hjælp (11). Fagpersoner bør derfor være opmærksomme på muligt rusmiddelforbrug blandt udsatte gravide og spørge ind til det på en respektfuld måde, som gør dem trygge ved at tale om deres forbrug og tage imod hjælp.

Omvendt er det ikke alle udsatte gravide med et kendt rusmiddelforbrug, der ved, at de er gravide, eller har oplyst fx deres rusmiddelbehandler om, at de er gravide. Nogle udsatte kvinder med et forbrug af rusmidler kan fejlagtigt tro, at deres rusmiddelforbrug forhindrer dem i at blive gravide. Desuden kan graviditetssymptomer fejltolkes som abstinenser af både den gravide og af fagpersoner omkring hende. Det kan føre til sen opdagelse af graviditeten, et øget rusmiddelforbrug for at tage "abstinenserne" og manglende relevant behandling og støtte til den udsatte gravide kvinde og det kommende barn. Derfor bør fagpersoner, eksempelvis rusmiddelbehandlere og praktiserende læger, som er i kontakt med udsatte kvinder med et rusmiddelbrug i den fertile alder, være opmærksomme på, at et rusmiddelproblem kan skygge for erkendelsen af en eventuel graviditet. Relevante fagpersoner bør således sikre, at opsporingen af målgruppen foregår systematisk, og desuden, bidrage til, at udsatte kvinder med et rusmiddelbrug har viden om almene, kvindelaterede sundhedstemaer som menstruationscyklus, graviditetssymptomer og prævention (12).

Nedenstående kernelementer kan bidrage til en systematisk opsporing af målgruppen.

3.2.1 Relevante fagpersoner med kontakt til målgruppen deltager i systematisk opsporing

En del udsatte kvinder har kontakt til forskellige offentlige enheder og funktioner, som kan bidrage til opsporing. Når en gravid opsøger egen læge og jordemoder, skal der ved første graviditetsundersøgelse spørges ind til forbrug af rusmidler og informeres om konsekvenserne ved brug deraf (13).

Rusmiddelbehandlingstilbud spiller ligeledes en vigtig rolle i opsporing af graviditet hos kvinder, som er i behandling (1; 14). Rusmiddelbehandlere har ofte regelmæssig kontakt til udsatte kvinder i behandling og dermed gode forudsætninger for at tale med dem om graviditet og være opmærksomme på fysiske og evt. psykiske tegn på graviditet. Når en kvinde indskrives i rusmiddelbehandling, skal behandlingstilbuddet spørge kvinden og indberette til stofmisbrugsdatabasen⁹, om kvinden er gravid. Behandlingstilbuddet bør løbende have en opmærksomhed på, om kvinden kan være gravid (1). Det er dog ikke altid, at kvinden ved, at hun er gravid, eller at hun kan blive gravid. En kvinde i den fertile alder bør derfor tilbydes muligheden for at få udført en graviditetstest i tilfælde af tvivl eller usikkerhed om opstået graviditet (11; 14).

Den systematiske opsporing bør ligeledes være et fokus for andre fagpersoner, der kommer i berøring med målgruppen – herunder psykiatrien, myndighedssagsbehandlere, sundhedsplejen, jobcentermedarbejdere, gadeplansmedarbejdere, pædagoger, skolelærere, medarbejdere i den kommunale ungeindsats osv. Så snart en fagperson bliver opmærksom på, at en kvinde i social udsathed er gravid og samtidigt har et forbrug af rusmidler, skal fagpersonen iagttage sin skærpede underretningspligt og hjælpe den gravide til at komme i kontakt med familieambulatoriet.

9 [Stofmisbrugsdatabasen på dst.dk](http://dst.dk)

! Redskaber

Som inspiration til udvikling af et kommunalt opsporingsredskab, kan følgende nævnes:

Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol:

Alle gravide bliver ved hjælp af en spørgeguide systematisk spurgt ind til deres alkoholforbrug ved første graviditetskonsultation. Hvis der opstår bekymring eller mistanke, om et problematisk alkoholforbrug, suppleres denne med en TWEAK-screeningsguide. TWEAK er et valideret screeningsredskab til afdækning af problematisk alkoholforbrug hos gravide (13). Guiderne findes i:

Bilag 3: Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol og TWEAK screeningsguide.

Parent Alcohol Screening Questionnaire: Et svensk kohortestudie har udviklet et screeningsredskab til screening af kvinders alkoholforbrug i graviditeten. Redskabet kan anvendes af fagprofessionelle til at afdække og have en samtale med gravide og deres partnere om alkoholforbrug i graviditetsperioden. Redskabet er testet med gode resultater (15).

3.2.2 Adgang til centrale fagpersoner og relevant kompetenceudvikling

Viden om målgruppen bør være tilgængelig for relevante medarbejdere i social- og sundhedssektoren, og i relevante civilsamfundsorganisationer på socialområdet. På grund af det høje kompleksitetsniveau, der kan være omkring indsatsen til målgruppen, er det vigtigt at de relevante faggrupper, der skal deltage i opsporingsindsatsen, har adgang til guidning og støtte hos nogle centrale fagpersoner, der har specialiseret viden om målgruppen.

For at sikre at den specialiserede viden er tilgængelig, er det vigtigt at der er fokus på at identificere og kompetenceudvikle centrale medarbejdere, der oparbejder en specialiseret viden, og som kan understøtte en tidlig opsporing.

Herudover bør relevante medarbejdere have adgang til redskaber, der kan bruges til at tale med målgruppen om emner som graviditet og prævention (16; 17). Det er vigtigt at nye medarbejdere bliver introduceret til relevante samarbejdspartnere og eventuelle samarbejdsaftaler.

! Redskaber

Tidlig inn – et oplæringsprogram om tidlig opsporing og intervention

Tidlig inn er et norsk kompetenceudviklingsprogram for ansatte i de norske kommuner, dvs. primært jordemødre, læger og helsesøstre, som er den norske pendant til sundhedsplejersker. Relevante kommunalt ansatte er sekundær målgruppe. Programmet har til formål at styrke de ansattes kompetencer i tidlig opsporing og intervention ved problematikker vedrørende psykisk helbred, alkoholforbrug og vold i nære relationer blandt gravide og småbørnsforældre. En evaluering af programmet viser, at der er gode resultater, hvad angår programdeltagernes egen opfattelse af, om de er blevet bedre til at opspore og samarbejde på tværs om målgruppen (16; 18).

[Læs mere om Tidlig Inn på tidliginnsats.forebygging.no](http://tidliginnsats.forebygging.no)

3.2.3 Opsøgende indsats hvor målgruppen færdes

En opsøgende indsats, hvor kvinden færdes, er et væsentligt element i opsporingsindsatsen. Ved at møde kvinderne i deres nærmiljø kan der skabes kontakt til dem, der ikke allerede får stabil hjælp. En opsøgende indsats kan også give bedre forudsætninger for at etablere en relation, hvor den enkelte kvinde finder trykthed i at fortælle om sin graviditet eller mistanke om graviditet (6; 19; 20).

De opsøgende medarbejdere bør sikre, at kvinden hurtigst muligt får etableret en kontakt til familieambulatoriet og øvrige relevante sociale indsatser, som fx

rusmiddelbehandling. Derudover skal medarbejderne sende en underretning til den kommunale familieafdeling i de tilfælde, hvor der kan være en bekymring for, at barnet umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte (Lov om social service § 153, stk. 1, nr.2). Hvis en kvinde er udeblevet fra eller har afbrudt et forløb i familieambulatoriet, kan opsøgende medarbejdere ligeledes bidrage til, at kvinden får genetableret en kontakt til familieambulatoriet.

En opsøgende indsats kan ske, ved at fagpersoner fra fx rusmiddelbehandlingstilbud, sundhedstilbud eller socialforvaltningen færdes regelmæssigt i de miljøer, hvor udsatte kvinder færdes. Det kan fx være i bestemte gademiljøer, på væresteder, forsorgshjem eller andre sociale tilbud. Det kan også være i bestemte boligområder, hvor der er lokalkendskab til, at udsatte grupper færdes.

De opsøgende medarbejdere kan med fordel samarbejde med relevante sociale tilbud og civilsamfundsorganisationer, der beskæftiger sig med mennesker med social udsathed, da de møder målgruppen i deres daglige arbejde og dermed kan bidrage til opsporing, etablering af kontakt og brobygning til hjælpesystemerne. Et godt samarbejde kan eksempelvis understøttes, ved at de opsøgende medarbejdere informerer relevante aktører om deres arbejde, er synlige i miljøet og tilgængelige for nem og hurtig kontakt (20).

+ Praksiseksempel

Reden: Reden - København har etableret et samarbejde med jordemødrene fra Region Hovedstadens Familieambulatorium. Hver onsdag stiller jordemødrene sig til rådighed for kvinderne i en forebyggende indsats, hvor det er muligt at spørge ind til kvindelaterede spørgsmål som graviditet og prævention.

[Læs mere om Reden-København på kfuksa.dk](http://kfuksa.dk)

! Redskaber

Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere:

”Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere” er udgivet af Socialstyrelsen og ikke specifikt rettet mod gravide, men beskriver en udgående og opsøgende indsats til de mest udsatte borgere, der evt. kan være relevant i tilrettelæggelsen af det opsøgende arbejde med målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug. Udgivelsen er udarbejdet af Rambøll og består af tre dele, hvor første del giver et overblik over, hvad der er centralt for at benytte modellen i praksis med den nødvendige kvalitet. Anden del består af en handlingsanvisende manual, og afslutningsvis indeholder udgivelsen en implementeringsguide til arbejdet med modellen i praksis (20).

3.2.4 Underretninger som del af opsporing

Underretninger fra fagpersoner, der er i kontakt med målgruppen, er afgørende for, at den gravide og det kommende barn kan tilbydes den nødvendige indsats på et tidligt tidspunkt i forløbet. Underretninger kan tilgå den kommunale myndighedsafdeling fra fx familieambulatorium, behandlingstilbud, praktiserende læge, sundhedsplejerske, jobcenter, kvindens familie og netværk, uddannelsesinstitutioner samt civilsamfundsorganisationer. En underretning om et kommende barn kan udtrykke en generel bekymring for den gravide eller det kommende barn. En underretning fra en fagperson bør oplyse præcist om, hvilken faglig bekymring der er, for at det kommende barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de kommende forældres forhold (jf. Lov om social service § 153, stk. 1, nr. 2). En underretning bør indeholde så mange relevante oplysninger som muligt, hvilket blandt andet omfatter:

- Tydelig fremstilling af årsag til bekymring.
- Så vidt muligt oplysning om kvindens termin.
- Beskrivelse af eksponeringsgrad/type af rusmiddelbrug under graviditeten.

- Så vidt muligt oplysning om kvindens ønsker til hjælp.
- Oplysning om, hvorvidt kvinden er orienteret om underretningen.

Den gravide bør som hovedregel orienteres og hvis ønskes, udleveres kopi af underretningen.

En underretning går forud for tavshedspligten og kan indgives mundtligt eller skriftligt samt anonymt. Kommunen er forpligtet til, jf. Lov om social service § 155, stk. 2, at foretage en vurdering af alle indkomne underretninger og inden for 24 timer vurdere, hvad der skal ske videre i sagen. Fagpersoner er underlagt skærpet underretningspligt, jf. Lov om social service § 153.

§ Skærpet underretningspligt for fagpersoner

Lov om social service tilsiger, at personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, er forpligtede til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres arbejde får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold (Lov om social service § 153, stk. 1, nr.2).

Den skærpede underretningspligt er en skærpelse af den almindelige underretningspligt, idet der er pligt til at underrette alene på baggrund af en formodning om, at der kan være behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af en underretning bekræfte modtagelsen af underretningen over for den, der foretog underretningen (lov om social service § 155 b). Underrettende fagperson har ret til at få oplyst, om underretningen har givet anledning til handling over for dem, der underrettes om.

Såfremt man, som underretter, oplever, at kommunen ikke handler tilstrækkelig hurtigt eller alvorligt, bør man underrette Ankestyrelsen.

Find Lov om social service på retsinformation.dk

3.2.5 Systematisk forebyggelse: prævention og tidlig indsats

Målgruppen bliver i højere grad end andre kvinder uplanlagt og uønsket gravide. En udbredt årsag til, at kvinder med social udsathed bliver gravide uden at have planlagt det, er at de tror, at deres livsomstændigheder gør, at de ikke kan blive gravide (11; 14). Rådgivning om prævention, abort og graviditet er derfor et vigtigt element i forebyggelse af uplanlagte og uønskede graviditeter.

Kvinder med social udsathed kan desuden have vanskeligt ved at finde en præventionsform, der passer dem, og derfor have brug for hjælp til at træffe valget af prævention og få den valgte præventionsform iværksat. I den henseende kan det nævnes, at anvendelsen af præventionsformer som kondom og p-piller forudsætter en stabilitet og konsekvensanvendelse, som kan være vanskelig for målgruppen. Derfor kan langtidsvirkende prævention, som fx p-stav eller spiral være mere hensigtsmæssige. Nogle kvinder kan have behov for hjælp til at afsøge mulighederne for at få økonomisk støtte fra fx kommune, familieambulatorium eller lokale tilbud.

Kvinder med social udsathed og et rusmiddelforbrug, der udtrykker ønske om at få et barn, bør henvises til praktiserende læge med henblik på en samtale om forebyggelse af fosterskader og planlægning af graviditet. Det kan også være relevant at henvise til fx rusmiddelbehandling og familieambulatoriet med henblik på prægravid samtale.

Familieambulatorium og praktiserende læge

De regionale familieambulatorier tilbyder en samtale til udsatte borgere, der ønsker at blive gravide. Den praktiserende læge kan ligeledes rådgive om familieplanlægning, prævention og risici for fosteret og henvise til rusmiddelbehandling.

Kommunal familieafdeling

Når en kvinde med rusmiddelforbrug giver udtryk for, at hun ønsker at blive gravid, kan der henvises til den kommunale familieafdeling, der kan tilbyde kvinden og hendes evt. partner en samtale om familieplanlægning. Kommunen er forpligtet til at tilrettelægge en tidlig forebyggende indsats, hvilket indebærer, at forældre eller andre, der sørger for et barn eller en ung, kan få

gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunen skal være opsøgende i forhold til at tilbyde denne rådgivning til enhver, der måtte have behov for det, fx kommende forældre. Kommunen kan blandt andet tilbyde familierettede indsatser eller rådgivning om familieplanlægning og prævention.

Rusmiddelbehandlingstilbud og kommunal myndighed på voksenområdet

Rusmiddelbehandlingstilbuddene er i kontakt med brugere af rusmidler og kan bidrage til, at uønskede graviditeter undgås ved at informere om graviditetsforebyggelse/prævention, den kvindelige cyklus og graviditetssymptomer, gerne udført af læge, sygeplejerske eller jordemoder. Behandlingstilbuddene har mulighed for evt. i samarbejde med myndighedsafdeling at stille gratis prævention til rådighed for de personer, der ønsker dette (1).

+ Praksiseksempler

FAMKO: FAMKO er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital og Odense Kommune om gravide og småbørnsfamilier, der af den ene eller anden årsag har brug for ekstra støtte gennem graviditeten og barnets første leveår.

Målgruppen er niveau 3 og 4 gravide, der har et jordemoderforløb i Familieambulatoriet på OUH, og familien tilbydes en tidlig, forebyggende indsats i form af en sundhedsplejerske eller en familiebehandler, der følger familien, indtil barnet starter i skole, samt enten et individuelt eller gruppebaseret tilknytningsforløb. I FAMKO arbejdes der desuden systematisk med at styrke samarbejdet mellem de fagpersoner, der er omkring målgruppen (jordemoder, socialrådgiver, psykolog, sundhedsplejerske, familiebehandler, misbrugsbehandler, jobrådgiver).

En del af samarbejdet indebærer et fælles fokus på prævention. Samarbejdet har betydet, at der gennem de seneste år kun ses meget få gravide med erkendt forbrug ift. tidligere. I praksis indebærer det, at alle faggrupper har ansvar for at tale prævention med alle kvinder i den fødedygtige alder (både før, under og efter graviditet), men fx også med mænd, der er i rusmiddelbehandling.

Det tætte samarbejde mellem Odense Kommune og Familieambulatoriet på OUH har senest medført en etablering af en Klinik for Seksuel Sundhed, hvor unge under 30 år bl.a. kan få etableret gratis prævention. Hvis der er tale om en kvinde over 30 år, så kan kommunale fagpersoner tage direkte kontakt til den ledende overlæge i Familieambulatoriet mhp. at lave aftale om etablering af gratis prævention.

[Læs mere om FAMKO på odense.dk](http://odense.dk)

Metodehåndbog, Familieplanlægning i alkohol- og stofbehandling: Familieambulatoriet i Region Midtjylland udarbejdede i 2019 en metodehåndbog, der beskriver et projekt med en familieplanlægningsindsats for kvinder i den fertile alder som led i deres behandling i kommunernes alkohol- og stofbehandling. Formålet med metodehåndbogen er at forebygge uønsket graviditet, og at børn fødes med rusmiddelskader. Derudover skal relevant hjælp og støtte tilbydes kvinder, der er eller ønsker at blive gravide, og som samtidig har en rusmiddelproblematik, så de kan gennemføre en sund og tryk graviditet.

Casebeskrivelser - opsporing

Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Josefine og Lasse møder hos deres praktiserende læge i uge 11 og får konstateret graviditeten.

Parret spørges ved udarbejdelse af vandrejournalen ind til rusmiddelbrug i graviditeten, og Josefine oplyser, at hun frem til erkendt graviditet har haft et betydeligt forbrug. Josefine oplyser, at hun ikke har haft svært ved at ophøre med sit rusmiddelbrug, efter hun opdagede sin graviditet, og at hun føler sig sikker på, at hun kan fastholde sit ophør.

Josefine er ikke indskrevet i kommunal rusmiddelbehandling, og hun anbefales rusmiddelbehandling i det kommunale behandlingstilbud med henblik på tilbagefaldsforebyggelse.

Lasse er arbejdsledig og har også et dagligt forbrug af cannabis og kokain. Han er tøvende over for at skulle i rusmiddelbehandling, fordi han mener, at hans forbrug ikke skader barnet. Efter en drøftelse og nærmere overvejelse vælger Lasse dog at tage imod social stofmisbrugsbehandling i det kommunale behandlingstilbud.

Parret bliver af egen læge henvist til regionens familieambulatorium med henblik på at blive fulgt der i det videre graviditetsforløb.

Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille har jævnligt kontakt med en medarbejder fra et kommunalt team af rusmiddelbehandlere, som færdes og laver opfølgende arbejde i Kamilles nærmiljø. Kamille oplyser under en samtale med medarbejderen, at hun ikke har haft menstruation meget længe, og at hun muligvis er gravid. Hun er bekymret for, hvad hendes rusmiddelindtag kan betyde for en eventuel graviditet.

Medarbejderen følger Kamille til behandlingstilbuddet, hvor hun får udleveret en graviditetstest, som tages med det samme og viser, at Kamille er gravid.

Den udgående behandler tager kontakt til det regionale familieambulatorium, og det aftales, at Kamille møder op på familieambulatoriet sammen med sin rusmiddelbehandler nogle dage efter.

3.3 Udredning

Indsatser til målgruppen bør tage udgangspunkt i en grundig og systematisk udredning, da der ofte er flere sociale, psykiske og somatiske problemstillinger ud over rusmiddelbruget. Udredningen bør iværksættes, så snart det er konstateret, at en socialt udsat kvinde med et skadeligt forbrug af rusmidler er gravid.

Udredningen skal være helhedsorienteret og dermed imødekomme kvindens samlede problematikker og

belyse og afklare vedkommendes ressourcer og hjælpebehov. Voksenudredningsmetoden (VUM) kan med fordel benyttes hertil. I udredningen tages der højde for kvindes samlede problematikker og livssituation. Den helhedsorienterede udredning skal bidrage til at sikre kvinden en koordineret og flerstrengt indsats i samarbejde med alle relevante aktører. Gennemførelse af udredning bør altid foregå i et tæt samarbejde med kvinden, som skal informeres om, hvad udredningen skal bruges til, og hvordan der følges op. Kvinden bør desuden informeres om resultaterne (1).

! Redskaber

VUM 2.0 – Voksenudredningsmetoden: VUM er en metode til sagsbehandling på myndighedsområdet for voksne, der har fokus på at understøtte en systematisk og helhedsorienteret udredning af borgerens behov. Metoden understøtter dokumentations- og samarbejdspraksis mellem, udfører, og myndighed, hvorved der skabes et solidt grundlag for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

[Læs mere om VUM på Socialstyrelsen.dk.](https://www.socialstyrelsen.dk)

3.3.1 Helhedsorienteret afdækning

Indsatser til målgruppen og deres kommende børn baseres på en afdækning af den gravides individuelle behov, ressourcer og problematikker. De aktører, der er involveret i indsatsen, for den enkelte gravide og hendes kommende barn, bør samarbejde om en samlet helhedsorienteret afdækning. Afdækningen bør sikre, at de forskellige aktørers perspektiver på indsatsbehovet, til den gravide og det kommende barn, bringes i spil og koordineres. Der indhentes samtykke fra den gravide til videregivelse af information om hende til relevante aktører. Dog skal der ikke indhentes samtykke til at indgive en underretning til den kommunale familieafdeling.

Familieambulatoriets udredning

Familieambulatoriet¹⁰ skal hurtigst muligt efter henvisning etablere en kontakt til den gravide, så hun kan få rådgivning om sin graviditet. Familieambulatoriet optager en anamnese (udredning) med udgangspunkt i kvindens graviditet og sociale situation. Familieambulatoriet vurderer kvindens ressourcer, problemer og risikofaktorer i forhold til graviditets- og fødselsforløb og det ventede barn. Herunder vurderes den gravides psykologiske ressourcer og udfordringer med hensyn til relationer, tilknytning, mentalisering og mentalt helbred. Det samme kan gælde en evt. partner, hvor anamnesen,

med samtykke, kan indeholde oplysninger om barnefarens forhold (10).

Familieambulatoriet bør med samtykke fra den gravide etablere en kontakt til det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, såfremt den gravide er indskrevet der med henblik på at hente relevante oplysninger og indgå i et samarbejde om helhedsorienteret afdækning og indsats. Hvis den gravide ikke er indskrevet i det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, bør de henvise dertil ved behov. Ligeledes bør familieambulatoriet etablere et samarbejde med den regionale psykiatri eller socialpsykiatrien, hvis den gravide har et forløb dér, eller henvise ved behov. Familieambulatoriet har pligt at underrette kommunen, når der er bekymring for det kommende barn.

Den kommunale familieafdelings børnefaglige undersøgelse

Når familieafdelingen i kommunen modtager en underretning, har kommunen 24 timer til at screene og vurdere, om barnets sundhed eller trivsel er i fare, herunder om der er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger, jf. Lov om social service, § 155, stk. 1 og stk. 2. Hvis det må antages, at der kan opstå behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere i en børnefaglig undersøgelse, jf. Lov om social service, § 50, stk. 9. Underretninger vedrørende målgruppen bør så vidt muligt behandles af medarbejdere, der har viden om målgruppen og har opbygget et netværk med relevante fagpersoner, så relevante indsatser kan igangsættes hurtigt.

¹⁰ Se mere om familieambulatoriernes indsatser i *Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser*

§ Børnefaglig undersøgelse

Lov om social service, § 50, stk. 9

Hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Undersøgelsen gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre. Stk. 4-8 finder anvendelse ved afgørelsen

Lov om social service, § 155, stk. 1 og 2.

Kommunalbestyrelsen skal sikre, at der iværksættes en rettidig og systematisk vurdering af alle underretninger efter §§ 152-154 med henblik på at afklare, om barnet eller den unge har behov for særlig støtte. Kommunalbestyrelsen skal foretage central registrering af underretningerne med henblik på at understøtte tilrettelæggelsen af indsatsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal senest 24 timer efter modtagelsen af en underretning efter stk. 1 vurdere, om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

Find Lov om social service på retsinformation.dk

Den børnefaglige undersøgelse gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de kommende forældre og omhandler deres sociale problematikker og støttebehov mht. fx rusmiddelforbrug, boligproblematikker, psykiske vanskeligheder, forsørgelsesgrundlag og behov for social støtte under og efter graviditet, samt støttebehov til etablering af den ny familie¹¹ (21). Formålet med at foretage undersøgelsen inden barnet fødes, er at afdække ressourcer og problemer i familien så tidligt som muligt. Det vil være med til at understøtte, at den rigtige og tilstrækkelige foranstaltning kan vælges til fra start og så vidt muligt, iværksættes, allerede inden barnet er født for at undgå neurologiske skader på fosteret. Det er helt afgørende for samarbejdet mellem de kommende forældre og kommunen, at de kommende forældre oplever at blive inddraget, og lyttet til, og at de får mulighed for at beskrive, hvordan de oplever situationen, og hvad de evt. oplever, kan afhjælpe vanskelighederne (22).

Hvis det vurderes relevant, kan kommunen i forbindelse med udarbejdelsen af den børnefaglige undersøgelse få foretaget en psykologisk undersøgelse af de kommende forældremyndighedsindehavere i form af en forældrekompetenceundersøgelse. En sådan undersøgelse skal foretages af autoriserede psykologer, jf. Lov om social service, § 50, stk. 5. Kommunen bør i den forbindelse indhente oplysninger fra relevante aktører som familieambulatoriet, rusmiddelbehandlingstilbuddet, egen læge og sundhedsplejersken, hvis den gravide allerede har været på graviditetsbesøg. Familieambulatoriets vurdering af, hvorvidt den enkelte gravide (og evt. partner) har behov for familie- og rusmiddelbehandling i døgnregi, skal indgå i både den børnefaglige undersøgelse og undersøgelsen af forældrekompetencer. Den børnefaglige undersøgelse skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald hvilke.

¹¹ Støttebehov til etablering af den ny familie kan udredes ved hjælp af en forældrekompetenceundersøgelse. Forældrekompetenceundersøgelser kaldes også forældreevneundersøgelse eller forældreomsorgsundersøgelse. Undersøgelsen kan ikke foretages uden kvindens samtykke.

§ Forældrekompetenceundersøgelse

Kommunen vurderer, om der er behov for at iværksætte en psykologisk undersøgelse af forældremyndighedsindehaveren som led i den børnefaglige undersøgelse.

Lov om social service, § 50, stk. 5.

Kommunalbestyrelsen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog. Iværksætter kommunen en psykologisk undersøgelse af forældremyndighedsindehaveren, skal undersøgelsen foretages af en autoriseret psykolog

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

Anbringelse af barnet

Der kan i nogle situationer være så stor bekymring for det kommende barn og de kommende forældres muligheder for og kompetencer til at imødekomme barnets behov, at kommunen, allerede inden påbegyndelse eller undervejs i den børnefaglige undersøgelse bliver opmærksom på, at det kan blive nødvendigt at anbringe barnet. Kommunen skal i den børnefaglige undersøgelse afdække og tage stilling til, om der er grundlag for at anbringe barnet uden for hjemmet. Se mere i *afsnit 3.4.5*.

Såfremt kommunen vurderer, at der ikke er grundlag for at udarbejde en børnefaglig undersøgelse, skal kommunen vurdere, om der eventuelt skal tilbydes rådgivning eller anden hjælp efter § 11 i Lov om social service som led i en forebyggende indsats. Dette uddybes i *afsnit 3.4.1*.

! Redskaber

Socialstyrelsens retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser:

Socialstyrelsens retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser er et fagligt redskab, der beskriver lovmæssige krav og faglige anbefalinger vedr. udarbejdelse og anvendelse af forældrekompetenceundersøgelser. Retningslinjerne beskriver ligeledes, hvordan man kan understøtte et samarbejde mellem kommuner og psykologer og inddragelse af målgruppen og de pårørende, der deltager i undersøgelsen.

[Læs mere om retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser på Socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

Integrated Children's system (ICS): Metode og redskab til helhedsorienteret socialfaglig udredning. Metoden indeholder en række udsagn og fokusområder, som kan være relevant for sagsbehandleren at være opmærksom på, bl.a. i arbejdet med de børnefaglige undersøgelser. Udsagnene er opdelt efter barnets alder med opstart i graviditeten og fokuserer på beskyttelses- og risikofaktorer. Redskabet er relevant for sagsbehandlere (og evt. andre fagpersoner) vedr. udsatte børn.

[Læs mere om ICS på Socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

Afdækning i rusmiddelbehandlingstilbuddet

Det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud eller myndighedsafdelingen på voksenområdet skal foretage en helhedsorienteret afdækning, der omfatter den gravides forbrug af rusmidler og desuden øvrige, sociale- og sundhedsmæssige problematikker for at sikre, at den gravide bliver tilbudt den rette behandling (1). Hvis den gravide er indskrevet i familieambulatoriet, bør rusmiddelbehandlingstilbuddet tage kontakt til familieambulatoriet for at indhente relevante oplysninger med den gravides samtykke. Er den gravide ikke indskrevet på familieambulatoriet, bør tilbuddet hjælpe til, at hun bliver det.

Afdækningen bør belyse den gravides aktuelle situation og ressourcer og desuden hendes personlige drømme, ønsker og håb (1; 17) for at kunne tilbyde den bedst mulige indsats i overensstemmelse med principperne for recovery-orienteret rehabilitering.

Kommunen er, jf. Lov om social service, § 101, stk. 4, forpligtet til at iværksætte behandling for rusmiddelforbrug på baggrund af den helhedsorienterede afdækning senest 14 dage efter kvindens anmodning om behandling.

§ Rusmiddelbehandling

Læs mere om kommunens forpligtelse til at tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug i Lov om social service § 101.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Herudover er kommunen forpligtet til at tilbyde behandling til alkoholmisbrugere i henhold til Sundhedsloven § 141 og Lægesamtaler og lægelig stofmisbrugsbehandling i henhold til § 142

[Find Sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

! Redskaber

MapPlan og ASI (European Addiction Severity Index): MapPlan og ASI er redskaber, som behandlingstilbud kan anvende til at afdække borgers problemer, ressourcer og behov på centrale livsområder herunder problemer med rusmidler.

[Læs mere om MapPlan og ASI på psy.au.dk](#)

Casebeskrivelser - udredning

Case-eksempel 1: Josefine - gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Parret møder til første samtale med læge og jordemoder i regionens familieambulatorium, da hun er i uge 16. Her viser Josefines urinprøve en lav koncentration af cannabis. Ved første besøg i familieambulatoriet etableres efter aftale med Josefine kontakt til det kommunale behandlingstilbud, hvor Josefine får en tid hos en rusmiddelbehandler samme uge. Det aftales, at Lasse møder op i behandlingstilbuddet sammen med Josefine med henblik på opstart af ambulans rusmiddelbehandling.

Parret informeres om, at familieambulatoriet på grund af parrets samlede situation vil sende en underretning til deres hjemkommune med henblik på videre forvaltningsmæssig og social indsats.

Da Josefine og Lasse møder op i behandlingstilbuddet, udarbejder rusmiddelbehandleren en helhedsorienteret afdækning af Josefines ressourcer, problemer og rusmiddelbehandlingsbehov ved hjælp af det validerede redskab VoksenMap. På baggrund af afdækningen udføres en behandlingsplan, der tager udgangspunkt i Josefines aktuelle situation og behov. Rusmiddelbehandleren aftaler med Josefine, at den videre behandling vil foregå i samarbejde med familieambulatoriet og relevante myndighedsafdelinger.

Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille er ca. 20 uger henne, da graviditeten konstateres, og Kamille giver udtryk for, at hun ønsker at gennemføre sin graviditet.

På det første møde i familieambulatoriet iværksættes en helhedsorienteret udredning, der skal klarlægge det samlede indsatsbehov hos Kamille og det kommende barn. Der indhentes samtykke fra Kamille til videregivelse af information mellem de relevante aktører, der skal bidrage til afdækningen.

Familieambulatoriet optager en anamnese (udredning) med udgangspunkt i Kamilles graviditet og sociale situation. Det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud foretager en afdækning, der omfatter Kamilles forbrug af alkohol og stoffer og desuden øvrige, sociale og sundhedsmæssige problematikker. Afdækningen belyser også, hvilke drømme og håb Kamille har for sit liv og sin kommende familie.

Det aftales med Kamille, at der vil blive sendt en underretning til Kamilles hjemkommune, jf. Lov om social service, § 153, med henblik på yderligere afklaring af støttebehov og evt. tilbud om døgnbehandling.

3.4 Indsatser

Indsatser til målgruppen iværksættes med henblik på at afhjælpe og begrænse skader af den gravides rusmiddelbrug og sociale udsathed, både for den gravide selv og for fosteret, samtidigt med, at indsatserne har fokus på afklare og styrke forældrenes ressourcer og kompetencer.

Indhente samtykke fra den gravide for at sikre koordination

De regionale familieambulatorier, de kommunale familieafdelinger og rusmiddelbehandlingstilbud iværksætter typisk de centrale indsatser for målgruppen. Af hensyn til behovet for at indsatserne koordineres, skal der

indhentes samtykke fra den gravide til, at familieambulatorier, kommunale afdelinger og evt. andre aktører, der er i kontakt med den enkelte gravide, kan dele relevante oplysninger med hinanden.

Kerneelementer i indsatsen

Nedenfor beskrives kerneelementer, der bør indgå i de indsatser, den gravide tilbydes. Desuden beskrives praksis eksempler og redskaber, som kan indgå i et forløb. Det er individuelt, hvilke indsatser der vil være relevante for den enkelte gravide. Sammensætningen af indsatserne skal være afpasset den enkelte gravides behov, ressourcer og udfordringer, som det fremgår af udredningen. Uanset hvilke indsatser der iværksættes, skal de være koordinerede og tage udgangspunkt i en samlet plan for den gravide.

! VISO – Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

Kommuner, borgere samt kommunale, regionale og private tilbud kan hente rådgivning hos Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), som er en del af Socialstyrelsen og har opgaver fastlagt i Lov om social service. VISO kan fx rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et fagligt tilbud kan indeholde, til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug. VISO's rådgivning er vejledende og kan bidrage til at styrke beslutningsgrundlaget hos kommunen, der har myndigheden til at træffe afgørelser om, hvad der kan sættes i værk i den enkelte sag.

Find mere information om VISO på [socialstyrelsen.dk](https://www.socialstyrelsen.dk)

3.4.1 Social støtte under graviditeten

Rusmiddelbehandling, den gravide/parrets sociale forhold, forælderrollen og tilknytningen mellem mor og barn er afgørende for familiedannelsen og bør derfor understøttes tidligst muligt med udgangspunkt i den helhedsorienterede afdækning og handleplan.

Den gradvise tilknytning til barnet starter under graviditeten og udvikles gennem praktiske forberedelser og tanker, forestillinger og bekymringer om barnet og fødslen. Dette fører normalt til, at den gravide ved fødslen er psykisk parat til at tage imod sit barn og indstillet på at yde en relevant kontakt og omsorg (10). Denne prænatale tilknytning har betydning for både den gravides muligheder for at danne sig forestillinger om det kommende barn og forældreskab, samt betydning for, hvorledes en videre tilknytning og mentalisering vil forløbe, efter barnet er født (23). Tilknytning og mentalisering kan også have stor betydning for den gravides motivation til at stoppe med at bruge rusmidler.

Den sociale støtte tager udgangspunkt i den gravides udfordringer og ressourcer og iværksættes og koordineres af kommunen efter bestemmelserne i Lov om social service, § 52. Støtten kan fx bestå i:

- Råd og vejledning vedrørende hjælpemuligheder under graviditet og fødsel, så den enkelte har det bedst mulige grundlag, for at vælge at fortsætte eller afslutte sin graviditet.
- Familiebehandling herunder understøttelse af forældrerollen og tilknytning mellem forældre og barn.
- Praktisk og økonomisk støtte til:
 - forberedelse til barnets ankomst fx indkøb af babyudstyr og babysikring af hjemmet.
 - afklaring af bolig- og økonomispørgsmål.
 - at overholde aftaler med fx familieambulatoriet, herunder evt. hjælp til transport.
 - støtte til at deltage i og få udbytte af de ambulante tilbud i henholdsvis familieambulatoriet og rusmiddelbehandling.
 - afklaring af muligheder for støtte fra civilsamfundet.
- Pædagogisk støtte til:
 - etablering af stabilitet og struktur i hverdagen.
 - støtte til at danne nye netværk.
- Tiltag til understøttelse af rusmiddelbehandling (14).
- Anbringelse i plejefamilie eller mor/barn-hjem som led i forberedelse på/observation af forældrerollen, jf. Lov om social service, § 55¹². Dette ophold kan

påbegyndes i graviditeten og vare indtil efter, barnet er født.

Pædagogisk støtte

Den pædagogiske støtte bør ydes af en fagperson, fx en mentor, som den gravide har tillid til, og som er tilgængelig og let at få kontakt med. Tillidsrelationen mellem den gravide og medarbejderen er afgørende for en succesfuld indsats (7). Medarbejderen, der yder pædagogisk støtte, bør have viden om og erfaring med at arbejde med målgruppen. Pædagogisk støtte til etablering af stabilitet og struktur i hverdagen kan blandt andet indebære samtaler med den gravide om hendes situation, eksempelvis hendes rolle som kommende mor, hendes egen barndom, parforhold, generelle bekymringer og hendes drømme, ønsker og håb. Afholdelse af samtalerne i kvindens hjem kan bidrage til oplevelsen af trykthed og medinddragelse, og den evidensbaserede metode Motivational Interviewing¹³ kan benyttes til at understøtte kvindens forandringsproces (24; 14).

Der kan med fordel sættes fokus på den gravides øvrige netværk, der kan udgøre en vigtig støtte. Der kan dog være tilfælde, hvor den gravides netværk kan risikere at have negativ indvirkning på et rusmiddelophør eller reduktion (14). I sådanne tilfælde bør den gravide hjælpes til at opøge nye sociale fællesskaber eller genoptage tidligere kontakter, der kan støtte hende under og efter graviditeten.

Forebyggende indsats efter § 11

Hvis kommunen vurderer, at der ikke er grundlag for at iværksætte foranstaltninger på baggrund af den børnefaglige undersøgelse, skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes anden hjælp efter § 11 i Lov om social service som led i en forebyggende indsats. Dette kan fx være familieorienteret rådgivning, konsulentbistand, herunder familierettede indsatser, netværks- eller samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning og andre indsatser, der har til formål at forebygge et barns eller en families vanskeligheder. Derudover giver § 11 mulighed for at yde økonomisk hjælp til fx prævention (14; 25; 26).

12 Anbringelse uddybes i afsnit 3.4.5

13 Læs mere om Motivational Interviewing under redskaber

§ Forebyggende indsats

§ 11 Kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](https://retsinformation.dk)

+ Praksiseksempel

Satspuljeprojekt for udsatte gravide: I satspuljeprojektet Familie- og gravidenheden i Odense var enheden organisatorisk placeret i stofmisbrugsbehandlingen. Her blev udsatte gravide kvinder tilbudt tæt social støtte og hyppige hjemmebesøg med individuelle samtaler – og parsamtaler i de tilfælde, hvor det var relevant. Under graviditeten og de første to måneder efter fødslen blev der foretaget 1-2 ugentlige hjemmebesøg. Fra fødslen og op til 6-12 måneder efter fødslen blev der foretaget et ugentligt hjemmebesøg. Kvinderne blev desuden støttet i fremmøde og deltagelse i møder med den kommunale forvaltning. Den daglige støtte og sociale rusmiddelbehandling blev varetaget af en fast gruppe på 2-3 medarbejdere med viden om målgruppen. Kvinderne havde mulighed for at kontakte medarbejderne direkte og hermed få hurtig hjælp og støtte i tilfælde af akut opståede problemer, tilbagefald eller lignende.

I evalueringen af projektet er det dokumenteret, at både kvinder og fagpersoner oplevede den tætte daglige støtte og sociale rusmiddelbehandling som et vigtigt og centralt element i forløbet (17).

! Redskaber

Tidlig Tilknytning (FAMKO-Odense): Tidligt tilknytningsforløb er et samtaleforløb i regi af FAMKO Odense, som har til formål at styrke udsatte eller sårbare gravide kvinders tilknytning til deres barn og styrke deres evne til at mentalisere, dvs. deres evne til at forstå og leve sig ind i barnets behov. Forløbet tager afsæt i tilknytningsmønsteret hos den gravide kvinde selv og arbejder systematisk med, hvordan kvinden og evt. barnefar/partner kan undgå at gentage utrygge og u hensigtsmæssige mønstre fra egen opvækst i relationen til sit eget barn. Samtaleforløbet varer omkring syv måneder med opstart ca. fem måneder før fødsel og afslutning ca. to måneder efter fødsel, og der anvendes en semistruktureret spørgeguide.

Læs mere om FAMKO og indsatsen på odense.dk

Minding The Baby (MTB): En metode, der er udviklet for unge socialt udsatte førstegangsgravide. I Danmark omfatter målgruppen gravide og forældre, der er sårbare i forælderrollen og/eller socialt udsatte. MTB er tværfagligt og hjemmebaseret familiebehandlingsprogram, hvor der arbejdes mod at fremme en god og sikker tilknytning mellem forældre og deres barn. Indsatsen varetages af et tværfagligt team typisk en sundhedsplejeske og en familieterapeut omkring familien. Hovedfokus i MTB er at styrke den sunde tilknytning via konkret mentaliseringsarbejde. Derudover tilbyder det tværfaglige team forældre, støtte og vejledning i forhold til barnets sundhed og udvikling. Et forløb varer fra ca. tre måneder inden fødslen, til barnet fylder to år, dvs. to år og tre måneder i alt (27; 28).

Traumebevidste behandlingsprincipper i svangreomsorgen: Traumebevidst behandling tager udgangspunkt i at tilrettelægge praksis og procedurer mhp. at undgå reaktivering af tidligere traumer og re-traumatisering hos den gravide/partner/familien. De 3 vigtige forhold ift. traumebevidst behandling før, under og efter fødslen er "De 3 R'er": 1. Realises - Indse hvor udbredt indvirkning traumet har og forstå mulige veje for genopretning for klient/patient og familier. 2. Recognizes - Erkend signaler og symptomer på traumet hos klienter/patienter, familier, personale og hos andre involverede. 3. Responds - Responder ved fuldt at integrere viden om traumer i politikker, praksisser og procedurer (29).

Find mere om de 3 R'er på wvpbis.org

Motivational Interviewing (MI): (18) MI er en dialog- og samarbejdsbaseret samtalemethode, der sigter mod at styrke borgerens egen motivation til at foretage forandringer. Grundtanken i MI er, at man bogstaveligt talt kan overtale sig selv til forandring. Derfor lægger MI særlig vægt på at få borgeren til at fortælle om den forandring, vedkommende ønsker - frem for at det er fagpersonen, der fortæller, hvad borgeren bør gøre (24).

Case management: Case management er en indsats, hvor den gravide kvinde har en fast kontaktperson, der hjælper hende med at navigere imellem forskellige hjælpetilbud. Det er en manualbaseret tilgang, som retter sig mod at hjælpe kvinden til at navigere og profitere af hjælpetilbud og behandling. Er afprøvet i et amerikansk RCT-studie med gode resultater (30).

3.4.2 Støtte og rusmiddelbehandling til partner

I indsatsen til en udsat gravid bør der anlægges et helhedssyn på familien, der inkluderer faren, den gravides evt. partner. For at partneren kan udgøre en ressource for den kommende mor og barnet, bør han/hun tilbydes støtte og hjælp til egne problemer, samt evt. rusmiddelbehandling. Støtten bør gives til partneren, for at denne er i stand til at være en støtte for den kommende mor og deltage i familiedannelsen. Partneren bør inddrages i de familieorienterede indsatser, der iværksættes (14; 31). Forskning viser, at kvindernes parforhold har central betydning for kvindernes udbytte af social rusmiddelbehandling og sociale indsatser (11; 31). I nogle tilfælde er partneren dog ikke umiddelbart en ressource for den gravide, fx som følge af omfattende rusmiddelforbrug.

Hjælp og støtte til partneren kan eksempelvis være i form af:

- Rusmiddelbehandling¹⁴.
- Alkoholbehandling¹⁵.
- Støtte til kommende forældreskab – fælles med den gravide og/eller individuelt.
- Understøtte tilknytning til barnet.
- Social støtte af praktisk, økonomisk eller pædagogisk karakter¹⁶.
- Støtte til at forstå den gravides situation, herunder hendes rusmiddelproblemer (14; 31).

14 Lov om social service § 101 (Se Bilag 2: Lovgivning)

15 Sundhedsloven § 141 (Se Bilag 2: Lovgivning)

16 Lov om social service, § 11 (se afsnit 3.4.1) og § 52 (Se Bilag 2: Lovgivning).

! Redskaber

HOPE: HOPE er en metode, som er målrettet far/partner til gravide med rusmiddelproblematikker og svær opioidafhængighed. Metoden kombinerer motivationsarbejde med rusmiddelbehandling og psykoedukation med fokus på at opøve forældrekompetencer. Metoden har en belønnende tilgang.

HOPE er afprøvet i et amerikansk RCT-studie med gode resultater (31).

3.4.3 Social rusmiddelbehandling

Som beskrevet flere gange er en hurtig og relevant behandlingsindsats for den gravides rusmiddelforbrug vigtig i forebyggelsen af rusmiddelskader hos det kommende barn og den gravide selv. Formålet med behandlingen er at støtte den gravide i at ophøre, reducere eller stabilisere sit rusmiddelforbrug, heraf afhjælpe de barrierer, der kan være for tilstrækkelig og stabil rusmiddelbehandling og understøtte hendes ressourcer. Kvinden skal støttes i at fastholde sin rusmiddelbehandling, og den tilbudte rusmiddelbehandling skal løbende justeres efter den gravides behov, der kan ændre sig undervejs.

En gravid med et forbrug af rusmidler skal tilbydes den behandlingsform, der forventes hurtigst muligt at hjælpe hende til at opnå rusmiddelophør, reduktion eller stabilisering (1) og bør altid kombineres med familiebehandling, således at rusmiddelbehandling og familiebehandling fremstår som en samlet indsats. Dette kræver et samarbejde mellem de centrale aktører og evt. nedsættelse af et tværgående team. Derudover skal samtykke fra kvinden og hendes eventuelle partner indhentes til deling af oplysninger.

Til borgere i behandling for rusmiddelbrug vil det ofte være hensigtsmæssigt at tilbyde en handleplan. Handleplanen kan erstattes af en helhedsorienteret behandlingsplan, når der, som for den aktuelle målgruppe, er tale om borgere med komplekse og sammensatte problemer, og hvor der er et koordinationsbehov. Borgeren skal give samtykke til, at handleplanen erstattes af en helhedsorienteret behandlingsplan (1).

§ Helhedsorienteret behandlingsplan

§ 101 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om social behandling efter stk. 1 på baggrund af en helhedsorienteret afdækning af personens problemer og behov.

Stk. 8. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at behandlingstilbuddet ved behandlingens start udarbejder en behandlingsplan, der har til formål at sikre sammenhæng mellem de problemer og behov, der er afdækket, jf. stk. 2, og den behandling, der iværksættes.

Find Lov om social service på retsinformation.dk

Medicinsk behandling bør koordineres mellem den behandlende læge på behandlingstilbuddet og familieambulatoriet. Kommunen kan i visitationen til den mest hensigtsmæssige behandlingsform med fordel indhente familieambulatoriets vurdering af, hvilken intensitet i behandlingen der bedst imødekommer kvindens behandlingsbehov.

De differentierede behandlingsindsatser opdeles i:

- Ambulant behandling
- Dagbehandling
- Døgnbehandling

Ambulant- og dagbehandling

Ambulant rusmiddelbehandling finder typisk sted i borgerens nærmiljø i modsætning til døgnbehandling. Centrale elementer i ambulant rusmiddelbehandling kan være rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling (1) med udgangspunkt i den gravides livssituation. Ambulant rusmiddelbehandling kan være hensigtsmæssig, når en gravid er i stabil rusmiddelbehandling og i et stabilt forløb i familieambulatoriet. Det kan også være tilfældet, når kvinden har hjemmeboende børn.

I tilfælde, hvor der vurderes behov for et intensivt ambulant behandlingsforløb, kan der tilbydes dagbehandling, hvor kvinden møder ind mandag til fredag i 5-8 timer dagligt og understøttes i sine mål i en kombination af individuelle samtaler, gruppesamtaler, aktiviteter og projektføløb (1).

I de tilfælde, hvor den ambulante behandling og dagbehandling ikke vurderes at være tilstrækkelig, bør den gravide tilbydes døgnbehandling, der kombinerer rusmiddel- og familiebehandling.

3.4.4 Faglig vurdering af behov for døgnbehandling

Døgnbehandling er det mest omfattende behandlingstilbud og retter sig generelt mod de mest udsatte med rusmiddelforbrug, hvor ambulante tilbud ikke vurderes at være tilstrækkeligt. En borger, der ikke kan hjælpes tilstrækkeligt med et ambulant tilbud, har ret til et døgntilbud (1). Det bør i hvert enkelt tilfælde vurderes, hvorvidt den gravide med et forbrug af rusmidler skal tilbydes døgnbehandling, før ambulant rusmiddelbehandling iværksættes. Hvis det faglige skøn tilsiger, at der er behov for døgnbehandling, skal dette iværksættes uopsætteligt.

Der kan være behov for døgnbehandling, når forbruget af rusmidler er så omfattende og livssituationen så belastet, at den gravide ikke er i stand til at profitere i tilstrækkelig grad af ambulant rusmiddelbehandling, og når det fortsatte rusmiddelbrug kan medføre skader for fosteret og kvinden selv. Døgnbehandlingsindsatsen skal tilrettelægges med afsæt i den helhedsorienterede udredning, den gravides individuelle behandlingsbehov og det kommende forældreskab. Centrale elementer i indsatsen kan fx være:

- Specialiseret lægelig rusmiddelbehandling herunder evt. substitutionsbehandling.
- Intensiv social rusmiddelbehandling.
- Psykologhjælp med fokus på at styrke kvindens ressourcer, tilknytning til det kommende barn og forældrekompetencer, samt arbejde med kvindens eventuelle traumer.
- Støtte til afklaring af boligsituation, økonomi, praktiske forhold, kontakt til netværk m.m.

- Støtte til fremmøde og deltagelse i møder med familieambulatoriet, familieafdeling og socialforvaltning i hjemkommune.
- Familiebehandling og støtte i forbindelse med udredning og udvikling af forældrekompetence og omsorgsforhold – herunder tilknytnings-, mentaliserings- og affektreguleringsevne.
- Evt. psykiatrisk behandling.

De forskellige elementer i en døgnbehandlingsindsats bør varetages af fagpersoner med tilstrækkelige sundheds- og socialfaglige kompetencer samt specialiseret viden om målgruppen.

Døgnbehandlingsindsatsen bør optimalt set geografisk finde sted i nærheden af et familieambulatorium eller hospital med fødeafdeling og neonatalafdeling med kompetence til at behandle gravide med et rusmiddelforbrug og spædbørn med abstinenssymptomer. Målgruppens graviditeter er højrisikograviditeter og kræver derfor hyppige kontroller og scanninger i graviditetsperioden. Det bør ligeledes være logistisk muligt for døgntilbuddets behandlere at kunne tilse den gravide på hospitalet, når hun er indlagt med eventuelle graviditetskomplikationer og ligeledes i barselsperioden for at sikre kontinuitet og ro for kvinden og det nyfødte barn (4).

Tilbageholdelse med samtykke

Jf. Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling skal gravide med et rusmiddelforbrug tilbydes en kontrakt med mulighed for tilbageholdelse med kvindens samtykke i forbindelse med døgnbehandling. Et højt specialiseret døgnbehandlingstilbud til målgruppen skal have kompetencer og fysiske rammer til at kunne tilbyde at effektuere en tilbageholdelse med kvindens samtykke.

Desuden bør døgnbehandlingstilbuddet have faglige procedurebeskrivelser og/eller retningslinjer for tilbageholdelse, som er tydelige og forståelige for den gravide, hendes pårørende og personalet på behandlingsinstitutionen. Procedurebeskrivelser/retningslinjer skal imødekomme etiske og retssikkerhedsmæssige problematikker, der kan være forbundet med tilbageholdelse. Den gravides kontakt til eventuelle børn, partner eller andre nære pårørende bør medtænkes i forbindelse med døgnbehandling.

§ Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling

§ 1. I forbindelse med tilbud om støtte til gravide stofmisbrugere i form af døgnophold i henhold til § 107, stk. 2, nr. 2, i lov om social service skal kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbruger at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse.

Stk. 2. For andre stofmisbrugere beslutter kommunalbestyrelsen, om kommunen vil benytte sig af denne lovs bestemmelser.

Stk. 3. Hvis kommunalbestyrelsen ikke giver tilbud efter stk. 1, kan der klages til Ankestyrelsen, jf. Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område kapitel 10

[Find Lov om tilbageholdelse på retsinformation.dk](#)

+ Praksis eksempler

Holding Tight® Treatment: Holding Tight® Treatment er et behandlingsprogram til gravide med rusmiddelforbrug. I Finland er der udrullet et behandlingsprogram, som specifikt er målrettet gravide og familier med rusmiddelforbrug, under navnet "Holding Tight® Treatment". I programmet kombineres rusmiddel- og familiebehandling. Mor og barn (og evt. partner) gennemgår 6-18 måneders intensiv behandling på et behandlingshjem. Behandlingen omfatter bl.a. støtte til omsorg for barnet og til at indgå i forælderrollen, samt rehabilitering af rusmiddeludfordringen. Peer-støtte indgår også som en del af behandlingen. Efter døgnopholdet bliver familien tilknyttet en ambulante behandlings- og opfølgningstilbud. Det er af afgørende betydning for den langvarige effekt af behandlingen og de dertilhørende samfundsøkonomiske og sociale afledte effekter, at behandlingsperioden er tilstrækkelig lang. Et af resultaterne er, at 2/3 af familierne undgår, at børnene efterfølgende bliver anbragt uden for hjemmet. Der findes syv døgnbehandlingshjem og ni ambulante tilbud, som er en del af Holding Tight® Treatment i Finland i 2021.

[Læs mere om Holding Tight® Treatment system på issuu.com](#)

Borgestadklinikken: I Norge tilbyder bl.a. Borgestadklinikken døgnbehandlingsindsatser til udsatte gravide med rusmiddelforbrug. Borgestadklinikken er ejet af Blå Kors, der har særlige sektioner med døgnpladser for gravide og småbørnsfamilier. Behandlingen for gravide/forældre tager udgangspunkt i miljøterapi med individuelle- og gruppeterapiforløb. I forløbet indgår der, bl.a.; medicinsk behandling, rusmestring, hjælp til at skabe struktur og rutiner/hverdagskompetencer, forældrevejledning m.m. Behandlingen tilpasses den enkeltes behov. Barnefar/partner kan indgå i behandlingen. Døgnbehandlingen indgår i et pakkeforløb, der skal sikre god koordinering og opfølgning på familien, sikre omsorg for mor og barn, forebygge/minimere fosterskader af rusmiddelbruget, sikre forberedelse til forælderrollen og overgange til andre forløb. Borgestadklinikken er organiseret under den Tverrfaglig Specialiseret Behandling (TSB), der er et fagfelt inden for specialhelsetjenesten.

[Læs mere om Borgestadklinikken på blakors.no](#)

3.4.5 Forberedelse til fødsel og ophold på barselsgangen

Det er vigtigt, at den gravide, så tidligt som muligt, forberedes på og inddrages i hvilke indsatser og forløb der sættes i gang, når hun har født.

Svangreomsorg

I familieambulatoriet varetager læger, jordemødre, psykologer og socialrådgivere svangreomsorgen og forbereder den gravide frem til fødslen og den første tid med barnet. Familieambulatoriet kontakter desuden sundhedsplejen med henblik på tidlig kontakt i graviditeten. Det anbefales, at sundhedsplejersken aflægger graviditetsbesøg i hjemmet gerne med deltagelse af en

medarbejder fra familieambulatoriet, hvis kvinden og hendes partner er interesseret i dette.

Plan for socialfaglige indsatser

Den ansvarlige kommune bør udarbejde en handleplan, med formålsbeskrivelse, konkrete udviklingsfokuspunkter, beskrivelse af nødvendig indsats samt tidsestimat for støttens varighed og opfølgning information. Planen bør udarbejdes i tæt samarbejde med kvinden, familieambulatoriet/fødestedet og andre relevante aktører og være tilgængelig i god tid for samarbejdsparter inden fødslen og omfatte en beskrivelse af opgave- og ansvarsfordeling, samt hvilke initiativer der er sat i værk. Den bør desuden indeholde oplysninger om kontakt-

personer hos de centrale aktører, samt hvem der kan kontaktes i hastetilfælde, hvis kontaktpersonen ikke kan træffes (32).

I tiden efter fødslen bør der, med samtykke fra kvinden, være særlig fokus på deling af viden og koordinering af den samlede indsats mellem hidtidige og nye aktører i den samlede indsats til familien, så det sikres, at vigtig viden om kvinden og barnet ikke går tabt i overgangen mellem sektorer og tværfaglige indsatser. Der bør udarbejdes en plan for det videre forløb efter fødslen, hvori eventuelle aftaler om ophold på barselsgang, amning og udskrivning til fx sundhedsplejen fremgår.

Handleplanen skal sikre, at formålet med foranstaltningen er beskrevet, og at der er klart mål for indsatsen. Kommunalbestyrelsen kan selv bestemme, hvordan den vil sikre, at den nødvendige faglige viden om f.eks. rusmiddelbehandling bliver inddraget ved udarbejdelsen af handleplaner til personer med afhængighed af rusmidler under 18 år. Kommunalbestyrelsen kan således vælge at trække på ekspertisen i de tilbud, som drives i regionen eller i et tilbud, som de selv har oprettet. Kravet om planlægning af indsatsen, før denne iværksættes, skal bidrage til en kontinuitet i børnesagerne. Dette gælder både, når en anbringelse sker med samtykke eller iværksættes tvangsmæssigt. Ved en akut anbringelse skal der efterfølgende udarbejdes en plan for anbringelsen.

§ Handleplan

§140. stk 1 Kommunalbestyrelsen skal udarbejde en handleplan, inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, jf. §§ 52, 76 og 76 a. Betyder hensynet til barnet eller den unge, at man ikke kan afvente udarbejdelsen af en handleplan, er en kortfattet angivelse af formålet med foranstaltningen tilstrækkelig. Det påhviler da kommunalbestyrelsen snarest muligt og senest inden 4 måneder at opstille en handleplan.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Anbringelse

Den gravide, partneren eller barnet kan have så svære problemstillinger, at barnet skal anbringes efter fødslen. Beslutningskompetencen for en anbringelse ligger i kommunen, der kan træffe afgørelse om at anbringe et barn med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, jf. Lov om social service, § 52, stk. 3, nr. 7. Såfremt forældremyndighedsindehaveren ikke ønsker, at samtykke til en anbringelse kan kommunen anbringe et barn uden samtykke, jf. Lov om social service, § 58. En sådan afgørelse skal forelægges for det kommunale børn og unge-udvalg.

Kommunen bør sikre, at den gravide og evt. partner er forberedt bedst muligt på de foranstaltninger, der måtte foretages efter fødslen, og informere på en respektfuld og omsorgsfuld måde, der tager højde for forældrenes og barnets sårbare situation. I særlige tilfælde kan det blive vurderet af den ansvarlige myndighed, at det er uhensigtsmæssigt at informere forældrene om mulig anbringelse grundet risiko for barnets sikkerhed. Forud for at der træffes afgørelse, om evt. anbringelse kan beslutningsgrundlaget evt. drøftes af relevante centrale aktører omkring den enkelte gravide.

§ Anbringelse med og uden samtykke

Med samtykke - Lov om social service, 52, stk. 3, nr. 7

Uden samtykke - Lov om social service, § 58

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Adoption

Såfremt den gravide/parret ytrer ønske om at bortadoptere deres barn, bør den kommunale myndighed vejlede og støtte de kommende forældre i at opnå kontakt til Familieretshuset, som forestår sagsbehandlingen vedrørende frivillige adoptioner.

Hvis kommunen forventer, at barnet skal anbringes for en længere årrække, skal kommunen overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets opvækst taler for, at barnet i stedet bliver adopteret, jf. Lov om social

service, § 68 d. Kommunen skal i sådanne situationer sikre, at der bliver iværksat de relevante undersøgelser, også under graviditeten, så der træffes de rette beslutninger og sættes ind med relevant hjælp og støtte hurtigst muligt (33). Indstillinger til adoption uden samtykke skal forelægges det kommunale børn- og ungeudvalg til vurdering, mens afgørelsen træffes af Ankestyrelsen.

Når et barn anbringes uden for hjemmet eller bortadopteret efter fødslen bør fagpersoner have øget opmærksomhed på at støtte kvinden i at modtage rusmiddelbehandling og relevante social- og sundhedsfaglige indsatser, herunder præventionsrådgivning. Derudover bør relevant viden om kvindens rusmiddelforbrug i graviditeten formidles til fagpersoner, som skal følge barnets udvikling og trivsel¹⁷ som fx børnesagsbehandlere, sundhedsplejerske, praktiserende læge.

§ Adoption

Lov om social service § 68 d

I forbindelse med en afgørelse om anbringelse af et barn eller en ung uden for hjemmet efter § 52, stk. 3, nr. 7, jf. § 52, stk. 1, eller § 58 eller efter § 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet, hvor det må antages, at barnet eller den unge vil være anbragt i en længere årrække, skal kommunalbestyrelsen overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets eller den unges opvækst taler for, at barnet eller den unge i stedet bliver adopteret

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](https://retsinformation.dk)

! Redskaber

Håndbog for det gode anbringelsesforløb i familiepleje: Socialstyrelsen har udarbejdet en håndbog, der er målrettet kommunerne og giver konkrete bud på, hvordan man opnår kvalitet i sagsbehandlingen og ved anbringelsen, så barnet får mulighed for en tryk overgang og opvækst. Håndbogen fungerer som et konkret redskab til at arbejde struktureret og systematisk med de forskellige dele i en anbringelse fra det besluttes, at et barn skal anbringes, til plejefamilien vælges, barnet skifter plejefamilie, flytter hjem, eller evt. tilbydes efterværn (33).

¹⁷ Læs mere herom i [Forløbsbeskrivelse. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal rusmiddeleksponering og afhængighedsskabende medicin.](#)

Casebeskrivelse – indsatser

Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Josefine og Lasse indkaldes ugen efter den første samtale i familieambulatoriet til samtale med en myndighedssagsbehandler fra børn- og familieafdelingen i deres kommune. Parret bliver informeret om, at der i løbet af graviditeten vil blive udarbejdet en § 50 undersøgelse, der skal hjælpe med at pege på parrets behov for hjælp og støtte.

På baggrund af anbefalinger i § 50 undersøgelsen og i samarbejde med parret opstartes et forløb i kommunens familiehus med tilbud om samtaler med socialrådgiver, psykolog og sundhedsplejerske med fokus på ekstra støtte og tidlig deltagelse i mødre-/ fædre-/ forældregruppe.

Parret udebliver i forløbet fra aftaler både i rusmiddelbehandlingstilbuddet med familieambulatoriet og sagsbehandler. Parret får tilknyttet en mentor fra familiehuset, der kommer hjem til parret en gang om ugen og støtter dem i at møde op til planlagte aftaler og hjælper med praktiske forberedelser til at skulle være forældre. Herefter begynder parret at møde stabilt op til møderne, samarbejder og udvikler sig og får lavet de praktiske forberedelser til, når barnet kommer.

I løbet af graviditeten afholdes flere tværfaglige netværksmøder med deltagelse af parret og relevante samarbejdspartnere (sagsbehandler, rusmiddelbehandler, mentor, jordemoder og socialrådgiver fra familieambulatoriet samt sundhedsplejerske). Konklusionen på møderne er, at parret er inde i god udvikling og med hjælp og støtte er klar til at tage imod deres barn i eget hjem. Parret bliver skrevet op til en lejlighed og flytter i deres egen lejlighed fire uger før fødslen, og Josefine føder til terminen en dreng på 3250 gram.

3.5 Opfølgning

For alle kvinder er det en stor omvæltning at blive mor, og udsatte kvinder med en rusmiddelproblematik har særligt brug for hjælp og støtte, når barnet er kommet til verden. I løbet af de første måneder som småbørnsfamilie kan der være brug for hjælp til at holde fast i rusmiddelophøret og andre ændringer, som graviditeten og det at blive en ny familie har bragt med sig. Parforholdet kan, som det er tilfældet i alle småbørnsfamilier, komme på prøve, og man kan som nybagt mor være usikker på, om man gør alting godt nok. Nogle kvinder og nye familier har ikke et godt socialt netværk at læne sig op ad, og undersøgelser peger på, at social isolation kan udgøre en risiko for depression og genoptagelse af rusmiddelforbrug (14). Det er derfor vigtigt, at der efter fødslen følges op på de indsatser, der er iværksat under graviditeten, og at evt. nye eller andre indsatser iværksættes hurtigst muligt, efter barnet er født.

I de tilfælde, hvor mor og barn indlægges efter fødslen, er det vigtigt, at støtte iværksættes allerede på barselsgang eller neonatalafdeling. En indlæggelse må ikke medføre en pause i forhold til koordineringen af de sociale problematikker, selvom indlæggelsesgrundlaget er somatisk.

Støtte efter fødslen kan tilbydes på mange forskellige måder og i forskellige kontekster. Den tværfaglige- og tværsektorielle koordinering mellem de relevante aktører i den enkelte sag bør fortsætte for at sikre, at de enkelte elementer af indsatsen udgør en koordineret og samlet indsats, der løbende kan justeres og tilpasses til barnets, kvindens og familiens aktuelle behov.

Nedenfor beskrives kerneelementerne i opfølgningsindsatserne til målgruppen. Opfølgningen bør fortsat koordineres mellem de involverede sektorer. Derudover vil det være relevant at involvere lokale tilbud til familierne i civilsamfundet, der kan bidrage med netværksdannende aktiviteter og rådgivning.

Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille startes op i stabiliserende medicinsk behandling i samarbejde med familieambulatoriets læge og tilbydes døgnbehandling for sit rusmiddelforbrug. Forud for indskrivningen bliver Kamille tilbudt at indgå en kontrakt om frivillig tilbageholdelse, hvilket hun dog ikke ønsker. Da Kamille er blevet indlogeret i døgnbehandlingstilbuddet, får hun sin første samtale med den rusmiddelbehandler, der er hendes faste kontaktperson under hendes ophold.

Der etableres inden for få dage et tæt og koordineret samarbejde mellem Kamille, det regionale hospital, der ligger tættest på døgnbehandlingstilbuddet, familieambulatoriet og døgninstitutionen. Samtidigt lægges der en plan for gradvis nedtrapning af Kamilles substitutionsmedicin inden fødslen. For at skåne fosteret foregår nedtrapningen meget langsomt over flere måneder frem mod det forventede fødselstidspunkt.

Kamille taler med sygeplejersken på det regionale hospital og en familiebehandler, som er tilknyttet døgnbehandlingstilbuddet, om det at skulle være mor, hendes egen barndom og hendes bekymring for, hvorvidt hun får mulighed for at beholde sit barn efter fødslen. Kamilles rusmiddelbehandler fra det kommunale behandlingstilbud og sagsbehandler fra hjemkommunens familieafdeling følger løbende op på døgnbehandlingen og er i kontakt med Kamille om, hvad der skal ske efter opholdet på døgninstitutionen.

Kamilles kommune visiterer Kamille til et mor-barn hjem, hvor hun efter døgnbehandlingen skal opholde sig frem til og efter sin fødsel sammen med sit barn. 14 dage inden termin får Kamille hjælp til at flytte til mor-barn hjemmet, så hun når at finde sig til rette inden fødslen. Både før og efter fødslen er der fortsat fokus på stabilisering af Kamilles rusmiddelproblematikker og på familiebehandling, der forbereder Kamille på at blive mor. Under hele opholdet er der tæt dialog og koordinering mellem Kamille, mor-barn hjemmet, familieambulatoriet, sagsbehandler i børn- og familieafdelingen og det kommunale rusmiddeltilbud.

Desuden hjælper mor-barn-hjemmet Kamille med at genetablere kontakt til familiemedlemmer, der kan støtte hende fremover.

3.5.1 Fortsat støtte og opfølgning i socialfaglige indsatser

Den socialfaglige støtte og opfølgning kan være afgørende for en positiv start for kvinden og/eller parret som ny familie. Fokus i indsatserne bør tage udgangspunkt i de indsatser, der fremgår af handleplanen, samt nye og tilkomne fokuspunkter, der skal tilføjes i handleplanen. Endvidere tages der stilling til, om de iværksatte indsatser fortsat vurderes relevante, og om de evt. skal justeres i omfang, eller der er brug for andre tilbud. Der vil desuden være fokus på generel trivsel, fx i hjemmet eller på anbringelsesstedet. Opfølgning og beslutning om det videre forløb sker i samarbejde med forældrene og med inddragelse af de fagpersoner, der har med forældrene og barnet at gøre.

Støtte til etablering af en god og tryk hverdag

Støtte til etablering af en god og tryk hverdag i den ny familie kan ligesom i graviditetsmånederne være i form af hjemmebesøg med individuelle samtaler og parsamtaler i samarbejde med sundhedsplejen. Samtalerne kan omhandle fx tilknytning mellem forældrene og barnet, pleje af og omsorg for det spæde barn, struktur i hverdagen, samt roller og opgaver, i den nye familie m.m. (14). Støtte til tilknytning og mentalisering kan med fordel være i form af psykoterapi kombineret med generel familiebehandling (34).

Støtte til at få økonomien og den praktiske hverdag til at fungere

I forlængelse af hjælpen til at få struktur på den nye hverdag kan der være behov for hjælp til at få styr på økonomien, oparbejde praktiske rutiner omkring barnet

m.m. Kommunen skal tilbyde sundhedspleje efter behov, hjælp, omsorg eller støtte og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af særlige sociale problemer.

Hjælp til at opbygge og fastholde positive sociale relationer og netværk

Målgruppen kan have skrøbelige sociale relationer og fællesskaber, fx med udgangspunkt i et lokalt rusmiddel miljø, der har en negativ effekt på kvindes bestræbelser på at opnå rusmiddelophør, reduktion eller stabilisering. Støtte til at opbygge nye sociale relationer og netværk samt understøttelse af eksisterende, positive relationer kan bidrage til at fastholde kvinden i en positiv udvikling og understøtte den ny familie. Sociale tilbud til målgruppen kan eksempelvis være specialiserede mødre-, fædre- eller forældregrupper, barselscaféer mv. for nybagte familier med en rusmiddelhistorik.

I understøttelsen af eksisterende, positive relationer bør det tages i betragtning, at kvindens familie og/eller sociale relationer kan have egne sociale udfordringer. Forældre, kærester eller søskende, som gerne vil støtte kvinden i hendes graviditet og rusmiddelbehandling, kan således selv have en historik med rusmidler og/eller være socialt udsat på andre måder. Der er derfor behov for, at sociale indsatser understøtter positive relationer, såvel som grænsesætning i mere vanskelige relationer, da den enkelte kvindes eksisterende sociale netværk kan have begrænsede ressourcer til at støtte hende (35).

Opfølgning og støtte til forældre, hvis barn bliver anbragt uden for hjemmet

Hvis barnet bliver anbragt uden for hjemmet, bør forældrene støttes i den proces. Forældre til anbragte børn skal tilbydes en støtteperson, jf. Lov om social service, § 54, som kan støtte op om forældrene, når deres barn er anbragt uden for hjemmet. Det kan fx være hjælp til at mestre de konfliktfyldte følelser, der kan være forbundet med, at man ikke kan have sit barn hjemme. Dernæst kan § 54 støttepersonen hjælpe med kommunikation med myndighed på børne- og ungeområdet både mht. møder og afgørelser og lign. på skrift. Af Lov om social service, § 54 fremgår det bl.a., at støtten så vidt muligt skal medvirke til at løse de problemer, som har været årsag til anbringelsen med henblik på at støtte forældrene i at varetage omsorgen for barnet ved evt. hjemgivelse eller samvær med barnet under anbringelsen.

Der skal udarbejdes en særskilt handleplan for støtten. Udarbejdelse af særskilt handleplan, jf. Lov om social service, § 54, kan dog fravige, såfremt forældrene samtykker, til at der udarbejdes en helhedsorienteret plan for begge forældre, når der er tale om forældre med komplekse og sammensatte problemer, hvor der ellers skal udarbejdes flere planer for indsatser, og hvor et koordinationsbehov gør sig gældende. Denne ordning er frivillig.

§ Støtte til forældrene når børn bliver anbragt

Lov om social service, § 54

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forældremyndighedens indehaver en støtteperson i forbindelse med barnets eller den unges anbringelse uden for hjemmet, jf. § 52, stk. 3, nr. 7, eller § 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet.

Stk. 2. Under barnets eller den unges anbringelse uden for hjemmet efter § 52, stk. 3, nr. 7, eller § 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet skal kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om støtte til forældrene efter stk. 1, efter § 52, stk. 3, eller efter anden lovgivning. Støtten skal så vidt muligt medvirke til at løse de problemer, som har været årsag til anbringelsen med henblik på at støtte forældrene i at varetage omsorgen for barnet eller den unge ved en eventuel hjemgivelse eller i samvær med barnet eller den unge under anbringelsen. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte en særskilt plan for støtten til forældrene.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at kravet om den særskilte plan for støtten til forældrene, jf. stk. 2, kan fraviges, og at forældrene i stedet tilbydes en helhedsorienteret plan for en eller begge forældre, når der er tale om forældre med komplekse og sammensatte problemer, hvor der kan eller skal udarbejdes flere planer for indsatserne, og hvor der er et koordinationsbehov forbundet hermed. Forældrene skal give samtykke til, at den særskilte plan erstattes af en helhedsorienteret plan.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Kommunen skal tilbyde advokatbistand til forældremyndighedsindehaveren, hvis der etableres foranstaltninger uden forældrenes samtykke, eller kommunen ønsker sagen behandlet i Børne- og Ungeudvalget, jf. Lov om social service, § 72.

+ Praksiseksempler

Dit rum: Dit rum har fokus på at opspore og fastholde nybagte forældre/familier med rusmiddelproblematikker. Dit Rum holder til i Glostrup og tilbyder mødre at deltage i babygrupper som supplement/erstatning for den mødregruppe, de bliver tilbudt i hjemkommunen, som de ofte fravælger. Dit Rum er en håndholdt indsats og satellitfunktion, der skal sikre en tryk og håndholdt overgang fra, fx Familieambulatoriet, så familien ikke "forsvinder" og først dukker op igen, når der fx er problemer med barnet i børnehaven/skolen.

[Læs om Dit rum på ditrum.nu](#)

Cafe Tumlingen: Cafe Tumlingen er et mødested for familier, der aktuelt får eller tidligere har fået hjælp fra Familieambulatoriet i Region Nordjylland. Caféens frivillige er på skift læger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, pædagoger m.fl., som familierne kender fra Familieambulatoriet. Familierne mødes og taler uformelt om det sjove og det dejlige ved at være forældre og om praktiske problemer med børnepasning, men også indimellem om de svære ting, der er forbundet med det tidligere misbrug. Caféen har til huse i Aalborg, Frederikshavn og Vrå og har åbent en dag hvert sted pr. måned. For at være med skal man være stoffri/ædru. Der serveres gratis varm mad, og man kan få hjælp med transporten til caféen.

[Læs om Cafe Tumlingen på cafetumlingen.dk](#)

3.5.2 Fortsat støtte og opfølgning i rusmiddelbehandlingen

Rusmiddelbehandling bør fortsætte efter fødslen, uanset om kvinden er ophørt med sit forbrug eller ej. Tiden efter fødslen kan være sårbar og vanskelig og graviditeten og forventningen om at blive mor, er ikke længere en motiverende faktor for et rusmiddelophør. Samtidigt kan tiden med et spædbarn (der kan have følger af rusmiddeleksponering) og den store omvæltning, det er at blive mor og en ny familie, øge risikoen for tilbagefald.

Fortsat rusmiddelbehandling eller opfølgende behandling kan derfor være helt afgørende, samt at kvinden og evt. hendes partner bør tilbydes specialiseret støtte (1).

Rusmiddelbehandlingen kan bestå i:

- Fortsat ambulat rusmiddelbehandling, kombineret med familiebehandling i hjemmet.
- Tilbagefaldsforebyggende, ambulat behandling kombineret med familiebehandling.
- Ophold på en døgntilbud med fokus på både rusmiddelbehandling og understøttelse af familiedannelse.

Fortsat ambulat behandling er en fortsættelse af den rusmiddelbehandling, som blev igangsat før eller under graviditeten. Hvis kvinden ikke er ophørt med sit forbrug af rusmidler, vil der være fokus på reduktion og ophør. Efter fødslen bør der i kvindens behandling tages højde for hendes nye livssituation som mor, heraf bør behandlingsindsatsen justeres herefter. Der bør i kvindens behandlingssamtaler og indsatser være opmærksomhed på koordinering med familiebehandling i tæt samarbejde med den kommunale familieafdeling.

I de tilfælde, hvor en mor og evt. partner har opnået rusmiddelophør, tilbydes behandling med fokus på forebyggelse af tilbagefald (1). Rusmiddelbehandling bør kombineres med familiebehandling i et samarbejde mellem behandlingstilbuddet og familieafdelingen.

En sårbar ny mor med en rusmiddelproblematik, hendes barn og evt. partner kan have behov for ophold på en familie-døgninstitution, så de kan få støtte til familiedannelse, tilknytning mellem forældre og barn og støtte i rusmiddelophør, fortsat reduktion eller stabilisering af fx substitutionsmedicin. De dele af familiens netværk, der kan bidrage til den nye familie med støtte og stabilitet, bør inddrages aktivt, da kvindens og parrets sociale forhold kan være afgørende for, hvor udfordrende det er at fastholde rusmiddelophør, reduktion eller stabilisering.

3.5.3 Fortsat støtte og opfølgning i sundhedsfaglige indsatser

Familieambulatoriet bør medvirke til, at relevante parter inviteres til udskrivelseskonference, når mor og barn udskrives efter fødslen.

Efter fødslen bør der fortsat være fokus på kvindens fysiske og psykiske sundhed. Kvinden vil som alle andre blive tilbudt besøg fra sundhedsplejerske, som blandt andet har fokus på tilknytning til barnet, barnets fysiske og psykiske trivsel, amning eller vejledning om modermælkerstatning, søvn og anden sundhedsplejerådgivning. Desuden tilbydes kvinden i de fleste af landets kommuner en undersøgelse for tegn på fødselsdepression. Kvinden opfordres til at blive undersøgt hos egen læge otte uger efter fødslen, hvor der blandt andet følges op på kvindens fysiske og psykiske sundhed, amning samt prævention. Ligeledes bør jordemor og sundhedsplejerske have opmærksomhed på amning og prævention. Familieambulatoriet kan ved behov medvirke i kommunens planlægning og koordinering af støtteforanstaltninger til moren efter udskrivelsen.

Kvinder, som i graviditeten har været fulgt i familieambulatoriet, kan blive tilbudt en efterfødselssamtale i familieambulatoriet. De regioner, der tilbyder børneopfølgning for rusmiddeleksponerede børn i regi af familieambulatoriet, følger barnets trivsel og udvikling efter fødslen og frem til skolestart/det 18. år¹⁸ med opfølgende undersøgelser hos læge og psykolog¹⁹ Familieambulatoriets opfølgninger variere fra region til region og skal ses som et supplement til den kommunale indsats til barnet og familien.

18 Børneopfølgningen varierer fra region til region. Region Midt tilbyder at følge det rusmiddeleksponerede barn til det 18. år, Region Nord og Syd til skolealderen. Region Sjælland og Hovedstaden har ikke på nuværende tidspunkt børneopfølgning i deres familieambulatorier.

19 Se, hvilke undersøgelser der tilbydes i børneopfølgningen i [Forløbsbeskrivelsen for Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin](#) – Bilag 3 Familieambulatorierne.

Casebeskrivelser – opfølgning

Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Josefine og Lasse bliver tilknyttet et kommunalt tilbud, "Familiestedet", til sårbare gravide og nybagte forældre, hvor de følges i det første år og bl.a. får løbende besøg af en familierapeut i hjemmet i samarbejde med sundhedsplejersken. Familierapeuten og sundhedsplejersken støtter forældrene i forælderrollen, og har hyppig opfølgning med sagsbehandler i børne- og familieafdelingen og forældrene.

Et halvt år efter at barnet er født, observerer familierapeuten, at familien har det svært, og indsatsen intensiveres i en kortere periode. Indsatsen koordineres med sundhedsplejerskens styrkede indsats indtil familien, og barnet er i trivsel igen.

Josefine fortsætter sit tilbagefaldsforebyggende forløb i rusmiddelbehandlingstilbuddet, indtil hun vurderes at være stabil. Lasse fortsætter i ambulans rusmiddelbehandling. Josefine bliver tilbudt økonomisk støtte til prævention, som bookes i forbindelse med efterfødsels samtale med jordemoder.

Parret er i stand til med hjælp og støtte at skabe et trygt omsorgsmiljø og en tryk tilknytning til barnet, der er i trivsel og alderssvarende udvikling.

Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Efter fødslen bliver Kamille og hendes barn på mor-barn hjemmet nogle måneder, hvor Kamille får støtte og vejledning i at tage sig af sit spædbarn og etablere tilknytning mellem hende og barnet. I samme periode skal Kamilles hjemkommune træffe beslutning om, hvorvidt barnet skal anbringes uden for hjemmet, eller om Kamille kan få sit barn med hjem, som hun ønsker. Kamilles hjemkommune konkluderer på baggrund af forløbet på mor-barn hjemmet, at Kamille er i stand at tage sig af sit barn, og at barnet er i trivsel og i alderssvarende udvikling, og at hun med forebyggende foranstaltninger kan have sit barn hjemme hos sig.

Kamilles kommune skaffer en bolig til Kamille, og det kommunale rusmiddelcenter har løbende samtaler med Kamille, sådan at hun støttes i at fastholde sin stabilisering på lav dosis substitutionsterapi, og tilbagefald forebygges. Rusmiddelcenteret aftaler med Kamille, at hun skal fortsætte i behandling, når hun kommer tilbage til sin hjemkommune efter opholdet på mor-barn hjemmet.

Sundhedsplejersken har ved sine besøg på mor og barn hjemmet talt prævention med Kamille, og der er med økonomisk støtte fundet en præventionsform, som passer Kamille.

4. ORGANISERING OG SAMARBEJDE



En helhedsorienteret indsats til målgruppen tager udgangspunkt primært i Sundhedsloven og Lov om social service og iværksættes af fagpersoner, der er tilknyttet forskellige sektorer og forvaltningsområder. En planlagt, målrettet og systematisk proces, der involverer alle relevante fagpersoner og fagkompetencer, er en central forudsætning for, at en koordineret indsats skaber de ønskede resultater, og at barnet og den nye familie får den bedst mulige start.

4.1 Aktører

De centrale aktører i indsatserne til en gravid i målgruppen er familieambulatoriet²⁰, den kommunale myndighed i familieafdelingen og den kommunale rusmiddelbehandling, evt. i samarbejde med den kommunale myndighed på voksenområdet. Der bør være en klar aftale mellem aktørerne om, hvem der har det primære ansvar for koordineringen af indsatserne. Det er vigtigt, at alle aktører påtager sig et ansvar for at videregive relevant information og for selv at indhente den information, de måtte mangle fra hinanden og andre aktører.

Nedenstående figur 2 giver en oversigt over, hvornår centrale aktører yder en indsats i forhold til et graviditetsforløb. Efter figuren beskrives kort, hvilken rolle øvrige aktører kan have i indsatserne til målgruppen henholdsvis før, under og efter graviditeten.

4.1.1 Før graviditet

For at minimere risikoen for uønskede graviditeter, og at børn fødes med rusmiddelrelaterede skader, er en forebyggende indsats afgørende. Aktører, som er i kontakt med kvinder med rusmiddelforbrug, som ønsker at blive gravide, bør således sikre, at kvinden og hendes eventuelle partner får rådgivning om graviditet, prævention og livsstil. Det kan ske ved henvisning til familieambulatorium og/eller praktiserende læge, kommunal familieafdeling og/eller rusmiddelbehandlingstilbud.

4.1.2 Under graviditeten

Andre aktører er praktiserende læge, sundhedsplejerske, psykiatri, familiebehandling på døgninstitution, øvrig familiebehandling, døgnbehandling for rusmiddelproblematik, bo støtte, mentor, kriminalforsorg, jobcenter og civilsamfundsorganisationer. De centrale aktører bør undersøge, hvilke øvrige aktører der er i kontakt med den gravide eller bør involveres i den samlede indsats. Øvrige aktørers indsatser bør koordineres med eller integreres i den samlede helhedsorienterede indsats, som ydes af hovedaktørerne.

Der bør være en særlig opmærksomhed på:

Den praktiserende læge, som foretager de forebyggende graviditetsundersøgelser. Lægen modtager og videresender relevante oplysninger til og fra familieambulatoriet efter samtykke fra kvinden. Derudover skal lægen informere alle gravide om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkohol- og rusmiddelforbrug i graviditeten. Hvis der er samtykke hertil, kan lægen deltage i koordinerende møder og/eller læse referat heraf.

Sundhedsplejersken bør komme ind tidligt i forløbet for at opbygge en tillidsrelation til de kommende forældre og etablere samarbejdet med den kommende familie. Det foregår bedst i samarbejde med jordemoderen, der evt. også kan deltage i sundhedsplejerskens graviditetsbesøg i hjemmet, hvis de kommende forældre ønsker det, og det er en mulighed for jordemødre i regionen. Når sundhedsplejersken bliver kontaktet om en gravid kvinde i målgruppen, skal hun tilbydes et besøg i graviditeten til afklaring af hendes behov for sundhedsplejerskestøtte og opstart af relevante indsatser. Sundhedsplejersken kan tilbyde flere besøg i løbet af graviditeten og bør indgå i et tæt samarbejde med den kommunale familieafdeling og Familieambulatoriet. Derudover skal familieambulatoriet inddrage sundhedsplejersken i netværksmøderne.

Psykiatrien orienteres om udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug, der er i psykiatrisk behandling. Psykiatrien bør inddrages tidligt i koordinerende møder og eventuelle indsatser. Der bør desuden ske koordinering mellem relevante psykiatriske enheder og familieambulatoriet vedrørende medicinsk behandling (32).

²⁰ Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser – hvor det fremgår, hvilke indsatser der tilbydes fordelt på de fem regioner.

	Periode			
	Før graviditet	Graviditet	Efter fødslen	
Centrale aktører	Sundhedsområdet			
	Almen praksis	●	●	●
	Psykiatri	●	●	●
	Familieambulatorie		●	●
	Rusmiddelbehandling			
	Rusmiddelbehandling - ambulans	●	●	●
	Døgntilbehandling		●	●
	Pårørende og civilsamfund			
	Civilsamfunds-organisationer	●	●	●
	Pårørende, fx partner	●	●	●
	Kommunale indsatser			
	Familieophold		●	●
	Den kommunale Familieafdeling	●	●	●
	Den kommunale sundhedstjeneste		●	●
	Øvrige			
Øvrige opsporende indsatser	●	●		

Figur 2: Mulige aktører i målgruppens graviditetsforløb

Civilsamfundsorganisationer, som fx Røde Kors, Mødrehjælpen, Blå Kors, Red Barnet, TUBA og Dit Rum, er specialiserede i at yde frivillig hjælp til udsatte børn og familier. De kan yde psykosocial støtte til familier, økonomisk støtte som julehjælp eller indretning af ny bolig, arrangere aktiviteter med et pædagogisk og socialt fokus, etablere netværk mod ensomhed m.v. Evalueringer viser, at frivillig støtte til familier i en udsat position bl.a. kan:

- Støtte der, hvor familien selv tilkendegiver at have et behov (uden at fordømme/definere familiens problemstilling).
- Give forældre, en større tro på egne forældreevner (empowerment).
- Bidrage med hjælp til selvhjælp til bedre hverdagsrutiner.
- Gøre det lettere at overkomme hverdagen (fx få styr på post, økonomi, at søge en bolig osv.).
- Give håb om en lysere fremtid.
- Afhjælpe ensomhed.
- Skabe netværk.

4.1.3 Efter fødslen

Som det fremgår af afsnit 3.5, er det vigtigt, at der bliver fulgt op med støtte til familien efter fødslen. Den tværfaglige- og tværsektorielle koordinering mellem de relevante aktører i den enkelte sag bør fortsætte for at sikre, at familien får en koordineret og samlet indsats, der løbende justeres og tilpasses til barnets, kvindens og familiens aktuelle behov.

Herudover følger den praktiserende læge op på kvinden og barnet efter fødslen, og Familieambulatoriet følger ligeledes op med efterfødselssamtaler, om bl.a. prævention ligesom, at sundhedsplejersken, ved sine besøg i familien, har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Civilsamfundsorganisationer kan også støtte med psykosociale, økonomiske, og pædagogiske indsatser på samme måde som under graviditeten.

4.1.4 Eksempler på aktører, der skal involveres

Figur 3 illustrerer omfanget af sandsynlige, øvrige aktører og potentielle samarbejdspartnere for de tre centrale aktører og den gravide i målgruppen. Der bør samarbejdes og koordineres mellem alle de instanser, der er relevante for at sikre en sammenhængende indsats for den enkelte gravide. Det anbefales, at de centrale aktører udpeger en tovholder/koordinator, der sikrer inddragelse af den gravide og skaber sammenhæng.

4.2 Samarbejde og koordinering

Koordinering af den samlede indsats er afgørende for at sikre sammenhæng mellem de delindsatser, som forskellige tilbud og fagpersoner leverer. Koordinering sker gennem samarbejde mellem relevante fagpersoner, sektorer og forvaltninger – og med den gravide og evt. partner.

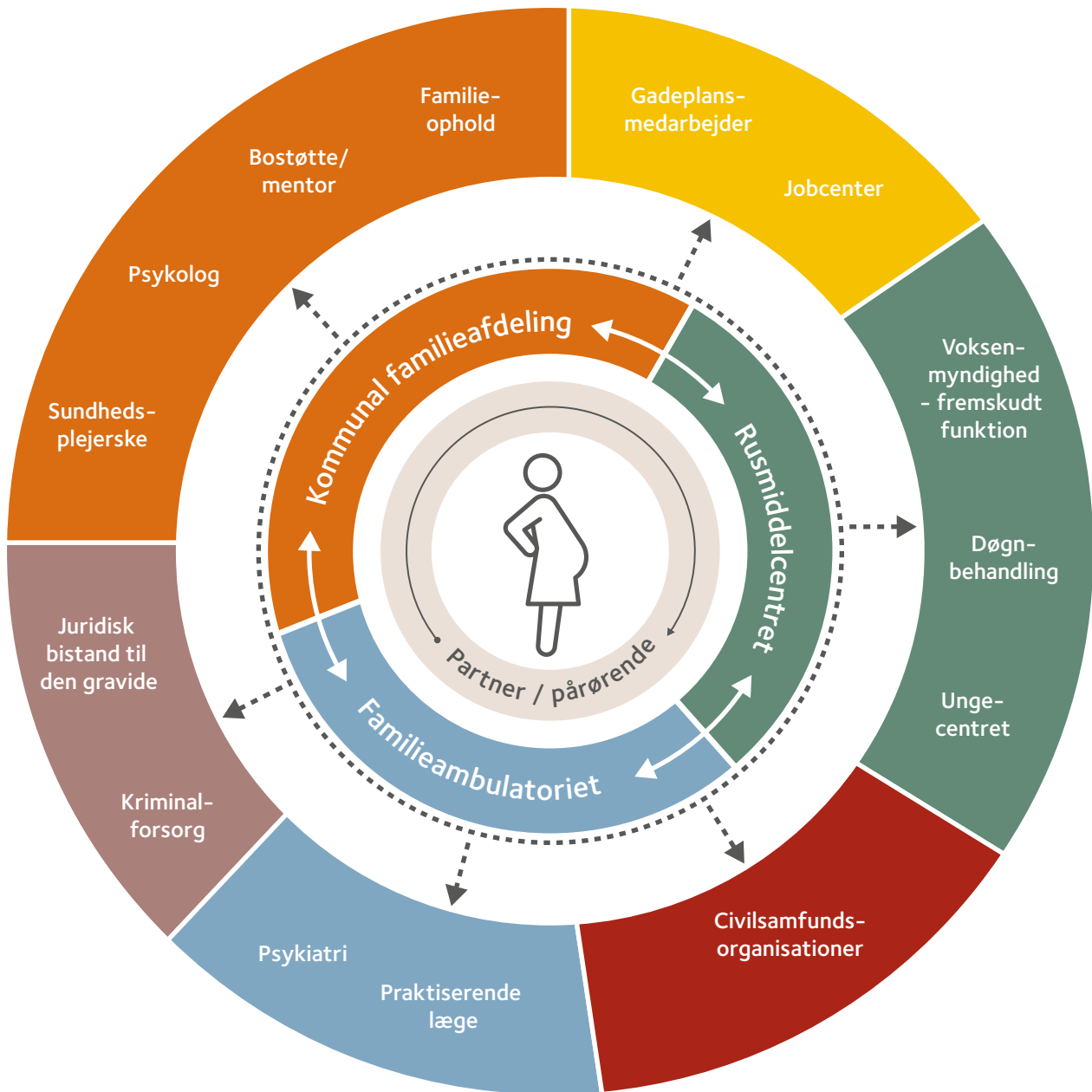
Velkoordinerede og sammenhængende indsatser er karakteriseret ved:

- Tydelige arbejdsgange og afklarede roller for deling og overdragelse af viden på tværs af sektorer og fagområder og faggrupper og fra specialister til øvrige fagpersoner.
- Systematisk inddragelse af specifik viden om målgruppens udfordringer og ressourcer i den sundhedsmæssige og sociale indsats, herunder den viden som den enkelte gravide, og evt. partner eller øvrig familie besidder, om vedkommendes individuelle ønsker og forhold.
- Tilrettelæggelse og løbende tilpasning af indsatsen, så den imødekommer kvindens ønsker og behov i forbindelse med de forskellige faser før, under og efter graviditeten.
- En klar ansvarsfordeling af opgaverne i den samlede indsats, herunder fordeling af tovholder- og koordinationsansvar.
- Stærke netværksrelationer mellem relevante fagpersoner på tværs af aktører, gennem lokale samarbejdsaftaler.

4.2.1 Koordinering af indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder

Som beskrevet ovenfor, er der behov for koordinering mellem de forskellige aktører, for at skabe en samlet indsats for målgruppen. Det fremgår af Lov om social service § 1, at de sociale myndigheder har pligt til at tilrettelægge en tidlig hjælp. Bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge bestemmer i § 15, at kommunen skal udpege en koordinator. Tidlig udpegelse af en koordinator for den samlede indsats kan være med til at sikre, at de forskellige indsatser til den enkelte gravide og hendes kommende barn koordineres mellem afdelinger og sektorer, og at vigtig viden om kvinden og barnet ikke går tabt mellem aktørerne i indsatserne.

Det kan have betydning for samarbejdet, kvaliteten af den samlede indsats og hurtigheden, hvormed indsatser kan justeres eller iværksættes, at de involverede fagpersoner på tværs af aktører har kendskab til hinanden, og hinandens dele af den samlede indsats. Gensidigt kendskab gør det også muligt løbende, og hurtigt, hvis en situation kræver det, at kunne kontakte hinanden med henblik på fx ændring eller justering af indsatsen. Arbejdet med målgruppen bør så vidt muligt varetages af de samme medarbejdere fra gang til gang, så de kan opbygge et kendskab til de relevante samarbejdspartnere på tværs af afdelinger og sektorer. Det giver også de pågældende medarbejdere mulighed for at opbygge en vis erfaring med og ekspertise i arbejdet med målgruppen på længere sigt. Hvis opgaven skal overdrages til nye medarbejdere, bør en grundig overlevering af opgaven, herunder central viden om målgruppen og centrale samarbejdspartnere, prioriteres højt.



Figur 3: Centrale- og mulige øvrige aktører omkring den gravide

§ Tilgodese børn og unge med særlige behov

Sundhedslovens § 123

Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

Bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge bestemmer i § 15, at kommunen skal udpege en koordinator.

[Find Sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

Koordinering mellem kommune og region

Samarbejdet mellem kommuner og regioner er formaliseret gennem flere forskellige typer af samarbejdsaftaler. Sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner sætter retningen for det samarbejde, der skal sikre, at borgerne får en sammenhængende og koordineret indsats i forløb, der går på tværs af sektorerne, herunder også almen praksis. Rameaftaler sætter retning for faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud.

Samarbejde og koordinering kan styrkes, ved at der ud over de overordnede sundheds- og rammeaftaler, laves konkrete aftaler mellem de enkelte familieambulatorier og kommunerne med afsæt i sundhedsaftalerne. Begge parter har ansvar for at sikre, at de sociale og sundhedsfaglige indsatser gensidigt understøtter hinanden. Den gravide kan fx have behov for sociale foranstaltninger, der understøtter hendes deltagelse i møder og undersøgelser i familieambulatoriet. I nogle situationer vil det af ressourcemæssige årsager være relevant for den gravide at lade sig repræsentere af sin gennemgående kontaktperson i fx netværksmøder. Der kan også være behov for, at den behandlingsansvarlige læge på familieambulatoriet, deltager i koordinationsmøder og netværksmøder i kommunen. En konkret samarbejdsaftale

§ Forebygge sociale problemer

Lov om social service § 1

Formålet med denne lov er

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

kan understøtte en tydelig rolle- og ansvarsfordeling ved at beskrive, hvem der gør hvad på hvilke tidspunkter i forløbet.

I de tilfælde, hvor den gravide flytter til en anden kommune eller region, bør der fortsat være fokus på en tæt og god kommunikation med den gravide. Desuden bør der være opmærksomhed på evt. behov for inddragelse af nye, centrale samarbejdspartnere.

Centrale elementer i samarbejdsaftale mellem region og kommune

- Udpegelsen af en koordinator for hvert forløb
 - Hvilken aktør skal koordinatoren komme fra?
 - Forventningsafstemning om koordinatrorollen
 - Hvor lang tid forventes koordinatoren at varetage rollen?
- Netværksmøder
 - Hvem indkalder til netværksmøder
 - Hvor mange netværksmøder bør der minimum være, og hvornår i den gravides forløb bør de ligge?
 - Hvornår og hvordan skal møderne varsles?
 - Hvem har pligt til at deltage i møderne?
 - Hvem bør i øvrigt inviteres til møderne?
- Inddragelse af den gravide og evt. partner
 - Hvem oplyser og inddrager løbende den gravide og evt. partner i muligheder og beslutninger?
 - Hvem sørger for den gravides samtykke til at dele oplysninger?
 - Hvornår og hvordan inddrages den gravides øvrige netværk?
 - Opmærksomhed på, at der sammen med eller på vegne af familien skal kunne prioriteres i indsatserne fra de forskellige fagpersoner, så parret ikke overvældes.
- Indsatsplaner
 - Hvad skal indsatsplanerne indeholde?
 - Hvem skriver dem?
 - Hvem iværksætter hvilken indsats?
 - Hvilken støtte kan den gravide tilbydes og af hvem og hvornår?
 - Hvem følger op på indsatsplanerne og hvornår?
 - Hvem undersøger, om indsatserne og planen skal justeres, så den passer til den gravides/parrets/familiens aktuelle behov?
 - Deling af relevante oplysninger med relevante aktører
- Overgange
 - Hvordan sikres smidige overgange for den gravide/parret/familien?
 - Hvem følger op på, at de aftalte indsatser er igangsat til tiden?
- Hvem er kontaktpersoner hos de forskellige aktører, og hvordan kan de kontaktes?

+ Praksiseksempel

Region Syddanmark og tilhørende kommuner, har en samarbejdsaftale om gravide og børn tilknyttet familieambulatoriet (32). Her er opgaver og ansvarsfordeling beskrevet i alle faser af samarbejdet; dvs. før graviditet, under graviditeten, under- og efter fødslen samt i opfølgningen på barnet. Derudover er der skabeloner til samtykkeerklæringer og udveksling af oplysninger mellem sektorerne.

Koordinering internt i en kommune kan understøttes ved at etablere et fast team med specifik viden om målgruppen af gravide med rusmiddelproblematikker. I mindre kommuner med sjælden kontakt til målgruppen kan der udpeges en videns- og ressourceperson, som løbende holder sig ajour på området, og som kender til kontaktpersoner i fx familieambulatoriet. Teamet eller tovholderen kan med fordel være kendt blandt relevante faggrupper og fagpersoner i kommunen eller lokale civilsamfundsorganisationer med kontakt til socialt udsatte borgere, sådan at de ved, hvem de kan kontakte, når de møder en kvinde i målgruppen.

5. ØKONOMISK FORLØBSANALYSE



Socialstyrelsen har udarbejdet en økonomisk forløbsanalyse, der belyser, hvilke direkte og afledte offentlige udgifter, der potentielt kan forventes at være forbundet med forskellige typer af forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug.

Formålet med den økonomiske forløbsanalyse er at belyse om der, ud over de menneskelige effekter, også er et økonomisk potentiale for kommuner og det offentlige samlet set ved at tilbyde en koordineret rusmiddel- og familiebehandling til målgruppen. Den økonomiske forløbsanalyse skal dermed imødekomme en del af kommunale lederes vidensbehov i forbindelse med beslutningsprocesser.

5.1 Opsummering af analysens resultater

Opgørelsen af målgruppens offentlige livsforløbsudgifter viser, at målgruppen af gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn har et væsentligt højere træk på de offentlige kasser fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår sammenlignet med øvrige gravide kvinder og deres børn.

De højere offentlige udgifter for målgruppen er særligt drevet af et højere forbrug af sociale foranstaltninger for børnene og et højere forbrug af indkomstoverførsler og sociale serviceydelser for de gravide kvinder/mødrene. Da kommunen afholder hovedparten af disse typer af udgifter, er det også kommunerne, der bærer hovedparten af udgifterne forbundet med målgruppen.

Den økonomiske forløbsanalyse viser, at der, ved at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling over for målgruppen, potentielt er en række lavere afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, sammenlignet med ikke at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling i samme periode. Dette er dog under forudsætning af, at forløb med koordineret rusmiddel- og familiebehandling medfører, at den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen.

De afledte offentlige udgifter er særligt drevet af et mindre forbrug af sociale foranstaltninger til børn af

gravide kvinder i rusmiddelbehandling. Der forventes også lavere afledte offentlige udgifter forbundet med sociale serviceydelser, indkomstoverførsler og sundhedsydelser samt højere indbetalinger af skat af indkomst for mødrene.

De lavere afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, der forventes at følge af koordineret rusmiddel- og familiebehandling, mere end forventes at opveje de direkte omkostninger, der er forbundet med at tilbyde koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling fra påbegyndt graviditet til og med barnets 2. leveår. Der er dermed et økonomisk rationale i at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling, som en ambulantly behandling til målgruppen, når der ses over perioden fra påbegyndt graviditet til og med barnets 12. leveår.

De afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, der forventes at følge af koordineret rusmiddel- og familiebehandling, opvejer dog ikke de direkte omkostninger forbundet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling. Dette skyldes, at de direkte omkostninger forbundet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling, er væsentligt højere sammenlignet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling, hvorfor de dermed ikke kan opvejes af afledte offentlige udgifter i den periode disse medregnes i den økonomiske forløbsanalyse (barnets 3.-12. leveår).

Der kan dog potentielt være relativt færre afledte offentlige udgifter, hvis der medregnes offentlige udgifter efter barnets 12. leveår, eller hvis der medregnes offentlige udgifter på andre områder end de, der fremgår af denne analyse. Dette vil være med til at gøre det mere fordelagtigt at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling – både som ambulantly behandling og som døgnbehandling.

Desuden er den økonomiske forløbsanalyse budgetøkonomisk, hvorfor den ikke medtager værdien af forbedret livskvalitet og trivsel. Resultatet af den økonomiske forløbsanalyse skal derfor ses i relation til den personlige effekt, koordineret rusmiddel- og familiebehandling, har for de udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn, der modtager et sådant forløb.

5.2 Livsforløbsudgifter for målgruppen

Målgruppens livsforløbsudgifter er i denne forløbsbeskrivelse afgrænset til at omfatte de gennemsnitlige offentlige udgifter, der er forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn.

Der er medregnet udgifter for de offentlige ydelser og aktiviteter, der er omfattet af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af enhedspriser, forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, som fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

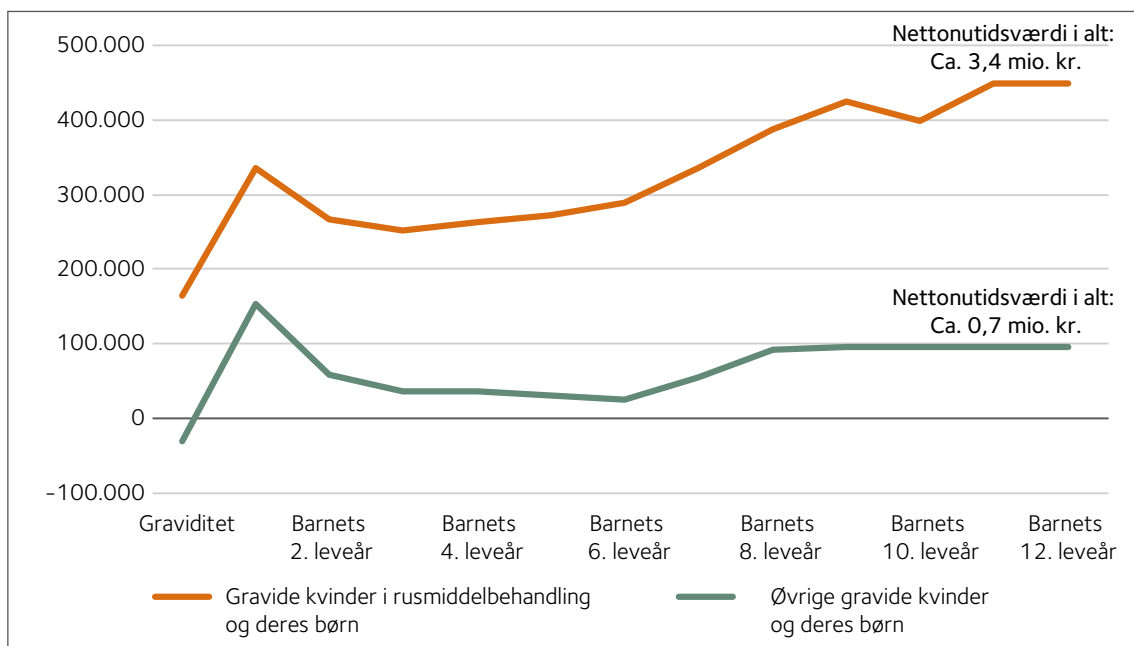
Målgruppen er afgrænset til at omfatte gravide kvinder, der under deres graviditet har været i enten alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, jf. Sundhedslovens §§ 141

og 142, og deres børn. For nærmere afgrænsning af målgruppen se *Bilag 5*.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun er overlappende med den registerafgrænsede målgruppe, da den registerafgrænsede målgruppe omfatter gravide kvinder i rusmiddelbehandling. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør derimod udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, herunder uafhængigt af, om de er i rusmiddelbehandling eller ej. Når den registerafgrænsede målgruppe alligevel anvendes i den økonomiske forløbsanalyse, skyldes det, at rusmiddelbehandlingsregistre er en af de eneste måde at påvise målgruppens progression i. Desuden er det svært at afgrænse udsathed i de nationale registre, medmindre man modtager en social ydelse eller indsats.

Der medregnes offentlige udgifter fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår, da de nationale registre for nuværende ikke muliggør, at der medregnes offentlige udgifter over en længere tidshorizont.

Figur 4: Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling, og deres børn samt øvrige gravide og deres børn i perioden på leveår Kr., 2021-priser



Anm.: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-12. leveår. N = 67-724.648.

Kilde: Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

De offentlige udgifter for gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn er væsentligt højere (i alt ca. 3,4 mio. kr.) sammenlignet med offentlige udgifter for øvrige gravide kvinder deres børn (i alt ca. 0,7 mio. kr.), jf. Figur 4.

Særligt i skolealderen (barnets 7.-12. leveår) er de offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn væsentlige højere, sammenlignet med offentlige udgifter for øvrige gravide kvinder og deres børn.

Det er særligt kommunerne, der har højere udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn sammenlignet med udgifterne forbundet med øvrige gravide kvinder og deres børn, jf. Figur 5.

Kommunernes udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn er næste syv gange højere sammenlignet med kommunernes udgifter forbundet med øvrige gravide kvinder og deres børn.

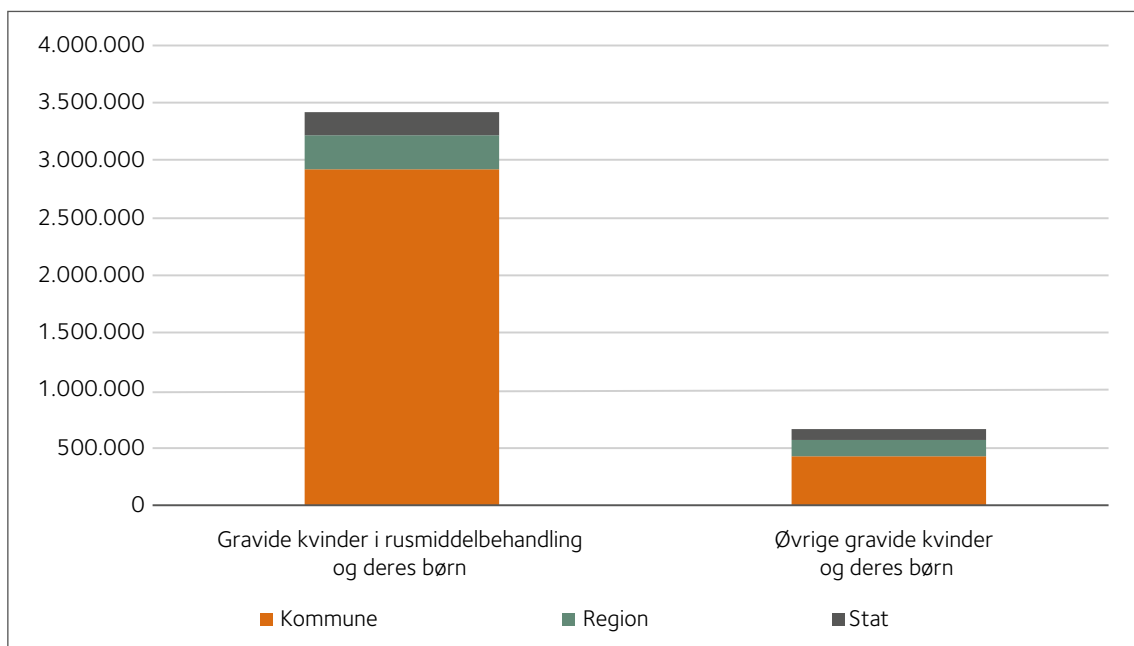
Statens og regionernes udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn er ligeledes højere sammenlignet med deres respektive udgifter forbundet med øvrige gravide kvinder og deres børn.

Det er særligt udgifterne forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år, fx anbringelse, der er højere for børn af gravide kvinder i rusmiddelbehandling sammenlignet med børn af øvrige gravide kvinder, jf. Figur 6.

Udgifterne, forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år for børn af gravide kvinder i rusmiddelbehandling, er næsten 27 gange højere sammenlignet med de samme udgifter for børn af øvrige gravide kvinder.

Det samme gør sig gældende for udgifterne forbundet med indkomstoverførsler, sociale serviceydelser på voksenområdet og beskæftigelsesindsatser, der er væsentligt højere for gravide kvinder i rusmiddelbehandling

Figur 5: Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn, og øvrige gravide kvinder og deres børn i alt fordelt på aktører
Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



Anm.: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-12. leveår. N = 67-724.648.

Kilde: Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

sammenlignet med de samme udgifter for øvrige gravide kvinder. Tilsvarende betaler gravide kvinder i rusmiddelbehandling mindre i skat af indkomst sammenlignet med øvrige gravide kvinder.

5.3 Analysens antagelser og forudsætninger

Den økonomiske forløbsanalyse bygger på en række antagelser og forudsætninger om de forløb, der analyseres. Nedenfor beskrives de antagelse og forudsætninger, der ligger bag opgørelsen af de offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb.

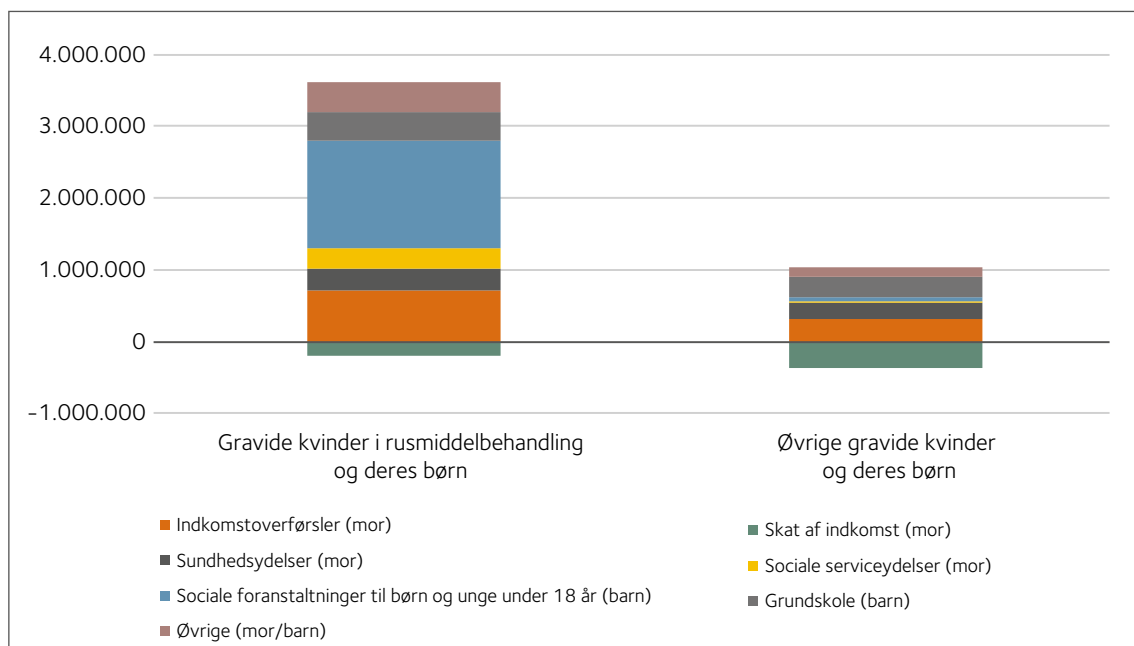
De direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb, er i analysen afgrænset til at omfatte udgifter på socialområdet, der imødekommer målgruppens indsatsbehov, og som vedrører den gravide kvinde/moderen og barnet fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår.

De afledte offentlige udgifter, er et udtryk for de offentlige udgifter på velfærdsområderne bredt set der potentielt kan forventes at følge af forskellige typer af forløb, herunder fx forbrug af sociale foranstaltninger, indkomstoverførsler og sundhedsydelse, for både moderen og barnet, og medregnes i barnets 3.-12. leveår.

5.3.1 Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb

De direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede forløb i denne økonomiske forløbsanalyse, omfatter de udgifter, der er forbundet med relevante indsatser på socialområdet for gravide med rusmiddelforbrug og deres børn fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår. Nedenfor beskrives de tre specificerede forløb for den økonomiske forløbsanalyse samt de overordnede antagelser og forudsætningerne bag opgørelsen af forløbenes udgifter. For en detaljeret gennemgang se *Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser*.

Figur 6: Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn, og øvrige gravide kvinder og deres børn i perioden i alt fordelt på overordnede velfærdsområder (Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet))



Anm.: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 3.-12. leveår. N = 67-724.648.

Kilde: Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling

Det første forløb er et udtryk for det optimale forløb, hvis det vurderes, at den gravide har behov for at modtage koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling.

Det antages, at den gravide i forbindelse med at graviditeten bliver kendt, tilbydes koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling, og at hun modtager dette i en periode på 3-6 måneder inden fødsel til og med barnets andet leveår.

Det antages desuden, at moderen støttes praktisk og pædagogisk med forælderrollen i eget hjem i samme periode, ligesom det antages, at moderen modtager familiebehandling af to omgange.

Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling

Det andet forløb er et udtryk for det optimale forløb, hvis det vurderes, at den gravide kvinde har behov for at modtage koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling.

Det antages, at den gravide kvinde i forbindelse med at graviditeten bliver kendt, tilbydes koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling, og at hun modtager dette i en periode på 3-6 måneder inden fødsel til 6-12 måneder efter fødsel.

Efter endt døgnbehandling antages det, at moderen modtager ambulantly rusmiddelbehandling indtil barnet fylder to år samtidig med, at hun støttes praktisk og pædagogisk med forælderrollen i eget hjem og modtager ambulantly familiebehandling af én omgang.

Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling

Det tredje forløb er et udtryk for det forløb, der ønskes undgået for målgruppen.

Det antages, at den gravide kvinde/moderen i forbindelse med at graviditeten bliver kendt, bliver tilbudt ambulantly rusmiddelbehandling, som hun ikke kan fastholdes i, og som hun derfor ryger ind og ud af.

5.3.2 Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af specificerede caseforløb

Afledte offentlige udgifter omfatter i denne økonomiske forløbsanalyse de indirekte ændringer i forbruget af offentlige ydelser og aktiviteter, der forventes at følge forskellige typer af forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn.

De offentlige udgifter er beregnet i de nationale registre ud fra en målgruppe, der ligner målgruppen for forløbsbeskrivelsen, og et succesmål, der ligner succesmålet for det optimale forløb for målgruppen. Nedenfor beskrives de centrale antagelser og forudsætningerne bag opgørelsen af de afledte offentlige udgifter forbundet med forløbene. For en detaljeret gennemgang se *Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser*.

Målgruppen er afgrænset til at omfatte gravide, der under deres graviditet har været i enten alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, jf. Sundhedslovens §§ 141 og 142, hvilket følger den samme afgrænsningsmetode, der er blevet anvendt til at opgøre målgruppens livsforløbsudgifter.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun er overlappende med den registerafgrænsede målgruppe, da den registerafgrænsede målgruppe omfatter gravide i rusmiddelbehandling. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør derimod udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug, herunder uafhængigt af, om de er i rusmiddelbehandling eller ej. Når den registerafgrænsede målgruppe alligevel anvendes i den økonomiske forløbsanalyse, skyldes det, at rusmiddelbehandlingsregistrene er en af de eneste måde at påvise målgruppens progression på. Desuden er det svært at afgrænse udsathed i de nationale registre, medmindre man modtager en social ydelse eller indsats.

Succesmålet er afgrænset til at omfatte gravide kvinder/mødre, der enten under graviditeten eller i barnets første to leveår er registeret som færdigbehandlet efter minimum ét rusmiddelbehandlingsforløb. Dette succesmål er anvendt, da det vurderes som værende et af de primære succesmål, hvor potentialet er forbundet med at tilbydes udsatte gravide med et skadeligt rusmid-

delforbrug og deres børn, en koordineret rusmiddel- og familiebehandling.

En central antagelse i den økonomiske forløbsanalyse er, at de optimale forløb (caseforløb 1 og 2) forventes at medføre, at den gravide kvinde/moderen afslutter rusmiddelbehandlingen som færdigbehandlet. Omvendt forventes forløbet, der ønskes undgået (caseforløb 3) at medføre, at den gravide/moderen ikke bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen.

Det er væsentligt at pointere, at der ikke er viden om, hvorvidt det optimale forløb medfører, at den gravide/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen, men at det er det bedste bud på et relevant succesmål forbundet med et godt forløb for gravide/mødre i målgruppen.

Hvorvidt den gravide/moderen blive færdigbehandlet med sin rusmiddelbehandling eller ej har betydning for det fremadrettede forbrug af offentlige ydelser og

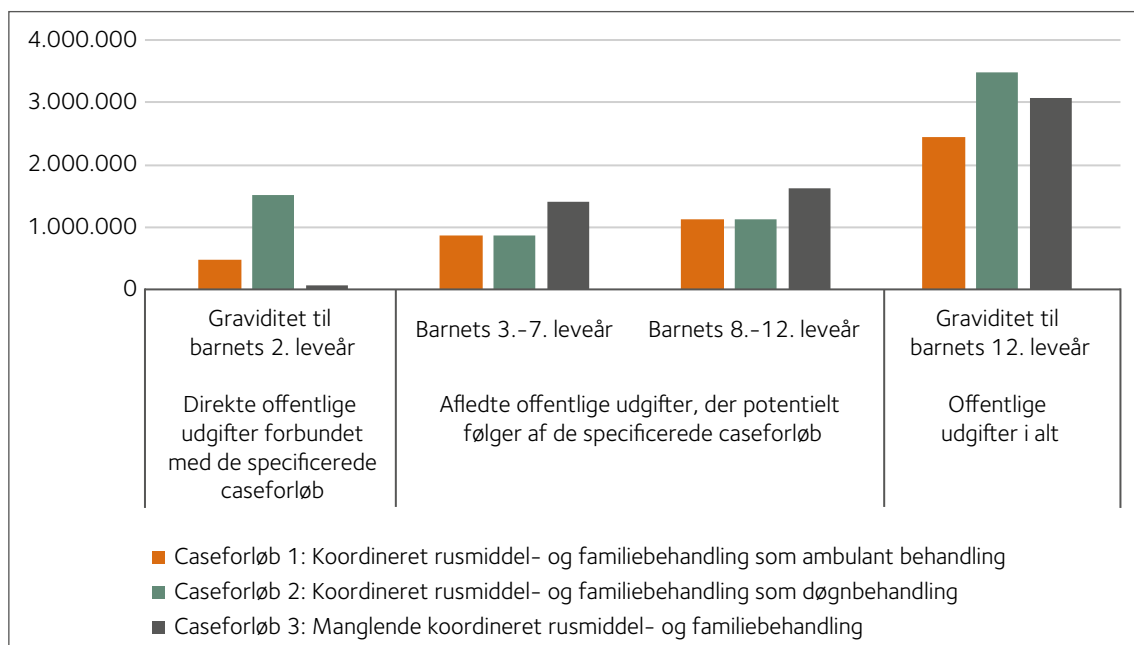
aktiviteter, som følges for både barnet og moderen fra barnets tredje til 12. leveår.

Der medregnes afledte offentlige udgifter inden for følgende overordnede velfærdsområder:

- Grundskole (kun barn)
- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år (kun barn)
- Beskæftigelsesindsatser (kun mor)
- Indkomstoverførsler (kun mor)
- Skat af indkomst (kun mor)
- Ungdoms- og voksenuddannelse (kun mor)
- Efterværn (kun mor)
- Sociale serviceydelser for voksne over 17 år (kun mor)
- Politi, retsvæsen og kriminalforsorg (kun mor)
- Sundhedsydelser (både mor og barn)

Der kan potentielt også være afledte offentlige udgifter for far/partner, som følger af, at moderen bliver færdig-

Figur 7: Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn fordelt på aldersintervaller og i alt Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



Anm.: Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på socialområde fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra barnets tredje til 12. leveår. N = 26-773.

Kilde: Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

behandlet i rusmiddelbehandling. Disse afledte offentlige udgifter er dog udeladt i denne analyse for at reducere analysen kompleksitet.

Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af definitionerne for offentlige ydelser og aktiviteter i SØM samt enhedspriser, forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

5.4 Analysens resultater

Resultaterne af den økonomiske forløbsanalyse fremgår nedenfor.

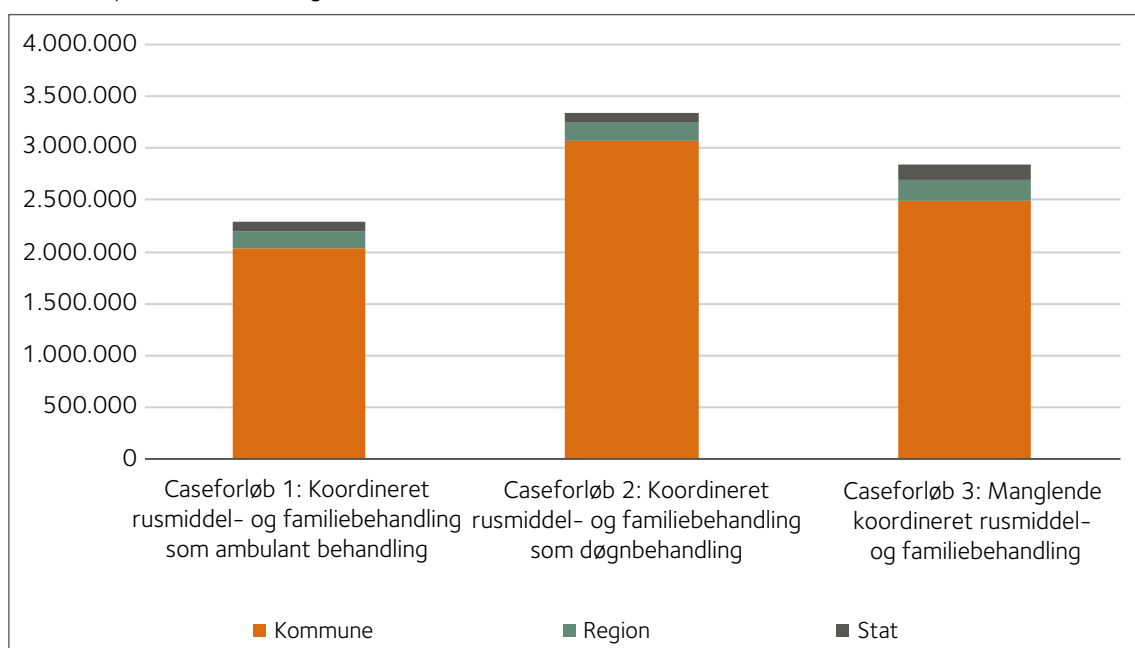
De direkte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 1 og 2 er væsentligt højere sammenlignet med de samme offentlige udgifter forbundet med caseforløb 3, jf.

Figur 7. Dette skyldes, at den gravide kvinde/moderen og barnets modtager en relativt dyr koordineret rusmiddel- og familiebehandling, der forventes at understøtte den gravide kvinde/moderen i at deltage i rusmiddelbehandling og opbygge kompetencer i rollen som forælder.

De direkte offentlige udgifter på socialområdet forbundet med scenarierne for caseforløb 1 og 2 fra påbegyndt graviditet til barnets 2. leveår, beløber sig til ca. 0,5 mio. kr. og ca. 1,5 mio. kr., mens de samme offentlige udgifter, forbundet med scenariet for forløb 3 fra påbegyndt graviditet til barnets 2. leveår, beløber sig til ca. 60.000 kr.

Det ses desuden, at de afledte offentlige udgifter, der potentielt er forbundet med caseforløb 1 og 2, hvis den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet med rusmiddelbehandlingen, er lavere end de afledte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 3. Dette skyldes, at moderen og barnet i caseforløb 1 og 2 forventes at have et mindre forbrug af offentlige ydelser og aktivi-

Figur 8: Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn i alt fordelt på aktører Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



Anm.: Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på socialområde fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra barnets tredje til 12. leveår. N = 26-773.

Kilde: Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

teter fra barnets 3. leveår, såfremt den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandling i perioden fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår.

De afledte offentlige udgifter på velfærdsområderne generelt set, der potentielt er forbundet med caseforløb 1 og 2 fra barnets 3.-12. leveår, beløber sig til ca. 2 mio. kr., mens de samme offentlige udgifter, forbundet med caseforløb 3 fra barnets 3.-11. leveår, beløber sig til ca. 3 mio. kr.

Samlet set beløber de offentlige udgifter fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår forbundet med caseforløb 1 og 2 sig til henholdsvis ca. 2,5 mio. kr. og ca. 3,5 mio. kr., mens de offentlige udgifter, forbundet med caseforløb 3 fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår, beløber sig til ca. 3,1 mio. kr.

Når der ses på de samlede offentlige udgifter fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår, er der dermed et økonomisk potentiale ved at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulante behandling (caseforløb 1). De samlede offentlige udgifter forbundet med at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling (caseforløb 2) er dog en smule højere sammenlignet med de samlede offentlige udgifter, forbundet med manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling (caseforløb 3).

Stort set alle de offentlige udgifter i alle tre forløb (hvh. 89 pct. i caseforløb 1, 92 pct. i caseforløb 2 og 88 pct. i caseforløb 3) afholdes af kommunen, jf. Figur 8.

Kommunernes udgifter forbundet med caseforløb 1 og 2 beløber sig til henholdsvis ca. 2,3 mio. kr. og ca. 3,3 mio. kr., mens kommunernes udgifter forbundet med caseforløb 3 beløber sig til ca. 2,9 mio. kr.

Et barn i caseforløb 1 og 2 har væsentligt lavere offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år, fx anbringelse, sammenlignet med et barn i caseforløb 3, såfremt den gravide kvinde/moderen i caseforløb 1 og 2 bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandling, jf. Figur 9.

De afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år er ca. 0,7 mio. kr. i caseforløb 1 og 2, og ca. 1,4 mio. kr. i caseforløb 3. De afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år er dermed cirka dobbelt så høje i caseforløb 3 sammenlignet med i caseforløb 1 og 2.

En gravid kvinde/mor i caseforløb 1 og 2 har desuden væsentligt lavere offentlig udgifter forbundet med sociale serviceydelser på voksenområdet, indkomstoverførsler og beskæftigelsesindsatser samt større indbetalinger af skat at indkomst.

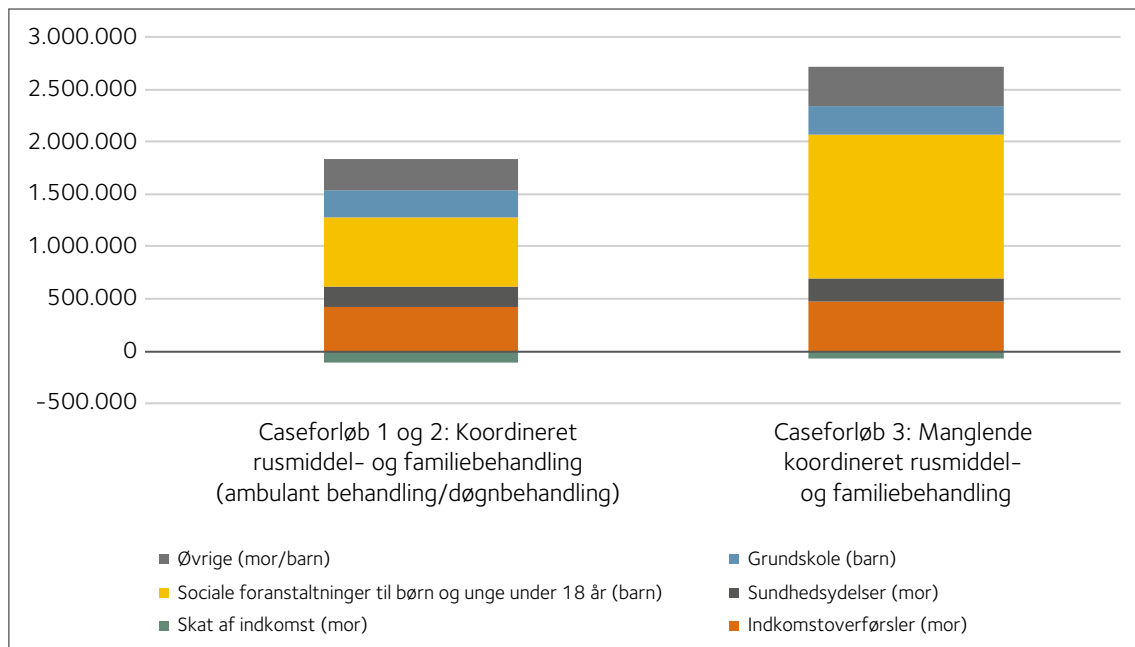
Omvendt har en gravid kvinde/mor i caseforløb 1 og 2 potentielt højere offentlige udgifter forbundet med ungdoms- og voksenuddannelse, da hun i højere grad påbegynder en ungdoms- eller voksenuddannelse, såfremt hun bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandling.

Det er væsentligt at pointere, at resultaterne i den økonomiske forløbsanalyse bygger på en række antagelser om de indsatser, der ydes i de definerede caseforløb, og de afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de forskellige typer af forløb. Hvis disse antagelser ændres, vil resultatet også ændres.

Der er desuden kun medregnet afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, hvorfor der kan være afledte offentlige udgifter i årene efter barnets 12. leveår, der dog ikke er medregnet i denne økonomiske forløbsanalyse, da der endnu ikke forligger viden om disse potentielle afledte offentlige udgifter i de nationale registre. Der kan også være afledte offentlige udgifter forbundet med andre offentlige ydelser og aktiviteter end de, der fremgår af denne analyse.

Denne økonomiske forløbsanalyse er budgetøkonomisk, hvorfor den ikke medtager værdien af forbedre livskvalitet og trivsel. Resultatet af den økonomiske forløbsanalyse skal derfor ses i relation til den personlige effekt koordineret rusmiddel- og familiebehandling har for de udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn, der modtager et sådant forløb.

Figur 9: Afledte offentlige udgifter, der potentielt er forbundet med forskellige caseforløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn i alt fordelt på overordnede velfærdsområder Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



Anm.: Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistiks og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på socialområde fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra barnets tredje til 12. leveår. N = 26-773.

Kilde: Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

6. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSE



For at forløbsbeskrivelsen får en positiv effekt på den samlede indsats over for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, er det afgørende, at den følges op med en aktiv og systematisk implementering.

Den maksimale anvendelsesgrad opnås ved implementering på både nationalt og lokalt niveau. Det nationale niveau varetages af Socialstyrelsen, som vil have fokus på at formidle kendskabet til forløbsbeskrivelsens anbefalinger og indhold, dels gennem målrettede artikler i relevante fagblade, oplæg og deltagelse på udvalgte målgrupperelevante konferencer, temadag og netværksmøder m.m. På det lokale niveau må kommunerne have fokus på at konkretisere og omsætte forløbsbeskrivelsen i lokal praksis.

Den enkelte kommune har ansvar for at inddrage specialiserede tilbud og vidensmiljøer med henblik på at kunne sammensætte helhedsorienterede og sammenhængende forløb på tværs af fagligheder, specialiseringsniveauer og organisatoriske skel. Der kan i den forbindelse være behov for tværkommunalt samarbejde, som det fremgår af *afsnit 4.2*. Det forventes ikke, at hver enkelt kommune råder over specialiserede tilbud og vidensmiljøer til målgruppen.

Socialstyrelsen anbefaler, at kommunerne tager afsæt i forløbsbeskrivelsens anbefalinger og anvender dem i tilrettelæggelsen af indsatser til udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelforbrug.

6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen

Forløbsbeskrivelsen forudsætter, at den anvendes i et tværkommunalt og -sektorielt samarbejde. For at kunne opretholde en tilbudsstruktur, der kan levere indsatser på et specialiseret niveau, anbefales det, at kommuner, sygehuse, behandlingstilbud og relevante fagfolk samarbejder om at anvende forløbsbeskrivelsen, f.eks. når en gravid med skadeligt rusmiddelforbrug mødes og interagerer med fagprofessionelle på tværs af sektorer og ressortområder.

Anvendelsen af forløbsbeskrivelsen tværkommunalt og tværsektorielt kan ske via strategiske alliancer, samarbejdsaftaler og organisatoriske strukturer, som understøtter samarbejdet på tværs af kommuner, regioner og stat. Herunder de regionale ramme- og sundhedsaftaler samt lokale aftaler om koordineringsprocedurer, videndelings- og kommunikationssystemer.

6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse

Socialstyrelsen følger op på kendskabet til og anvendelsen af forløbsbeskrivelsen 6 – 12 måneder efter udgivelsen ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, der sendes ud til relevante forvaltninger i kommunalt og regionalt regi. Opfølgningen kan bidrage til at styrke brugen af forløbsbeskrivelsen på det mest specialiserede socialområde og understøtte fortsat praksisudvikling til gavn for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen revideres senest ved udgangen af 2025.

7. REFERENCER



1. Socialstyrelsen. *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. 2020.
2. Helsedirektoratet. *Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet*. 2015.
3. Sundhedsstyrelsen. Graviditet og stoffer. [Online] 2019. www.sst.dk. Accessed 7. september, 2021.
4. Socialstyrelsen. *Central udmelding for udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug*. 2019.
5. Social- og indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. *Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler*. s.l. : Kolofon, 2015.
6. Rutman, Deborah, et al. Multi-service prevention programs for pregnant and parenting women with substance use and multiple vulnerabilities: Program structure and clients' perspectives on wraparound programming. *BMC Pregnancy And Childbirth* (20(1)). 2020, s. 1-14.
7. Villumsen, Anne Marie Anker. *Helhedsorienteret socialt arbejde med udsatte familier*. s.l. : Akademisk Forlag, 2018.
8. Furuholmen, Kristin Gudnor og Sjøvold, Mette Sund. *De mindste barnas stemme*. s.l. : Universitetsforlaget, 2020.
9. WHO. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. *World Health Organization*. 2014.
10. Sundhedsstyrelsen. *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer - Familieambulatoriets interventionsmodel*. 2010.
11. Dahl, Helle Vibeke og Hecksher, Dorte. *Graviditet og misbrug - belyst ud fra kvindernes perspektiv. Analyse af 26 livs- og behandlingshistorier* - view. s.l. : Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2007.
12. Holm, H.E. Gravide og småbarnsforeldre med rusproblemer : Tidlig og riktig hjelp i fokus. *SPOR*. nr. 2 , 2011, 20-21.
13. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2021.
14. Socialstyrelsen. *En forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere*. 2012.
15. Högberg, Hjärdis, et al. Two screening instruments for collecting alcohol-related information from expectant mothers and fathers: Testing the reliability of the Parent Alcohol Screening Questionnaire and the Social Support for an Alcohol-Free Pregnancy Questionnaire. *Health and Social Care in the community*. 2021.
16. Mathiesen, Ida Holth og Skoland, Kathrine. *Evaluering av opplæringsprogrammet. Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene?* s.l. : IRIS, 2016. 054.
17. Sundhedsstyrelsen. *Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol: Slutevaluering*. s.l. : COWI, 2013.
18. Helsedirektoratet. *Opplæringsprogrammet Tidlig Inn*. [Online] www.tidliginnsats.forebygging.no. Accessed 3. december, 2021.
19. Nathoo, Tasnim, et al. Voices from the community: Developing effective community programs to support pregnant and early parenting women who use alcohol and other substances. *First Peoples Child & Family Review*. 2013, Vol. 8 NO. 1.
20. Socialstyrelsen. *Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere*. 2017.
21. Socialstyrelsen. *Retningslinjer for udarbejdelse og anvendelse af forældrekompetence-undersøgelser*. 2021.

22. Socialstyrelsen. *Kvalitet i sagsbehandlingen – en håndbog i anvendelse af ICS og udredningsværktøjet*. 2018.
23. Brodén, Margareta. *Graviditetens muligheder – en tid hvor relationer skabes og udvikles*. s.l. : Akademisk Forlag, 2007 (2. udgave).
24. Socialstyrelsen. Motiverende Interview. *Socialstyrelsen.dk*. [Online] Socialstyrelsen, 17. 02 2017. [Citeret: 8. april 2022.] www.socialstyrelsen.dk.
25. Harnett, Paul H., et al. Assessing Capacity to Change in High-Risk Pregnant Women: A Pilot Study. *Child Abuse Review*. 2018, 27(1):72-84.
26. Lippestad, Jan Wilhelm, et al. *Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge*. s.l. : SINTEF, 2018.
27. Minding the baby. *Metodecentret.dk*. [Online] [Citeret: 04. 10 2021.] www.metodecentret.dk.
28. Socialstyrelsen. *Omkostningsvurdering af Minding the Baby*. 2017.
29. Seng, Julia. *Trauma Informed Care in the Perinatal Period*. s.l. : Dunedin Academic Press, 2015.
30. Schottenfeld, Richard S., Moore, Brent og Pantalon, Michael V. Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug Alcohol Depend*. 2011, (1)48-55.
31. Jones, Hendrée E., Tuten, Michelle og O'Grady, Kevin E. Treating the partners of opioid-dependent pregnant patients: feasibility and efficacy. 2011, (3):170-178.
32. Region Syddanmark og de 22 kommuner. *Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark*. 2018.
33. Socialstyrelsen. *Håndbog for det gode anbringelsesforløb i familiepleje*. 2019 (2. udgave).
34. Wiig, Eli Marie, et al. Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*. 2014(22):26-35.
35. Wiig, Eli Marie, Halså, Astrid og Haugland, Bente Storm Mowatt. Social support available for substance-dependent mothers from families with parental substance abuse. *Child & Family Social Work*. 2016(22):1246-1254.
36. Social- og Indenrigsministeriet. *Socialpolitisk Redegørelse 2019*. København : Social- og Indenrigsministeriet, 2019.
37. Social- og Indenrigsministeriet. *Socialpolitisk Redegørelse 2020*. København : s.n., 2020.
38. Arbejde, KFUKS Sociale. Reden København. [Online] www.kfuksa.dk. Accessed 7. december, 2021.
39. Socialstyrelsen. VISO. [Online] www.socialstyrelsen.dk. Accessed 8. december, 2021.
40. Socialstyrelsen. *Forløbsbeskrivelse: Børn og unge med sjældne handicap – Aldersgruppe 0-25 år*. 2019.
41. Socialstyrelsen. Adoption uden samtykke – et vejlednings- og inspirationsmateriale til sagsbehandlere. *Socialstyrelsen.dk*. [Online] Socialstyrelsen, 2019. [Citeret: 14. December 2021.] www.socialstyrelsen.dk.

8. BILAG



Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser

Formålet med forløbsbeskrivelsen er at formidle aktuelt bedste viden om ... med behov for højt specialiserede indsatser på socialområdet. Hermed bidrager forløbsbeskrivelsen til den fremadrettede udvikling af det mest specialiserede socialområde i forhold til børn med følger af rusmiddeleksponering.

Der tages udgangspunkt i højt specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel i serviceloven og lov om specialundervisning. Disse indsatser skal ofte koordineres med andre indsatser, der ydes i henhold til anden lovgivning som fx sundhedsloven. Forløbsbeskrivelsen har anbefalende karakter og kan ikke forpligte den enkelte kommune i forhold til visitation og fastsættelse af serviceniveauer eller organisering af opgaven mellem kommuner og regioner. Dette afklares lokalt.

Samarbejdspartnere og interessenter

Forløbsbeskrivelsen er et af de produkter, som ud springer af Socialstyrelsens varetægelse af den nationale koordinationsstruktur, jf. servicelovens § 13b. Det fremgår af lovgrundlaget, at en forløbsbeskrivelse skal udarbejdes af en faglig arbejdsgruppe, som består af medlemmer fra Socialstyrelsen, Kommunernes Landsforening og med deltagelse fra Undervisningsministeriet, når forløbsbeskrivelsen har betydning for området for den mest specialiserede specialundervisning. Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner kan inddrages, hvis forløbet for borgerne indeholder indsatser, som går på tværs af social- og sundhedsområdet. Arbejdsgruppen har således været med til at afgrænse målgruppen, beskrive et godt forløb og indsatser med afsæt i aktuelt bedste viden samt praktiske erfaringer med målgruppen

Følgende organisationer og bidragsydere har indgået i arbejdsgruppen:

- Jordemoder Foreningen – Sane Ravnsbæk og Michelle Kolls
- Dansk Psykologforening – Mette Ryvang Hjortshøj
- Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi – Merete Hein
- Dansk Socialrådgiverforening – Mia Heick
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker – Tine Lohmann

- Ph.d. Stud. Center for Rusmiddelforskning V. Århus Universitet – Line Helland Boelskifte
- Sundhedsplejen Hjørring Kommune – Lene Skjelbo
- Familieambulatoriet Hvidovre – Sara Jakobsen
- BBU Københavns kommune – Karina Steinmejer Philips
- Rusmiddelcenter Slagelse – Mette Spælling
- Rusmiddelcenter, Københavns Kommune – Jens Thun
- Sundhedsstyrelsen
- Døgncentret Familieinstitutionen Bethesda og Chr. 9.'s Børnehjem
- FAMKO, Odense Kommune og familieambulatoriet gynækologisk-obstetriske afd. D på OUH
- FLOR (Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre)
- Dit Rum

Herudover blev der nedsat en referencegruppe med henblik på at inddrage viden og erfaringer fra relevante organisationer, herunder bruger- og interessegrupper. Referencegruppen har fungeret som dialogforum i forhold til arbejdet i arbejdsgruppen og har suppleret med faglige input i udarbejdelsen af forløbsbeskrivelsen. Følgende organisationer og bidragsydere har indgået i referencegruppen:

- Danske Regioner – Ann Højer Hoffmann
- FASD foreningen – May Olofsson
- Røde Kors – Pernille Svård
- Mødrehjælpen – Pernille Kristoffersen
- Fri af Misbrug – Anne-Camilla Nielskov
- Aalborg Universitetshospital – Ulrik Schiøler Kesmodel
- NUBU – Nationalt center for forskning i udsathed blandt børn og unge
- Brugernes Akademi
- Plejefamiliernes Landsforening

Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i et tværfagligt samarbejde mellem Socialstyrelsens afdelinger; National koordinations, Tværgående Analyse Metode og Evaluering, Handicap, Børn, Unge og Familier og VISO.

Forløbsbeskrivelsen har inden udgivelsen været til kommentering hos arbejds- og referencegruppen, Børne- og Undervisningsministeriet/STUK, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen. For-

løbsbeskrivelsen er endvidere drøftet i Det Faglige Råd for den nationale koordinationsstruktur. Det Faglige Råd rådgiver Socialstyrelsen i forhold til aktiviteter forbundet med den nationale koordinationsstruktur og består af repræsentanter fra:

- Børne- og Undervisningsministeriet
- Sundhedsministeriet
- Kommunernes Landsforening
- Danske Regioner
- VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ekspertter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Ekspertter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og Undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i perioden januar 2021 – august 2022.

Bilag 2: Lovgivning

Lovgivning og forkortelser

SEL – Lov om social service LBK nr 1548 af 01/07/2021

SUL – Sundhedsloven LBK nr 903 af 26/08/2019

STL – Socialtilsynsloven LBK nr 1377 af 21/09/2020

TBS – Bekendtgørelse om lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling LBK nr 972 af 08/08/2017

AGK – Bekendtgørelse om af-dækning, gavekort, og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrugere efter § 101 i lov om social service BEK nr 1477 af 17/12/2019

Forebyggende indsats

- SEL § 11 stk. 2: Tilbud om gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Tilbuddet om rådgivning omfatter ligeledes vordende forældre.
- SEL § 11 stk. 3: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende indsats til familien, når det vurderes at støtten kan imødekomme barnets behov. Der kan tilbydes følgende forebyggende indsats: 1) Konsulentbistand, 2) Netværks- eller samtalegrupper, 3) Rådgivning om familieplanlægning eller 4) andre indsats, der har til formål at forebygge et barns eller familiens vanskeligheder.
- SEL § 11 stk. 4: Udgifter i forbindelse med støtte, herunder økonomisk støtte til 1) Udgifter i forbindelse med konsulentbistand, jf. SEL § 1, stk. 3, nr. 1 og 2) Udgifter i forbindelse med prævention.

Børnefaglig undersøgelse og handleplan

Børnefaglig Undersøgelse

- SEL § 50 stk. 9: Børnefaglig undersøgelse for vordende forældre.
- SEL § 50 stk. 5: Kommunen skal inddrage de fagfolk, som allerede har viden om familiens forhold. F.eks. sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere m.fl. Iværksættes en psykologisk undersøgelse af forældremyndighedsindehaveren, skal undersøgelsen foretages af en autoriseret psykolog.
- SEL § 51: Børnefaglig undersøgelse, udarbejdet under ophold på institution eller indlæggelse på sygehus

Handleplan

- SEL § 140: Handleplaner som udarbejdes inden der træffes afgørelse om foranstaltninger

Afgørelse om foranstaltninger

- SEL § 52 stk. 4: Kommunalbestyrelsen skal under en graviditet træffe afgørelse om foranstaltninger efter SEL §§ 52 a og 52, stk. 3, nr. 2, 3, 4, 6 eller 9, når det må anses for at være af væsentlig betydning til barnets særlige behov for støtte efter fødslen.

Foranstaltninger som kan iværksættes af kommunen, efter afdækkede problemer og behov i børnefaglig undersøgelse

- SEL § 52 stk. 3, nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7 & 9: Følgende typer af foranstaltninger kan iværksættes: 2) Støtte i hjemmet, 3) Familiebehandling, 4) Døgnophold for barn og forældre, 5) Aflastning, 6) Kontaktpersonordning, 7) Anbringelse af barnet og 9) Anden hjælp og støtte
- SEL § 52 a: Økonomisk støtte til forældre til 1) Udgifter i forbindelse med foranstaltninger efter § 52 stk. 3, 2) Udgifter der bevirker anbringelse af barnet kan undgås eller 3) Udgifter der bidrager til stabil kontakt mellem forældre og barn under barnets anbringelse
- SEL § 55 stk. 1: De vordende forældre modtager omsorg, personlig støtte, socialpædagogisk rådgivning og behandling, under døgnophold efter § 52 stk. 3, nr. 4, 5 og 7. Der kan endvidere foretages observation og undersøgelse samt ydes terapi eller anden behandling
- SEL § 58: Anbringelse af barnet uden samtykke
- SEL § 54 stk. 1: Ved anbringelse af barnet, jf. SEL § 61, stk. 3, nr. 7, skal forældrene tilbydes en støtteperson.
- SEL § 54 stk. 2: Støtten skal medvirke til at løse de problemer som har været årsag til anbringelsen, mhp. at støtte forældrene i at varetage omsorgen for barnet ved eventuel hjemgivelse eller under samvær. Der skal oprettes særskilt plan for støtten til forældrene
- SEL § 68 d: Ved anbringelse af barnet efter SEL §§ 58 eller 52, stk. 3, nr. 7, hvor det må antages, at barnet vil være anbragt i en længere årrække, skal kommunalbestyrelsen overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets opvækst taler for, at barnet i stedet bliver adopteret

Foranstaltninger som kan iværksættes af kommunen for at tilgodese børn og unge med særligt behov

- SUL § 123: Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge § 1:

- Kommuner og regioner skal tilrettelægge forebyggende sundhedsydelser, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Stk. 2. Kommunerne skal dels yde en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, dels en individorienteret indsats der retter sig mod alle børn og unge samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på de svage stillede børn og unge. (BEK nr 1344 af 03/12/2010 (Gældende) Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge - file:///C:/Users/B046993/Downloads/B20100134405.pdf)

Rusmiddelbehandling

Midlertidigt ophold i boformer

SEL § 107: Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer som har behov herfor

Gældende for alkoholmisbrugere

Behandling:

- SUL § 141 stk. 1: Kommunalbestyrelsen tilbyder behandling til alkoholmisbrugere
- SUL § 141 stk. 7: Behandling og rådgivning til alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det

Tilbageholdelse:

- SUL § 141 b stk. 1: Tilbud om at indgå kontrakt om behandling, med mulighed for tilbageholdelse
- SUL § 141 b stk. 2: Kontrakten skal indgås skriftligt, forud for behandlingens
- SUL § 141 c: Årsager for tilbageholdelse: 1) Den gravide alkoholmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fostret, 2) Udsigten til ophøret af misbruget eller en betydelig af afgørende bedring af tilstanden vil blive væsentligt forringet eller 3) Den gravide alkoholmisbruger frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre
- SUL § 141 d stk. 3: Tilbageholdelsen skal ophøre når betingelserne ikke længere er til stede og kan højst vare 21 dage fra afgørelse. Den samlede tilbageholdelsesperiode må ikke overstige 3 måneder
- SUL § 141 e: Den gravide kan bede kommunen indbringe afgørelsen om tilbageholdelse for retten og skal både ved indgåelse af kontrakt og ved meddelelse om afgørelse informeres om denne mulighed

Gældende for stofmisbrugere

Behandling:

- SUL § 142 stk. 3: Kommunalbestyrelsen tilbyder personer, som har et stofmisbrug, lægelig behandling
- SEL § 101: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug, ud fra en helhedsorienteret afdækning af problemer og behov
- SEL § 101 stk. 8: Behandlingstilbuddet skal udarbejde en behandlingsplan, for at sikre sammenhæng mellem problemer, behov og behandling
- AGK § 1: Afgørelse om social behandling af stofmisbrug sker pba. en helhedsorienteret afdækning af problemer og behov
- AGK § 1 stk. 3: Såfremt afdækningen medfører behov for indhentning af oplysninger fra andre offentlige myndigheder, læger mv. skal kommunalbestyrelsen indhente samtykke fra personen jf. § 11 a, stk. 1, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område

Tilbageholdelse:

- TSB § 3 stk. 1: Ved afgørelse om behandling efter SEL § 107, stk. 2, nr. 2, kan der indgås en kontrakt om behandling med stofmisbrugeren. Kontrakten skal indgås, før behandlingen påbegyndes.
- TSB § 4 stk. 2: En kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse af den gravide stofmisbruger skal indgås for perioden frem til fødslen.
- TSB § 5 stk. 1: Årsager til tilbageholdelse: 1) udsigten til ophøret af misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet 2) stofmisbrugeren frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, eller 3) den gravide stofmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.
- TSB § 8: Den gravide kan bede kommunen indbringe afgørelsen om tilbageholdelse for retten og skal både ved indgåelse af kontrakt og ved meddelelse om afgørelse informeres om denne mulighed

Tilbud om hjælp, omsorg og støtte samt genoptræning og hjælp til udvikling af færdigheder

- SEL § 85: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
- SEL § 141 stk. 2: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan

Tilsynet:

- STL § 4: Socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med: 2) Døgntilbud efter servicelovens § 107, samt stofmisbrugsbehandlingstilbud efter servicelovens §§ 101 og 101, og 4) Alkoholbehandlingssteder efter sundhedslovens § 141

Bilag 3: Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol og TWEAK screeningsguide

Spørgeguide om alkohol og evt. intervention

Spørgsmål til alle gravide

1. Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit om ugen, nu hvor du er gravid?

Antal genstande:

- Mindre end 1 genstand om ugen
 Ingen

2. Prøv at tænke på hele perioden, hvor du har været gravid – også de første uger, før du vidste, at du var gravid. Hvor mange gange har du da drukket 5 genstande eller flere ved en enkelt lejlighed?

Antal gange:

- Ingen
 Husker ikke/ved ikke

Hvor langt henne i graviditeten var du ved disse lejligheder?

Sæt x ved den eller de uger, hvor du drak 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed.

Uge

Uge 1 starter ved sidste menstruations første dag.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Alle gravide udspørges systematisk om deres alkoholforbrug ved første graviditetskonsultation med ovenstående spørgeguide.

Ved bekymring eller mistanke om et problematisk alkoholforbrug, suppleres med nedenstående TWEAK-screeningsguide. TWEAK er et valideret screeningsredskab til afdækning af problematisk alkoholforbrug hos gravide. TWEAK står for: Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cut-down.

TWEAK screeningsguide – vedrørende gravides brug af alkohol

3. Hvor meget skal der til, før du begynder at mærke de første virkninger af alkohol, nu hvor du er gravid?

Antal genstande: _____

- Ved ikke

4. Har nogen i din familie eller nogen af dine nære venner været bekymrede over eller beklaget sig over dit alkoholforbrug inden for det seneste år?

- Ja
 Nej

5. Starter du somme tider dagen med en lille en?

- Ja
 Nej

6. Sker det, at du har drukket alkohol og bagefter har fået at vide af en ven eller en i din familie, at du har sagt eller gjort noget, som du ikke selv kan huske?

- Ja
 Nej

7. Føler du somme tider trang til at skære ned på dit alkoholforbrug?

- Ja
 Nej

TWEAK screeningsguide – pointgivning

Pointberegning for spørgsmål 1-5:

2 point for spørgsmål 1, hvis svaret er ≥ 3 genstande

2 point for spørgsmål 2 ved positivt svar

1 point for hvert af spørgsmålene 3, 4 og 5 ved positivt svar

Positiv test ved score ≥ 2 point.

Henvisning til familieambulatorium

Ved TWEAK-score ≥ 2 point henvises til det regionale familieambulatorium.

Intervention ved konstateret alkoholforbrug hos gravide

Den gravides alkoholforbrug	Intervention
1-3 genstande pr. uge	Ingen særskilt alkoholintervention.
4-6 genstande pr. uge	Ved henvendelse i første trimester oplyses om mulig øget risiko for spontan abort. Derudover oplyses om Sundhedsstyrelsens råd til gravide, herunder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at undgå alkohol under graviditeten.
≥ 7 genstande pr. uge	Henvisning til regionalt familieambulatorium
Episodisk højt alkoholforbrug (≥ 5 genstande ved samme lejlighed) efter kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥ 3 gange	Henvisning til regionalt familieambulatorium
Højrisikoforbrug, alkoholafhængighed og abstinensbehandling Positiv TWEAK test med score ≥ 2	Henvisning til regionalt familieambulatorium, evt. akut Henvisning til alkoholbehandling Stillingtagen til underretning til kommunen

Ved et mindre alkoholforbrug tidligt i graviditeten er der sjældent grund til bekymring.

Risikoen for alvorlig fosterskade er minimum 10-15 % ved et alkoholforbrug $\geq 6-7$ genstande om dagen, hvorfor man i disse tilfælde bør drøfte mulighed for provokeret abort med kvinden. Ved et lavere forbrug samt ved episodisk højt forbrug ved flere lejligheder er der derimod ikke indikation for at tage abortmuligheden op med kvinden.

Ved tvivl kan den gravide henvises til rådgivning i familieambulatoriet.

Intervention ved konstateret forbrug af andre rusmidler

Ved forbrug af andre rusmidler henvises den gravide til familieambulatoriet.

Henviſning til det regionale familieambulatorium

Den gravide med et alkohol-/rusmiddelforbrug kan henviſes direkte til familieambulatoriet. Akut henviſning uden for dagarbejdstid kan ske via vagthavende på de regionale gynækologisk-obstetriske afdelinger, fx ved behov for afrusning, abstinens- eller substitutionsbehandling.

I tilfælde af, at den gravide ikke ønsker henviſning til familieambulatorium, henviſes hun til den almindelige svangreomsorg, som yder intensiveret indsats. Hun bør samtidig tilbydes henviſning til den kommunale alkohol-/rusmiddelbehandling.

Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser

Region	Navngivet indsats/Behandling	Faglighed	Nord	Midt	Syd	Sj.	H.
Opsporing	Kontakt med interne og eksterne samarbejdspartnere, herunder <ul style="list-style-type: none"> • Svangrehenvisning fra egen læge • Rusmiddelcentre • Socialforvaltning • Døgninstitutioner • Kvindesygdomme og Fødsler • Universitetshospitaler • Regionshospitaler 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læger • Jordemødre • Læger/obstetrikere • Socialrådgivere • Rusmiddelbehandlere 	X	X	X	X	X
	Visitationssamtaler inden abortgrænse - visitationsmøde ugentligt	Overlæge, jordemor og leder i Familieambulatoriet			X	X	
Udredning	Indskrivnings/opstartssamtale, herunder anamneseoptagelse	Socialrådgiver, Obstetiker og evt. socialrådgiver og psykolog	X	X	X	X	X
	Urinscreening, konfirmatorisk analyse og evt. hårstråsanalyse			X	X		X
Tiltag/indsats	Urinscreening for alkohol og rusmidler	Obstetiker og jordemoder	X	X		X	X
	Konsultationer med læge og jordemoder samt scanninger	Obstetiker og jordemoder	X	X	X	X	X
	Løbende patientkontakt og -henvendelser via telefon og video		X	X	X	X	X
	NADA (øreakupunktur mod stoftrang, tankemylder, søvnproblemer etc.)	Jordemoder	X	X		X	
	Netværksmøder/brøbygning med og konsultativ bistand til eksterne samarbejdspartnere samt henvisning til primærsektor og sundhedstilbud fx kommune/&psykiatri/sundhedsplejerske	Socialrådgiver, obstetiker, jordemødre, sekretær	X	X	X	X	X
	Kort familierapeutisk forløb	Familierapeut / socialrådgiver	X				
	Individuel fødselsforberedelse (med mulighed for anvendelse af babydukke)	Jordemoder		X	X	X	
	Gruppefødselsforberedelse (eksternt)	Jordemødre	X				
	Babystartpakke og gavekort til mødrehjælpen				X	X	X
	Mulighed for indlæggelse til afstæning på barsel i graviditeten		X	X	X	X	
	Barselsbesøg i graviditet	Jordemoder		X		X	
	Barselsforberedende samtale	Sundhedsplejerske					X
	Opfølgning	Efterfødselssamtale	Jordemoder, obstetrikker	X	X	X	X
Barselsforløb på barselsgangen		Sundhedsplejerske		X			X
Udskrivningsmøde		Socialrådgiver / jordemoder	X	X	X	X	X
Familieplanlægning		Jordemoder, obstetrikker	X	X	X		X
Andet	Samarbejds møder med den primære sektor	Leder, 1-2 behandlere	X	X	X	X	X

Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser

Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede forløb

Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede forløb i denne økonomiske forløbsanalyse omfatter de direkte udgifter, der er forbundet med relevante indsatser på socialområdet i forskellige forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres barnet fra påbegyndt graviditet til barnets andet leveår. Nedenfor beskrives, hvordan de offentlige udgifter, der er forbundet med de specificerede caseforløb, er opgjort.

Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling

Offentlige udgifter forbundet med integrerede rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141, i kombination med den gennemsnitlige pris forbundet med to familiebehandlingsforløb, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3, af 3-6 måneders varighed, hvoraf den ene placeres i graviditeten, mens den anden placeres i barnets 2. leveår.

Offentlige udgifter forbundet med at den gravide kvinde/moderen støttes med forælderrollen antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2.

Tabel 1: Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	51.818*	(36 s. 260)
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	132.086	(37 s. 264)
Familiebehandling/behandling af barnets eller den unges problemer jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3	År	3-6 mdr. under graviditet 3-6 mdr. i alt i 2. leveår	111.765	(37 s. 264)

Anm.: *Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

Tabel 1 viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med 'Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling'.

Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling

Offentlige udgifter forbundet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med døgnophold for familien, jf. Servicelovens § 52, stk. 3 nr. 4, i kombination med den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

Offentlige udgifter forbundet med ambulantly rusmiddelbehandling efter afsluttet døgnbehandling antages at omfatte den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141. Offentlige udgifter forbundet med praktisk og pædagogisk støtte i hjemmet til at varetage forælderrollen efter endt døgnbehandling antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2. Det antages desuden at offentlige udgifter forbundet med ambulantly familiebehandling efter endt døgnbehandling svare til den gennemsnitlige pris forbundet med 3-6 måneders familiebehandling, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3.

Tabel 2 viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med 'Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling'.

Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling

Offentlige udgifter forbundet med rusmiddelbehandlingen antages at svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141, i halvdelen af graviditeten og halvdelen af barnets første to leveår.

Tabel 3 viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med 'Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling'.

Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb

De afledte offentlige udgifter omfatter i denne økonomiske forløbsanalyse de indirekte ændringer i forbruget af offentlige ydelser og aktiviteter, der forventes at følger af effekten af forskellige typer af forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og deres børn i barnets 3.-11. leveår.

De afledte offentlige udgifter er beregnet i de nationale register ud fra en målgruppe, der ligner målgruppen for forløbsbeskrivelsen, og et succesmål, der ligner succesmålet for det optimale forløb for målgruppen. Tabel 4 viser, hvordan målgruppen og succesmålet er blevet afgrænset.

Tabel 2: Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Ambulant stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	51.818*	(36 s. 260)
Døgnophold for familien, jf. Servicelovens § 52, stk. 3 nr. 4	År	3-6 mdr. under graviditet. 6-12 mdr. i 1. leveår.	1.103.428	(37 s. 264)
Praktisk, pædagogisk og andet støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2	År	0-3 mdr. i 1. leveår Hele året i 2. leveår.	132.086	(37 s. 264)
Familiebehandling/behandling af barnets eller den unges problemer jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3	År	3-6 mdr. i alt i 2. leveår	111.765	(37 s. 264)

Anm.: *Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af den gennemsnitlige pris forbundet med ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

Tabel 3: Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Ambulant stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	51.818*	(36 s. 260)

Anm.: *Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af den gennemsnitlige pris forbundet med ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

Tabel 4: Afgrænsning og definition af registerafgrænset målgruppe og succesmål til at belyse afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb for *udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og deres børn*

Parameter	Register	Registermæssig afgrænsning	Periode for registermæssig afgrænsning
Målgruppe	Det Medicinske Fødselsregister	Levende- eller dødfødte: • Levendefødte	2007-2018
	Register for Stofmisbrugere i Behandling	Tidspunkt for stofmisbrugsbehandling: • Under graviditet (perioden fødselsdato minus gestationsalder i Det Medicinske Fødselsregister)	2007-2018
	Det Nationale Alkoholbehandlings-register	Tidspunkt for alkoholbehandling: • Under graviditet (perioden fødselsdato minus gestationsalder i Det Medicinske Fødselsregister)	2007-2018
Succesmål*	Register for Stofmisbrugere i Behandling	Årsag til afsluttet behandling • Færdigbehandlet	2007-2018
	Det Nationale Alkoholbehandlings-register	Årsag til afsluttet behandling • Færdigbehandlet	2007-2018

Anm.: *Succesmålet omfatter behandlingsforløb, der har været aktive under graviditeten, som er afsluttet under graviditeten eller til og med barnets andet leveår.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun er overlappende med den registerafgrænsede målgruppe, da den registerafgrænsede målgruppe omfatter gravide kvinder i rusmiddelbehandling. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør derimod udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, herunder uafhængigt af, om de er i rusmiddelbehandling eller ej. Når den registerafgrænsede målgruppe alligevel anvendes i den økonomiske forløbsanalyse skyldes det, at rusmiddelbehandlingsregistrene er en af de eneste måde at påvise målgruppens progression i. Desuden er det svært at afgrænse udsathed i de nationale registre med mindre man modtager en social ydelse eller indsats.

En central antagelse i den økonomiske forløbsanalyse er at de optimale forløb (caseforløb 1 og 2) forventes at medfører at den gravide kvinde/ moderen afslutter rusmiddelbehandlingen som færdigbehandlet inden barnets tredje leveår. Omvendt forventes forløbet, der ønskes undgået (caseforløb 3) at medfører, at den gravide kvinde/moderen ikke bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen inden barnets tredje leveår.

Det er væsentligt at pointerer, at der ikke er viden om, hvorvidt det optimale forløb medfører at den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbe-

handlingen, men at det er det bedste bud på et relevant succesmål forbundet med et godt forløb for gravide kvinder/mødre i målgruppen.

Hvorvidt moderen blive færdigbehandlet i sin rusmiddelbehandling eller ej har betydning for det fremadrettede forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter, som følges for både barnet og moderen fra barnets tredje til 12. leveår.

Der medregnes afledte offentlige udgifter inden for følgende overordnede velfærdsområder:

- Grundskole (kun barn)
- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år (kun barn)
- Beskæftigelsesindsatser (kun mor)
- Indkomstoverførsler (kun mor)
- Skat af indkomst (kun mor)
- Ungdoms- og voksenuddannelse (kun mor)
- Efterværn (kun mor)
- Sociale serviceydelser for voksne over 17 år (kun mor)
- Politi, retsvæsen og kriminalforsorg (kun mor)
- Sundhedsydelser (både mor og barn)

Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af de definitioner der er for offentlige ydelser og aktiviteter i SØM samt enhedspriser forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

Bilag 6: Registeropgørelse – rusmiddelbrug blandt gravide kvinder

Afgrænsning af målgruppen

Målgruppen defineres og afgrænses til de kvinder, der har været gravide mindst én dag i året op til opgørelsestidspunktet (opgørelsesåret), og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og/eller alkoholforbrug) under graviditeten. Målgruppen er opgjort som det kumulative antal i opgørelsesåret.

Rusmiddelbrug

Rusmiddelbrug defineres og afgrænses ud fra minimum én af følgende betingelser:

- Kvinden er registreret i Stofmisbrugsdatabasen eller Det Nationale Alkoholbehandlingsregister under graviditeten, og har dermed modtaget behandling for stof- og/eller alkoholforbrug under graviditeten.
- Kvinden er registreret med en diagnose- eller procedurekode relateret til stof- og/eller alkoholforbrug under graviditet i graviditetsperioden.
- Kvinden er registreret med en diagnose- eller procedurekode for postpartum-kontrol ifm. stof- og/eller alkoholforbrug i perioden fra graviditetens startdato til otte uger efter graviditetens slutdato.
- Kvinden har født et barn som efter fødslen er diagnosticeret med prænatal eksposition for rusmidler.

Graviditet

Det er nødvendigt at definere kvindernes individuelle graviditetsperioder for at afgrænse målgruppen. Slutdato for graviditet defineres som barnets fødselsdag eller dato for abortering eller dødfødsel. Startdato for graviditet defineres som graviditetens slutdato fratrukket graviditetens længde dvs. fosterets gestationsalder. Ved manglende gestationsalder er graviditetens længde defineret ud fra registreringer om abortering og fødsel (død- og levendefødte), hvor graviditetslængden sættes lig den maksimale graviditetslængde for abort og den typiske graviditetslængde for fødsel:

- Tidlig abort: 12 uger
- Sen abort: 22 uger
- Fødsel: 40 uger

Registerbaseret opgørelse over antallet af gravide kvinder med rusmiddelbrug

Tabel 1 (der også fremgår på side 15 i rapporten) viser den registerbaseret opgørelse over antallet af kvinder, som er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og/eller alkoholforbrug) under graviditeten mindst én dag i opgørelsesåret. I 2016 er der registreret 1.133 kvinder og i 2017 1.149 kvinder, der har været gravide, og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug. Estimatet bør ikke ses som den eksakte størrelse på målgruppen, men bør derimod ses som et underestimat på målgruppens mulige størrelse, da opgørelsen kun omfatter de personer, der er registreret i de nationale registre. Det formodes, at en del kvinder med et forbrug af rusmidler ikke bliver registreret bl.a. grundet den manglende opsporing- og registreringspraksis på området, hvilket udgør en barriere for at få et retvisende overblik over målgruppens sande størrelse.

Tabel 1: Antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og alkohol)

	2016	2017
Målgruppen, totalt	1.133	1.149

Anm.: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Opgørelsestidspunkt pr. 31. december. I opgørelsen medtages kun de personer, det er muligt at identificere ud fra de nationale registre (herunder Landspatientregistret, Befolkningsregistret, Stofmisbrugsdatabasen, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister). Tabellen opgør antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og alkohol i samme år). Der kan være personer (gængere), som går igen på tværs af de to opgørelsesår, hvis denne person har været gravid og er registreret med et rusmiddelbrug mindst én dag i begge opgørelsesår. Personer, der er afgået ved døden eller flyttet fra Danmark forud for opgørelsestidspunktet, indgår derfor ikke i målgruppen. Der indgår ikke data fra MiniPas, som primært indeholder indberetninger fra privathospitaler, men enkelte mindre, offentlige sygehuse anvender også MiniPas. Personer, der kun har modtaget/registreret diagnosen i speciallægeri, indgår ikke i målgruppen. Misbrugsdatabaserne opgør ikke alle personer med et rusmiddelbrug men kun de, der modtager behandling (ekskl. personer, der er registreret i anonym alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. Der er derfor forventeligt et mørketal på området for personer med et forbrug af stof- og/eller alkohol.

Anvendte registre og diagnosekoder til opgørelse af målgruppen.

Nedenstående tabel 2 viser hvilke registre og variable, der er anvendt til opgørelsen af målgruppen. De konkrete diagnosekoder samt procedurekoder anvendt til afgrænsning af graviditet og rusmiddelbrug fremgår i tabel 3.

Tabel 2: Registre og variable anvendte til opgørelse af gravide kvinder med et rusmiddelbrug

Register	Variable
Landspatientregisteret	<p><i>Diagnosetyper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktions- og bi-diagnoser tildelt ved somatiske og/eller psykiatriske henvendelser. Tillægskoder for operationer er ekskluderet. <p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • LPR_DIAG • UAF_DIAG • LPR_ADM • UAF_ADM • PSYK_DIAG • PSYK_ADM • PSYK_PERS • LPR_BES • UAF_BES • LPR_SKSUBE • UAF_SKSUBE • PSYK_SKSUBE
Det medicinske fødselsregister	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • MFR
Stofmisbrugsdatabasen	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SMDB_VBGF_2018_SAERLEVERANCE
Det Nationale Alkoholbehandlingsregister	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • T_NAB_GRUNDOPLYSNINGER
Befolkningsregisteret	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • BEF

Anm.: Målgruppen afgrænses til at omfatte personer, der fremgår af Befolkningsregisteret på opgørelsestidspunktet.

Tabel 3: Afgrænsning af rusmiddelbrug og graviditet

Afgrænsning		Diagnosekoder samt procedurekoder
Rusmiddelbrug	Rusmiddelbrug under graviditet	DZ358M, DZ358M1, DZ358M10, DZ358M11, DZ358M11B, DZ358M11H, DZ358M11M, DZ358M11P, DZ358M12, DZ358M13, DZ358M14, DZ358M15, DZ358M16, DZ358M17, BKUA22AO, BKUA22BO, BKUA7M, BKUA8M
	Rusmiddelbrug generelt	DF10, DF11 DF12, DF13, DF14, DF15, DF16, DF18, DF19, DT40, DT400, DT401, DT402, DT402A, DT402B, DT403, DT404, DT404A, DT405, DT406, DT406W, DT407, DT408, DT409, DT409A, DT409B, DT409C, DT409D, DT409X, DT409Z, DT43, DT430, DT431, DT432, DT433, DT434, DT435, DT436, DT436A, DT436B, DT436C, DT438, DT438A, DT439, DG312, DG621, DG721, DI426, DK292, DK70, DK852, DK860
	Rusmiddel-behandling	Alle der indgår i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og/eller Stofmisbrugs-databasen med kommunegodkendte aktive forløb.
	Postpartum-kontrol ifm. Rusmiddel	DZ393, DZ3931, DZ39310, DZ39311, DZ39311B, DZ39311H, DZ39311M, DZ39311P, DZ39312, DZ39313, DZ39314, DZ39315, DZ39316, DZ39317, DPO44, BKUA37M
	Prænatal eksposition for rusmidler	DZ071A, DZ071B, DZ071B1, DZ071B1B, DZ071B1H, DZ071B1M, DZ071B1P, DZ071B2, DZ071B3, DZ071B4, DZ071B5, DZ071B6, DZ071B7, DPO43, DPO44, DP961, DP962, DQ860, ZZ0149M, ZZ0198A, ZZ0198B
Tidsmæssig afgrænsning - rusmiddelbrug	Målgruppen afgrænses endeligt ved at afgrænse kvinderne, der har været gravide i opgørelsesåret, til yderligere at være registreret med et forbrug af rusmidler under graviditeten ud fra følgende betingelser	<ul style="list-style-type: none"> Kvinden har været i rusmiddelbehandling i graviditetsperioden. <ul style="list-style-type: none"> Iværksat behandlingsdato (IVAERKSATBEHANDLNGDATO/D_INDDTO) ≤ Graviditetens slutdato. Slutdato for behandlingsforløb (KONTAKTFORLOEBSLUTDATO/D_UDDATO) ≥ Graviditetens startdato. Kvinden er registreret med en diagnose- eller procedurekode relateret til et rusmiddelforbrug under graviditet i graviditetsperioden. <ul style="list-style-type: none"> Indskrivningsdato (D_INDDTO) ≤ Graviditetens slutdato. Udskrivningsdato (D_UDDTO) ≥ Graviditetens startdato. Kvinden er registreret med postpartum-kontrol ifm. rusmiddelbrug i perioden fra graviditetens startdato til otte uger efter graviditetens slutdato. <ul style="list-style-type: none"> Indskrivningsdato (D_INDDTO) ≤ Graviditetens slutdato + 8 uger. Udskrivningsdato (D_UDDTO) ≥ Graviditetens startdato. Kvinden har født et barn i perioden 1. januar i opgørelsesåret til 31. oktober i året efter opgørelsesåret,²¹ som efter fødslen er diagnosticeret med prænatal eksposition for rusmidler.²² <ul style="list-style-type: none"> 1. januar i opgørelsesåret ≤ Barnets fødselsdato (FOED_DAG) ≤ 31. oktober i året efter opgørelsesåret. Indskrivningsdato (D_INDDTO) ≥ Graviditetens slutdato.

21 31. oktober i året efter opgørelsesåret udgør ni måneder efter opgørelsesåret tillagt en ekstra måned for at indfange kvinder, der føder efter termin.

22 Børn kan registreres med prænatal eksposition for rusmidler flere år efter fødsel. Da data kun går t.o.m. året efter opgørelsesåret, medtager analysen kun de kvinder, der har børn registreret med prænatal eksposition for rusmidler t.o.m. året efter opgørelses-året.

Afgrænsning		Diagnosekoder samt procedurekoder
Graviditet	Abort	<p><i>Spontan abort:</i> DO03, DO030, DO031, DO032, DO033, DO034, DO035, DO036, DO037, DO038, DO039</p> <p><i>Tidlig abort:</i> DO04, DO040, DO041, DO042, DO043, DO044, DO045, DO046, DO047, DO048, DO049</p> <p><i>Sen abort:</i> DO05, DO050, DO051, DO052, DO053, DO054, DO055, DO056, DO057, DO059</p> <p><i>Tidligt abortindgreb:</i> BKHD40, BKHD401, BKHD401A, BKHD401B, BKHD401C, BKHD41, BKHD411, BKHD411A, BKHD411B, BKHD411C, BKHD411D, BKHD411E, BKHD411F, BKHD411G</p> <p><i>Sent abortindgreb:</i> KLCH, KLCH00, KLCH03, KLCH10, KLCH11, KLCH13, KLCH20, KLCH96, BKHD4, BKHD44, BKHD45</p>
	Dødsfødsler	DZ37, DZ371, DZ373, DZ374, DZ377, DP95, DP959 "dødfødt"
	Levendefødte	"levendefødt"
Tidsmæssig afgrænsning – graviditet	<p>Graviditetens længde for hver enkelt kvinde er opgjort for at bestemme graviditetens startdato. Graviditetens længde er opgjort som gestationsalder på fosteret angivet i dage. Hvis ikke gestationsalderen er angivet, er graviditetens længde defineret som følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spontan abort eller sen abort: 154 dage (22 uger). • Tidlig abort: 84 dage (12 uger). • Dødfødsel eller levendefødte: 280 dage (40 uger). 	<ul style="list-style-type: none"> • Graviditetens slutdato er defineret som følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Abort eller dødfødsel (registreret i Landspatientregisteret): slutdato = indskrivningsdato (D_INDDTO).²³ • Dødfødsel eller levendefødte (registreret i Det medicinske fødselsregister): slutdato = fødselsdato (FOEDELSDATO). • Graviditetens startdato er defineret som graviditetens slutdato fratrukket graviditetens længde. • Der er yderligere foretaget følgende tidsmæssige afgrænsning, således at minimum én dag i graviditeten er i opgørelsesåret²⁴: <ul style="list-style-type: none"> • Graviditetens startdato ≤ 31. december i opgørelsesåret. • Graviditetens slutdato ≥ 1. januar i opgørelsesåret.

23 Svarende til proceduredato (D_ODTO), hvor der er afgrænset på procedurekoder.

24 De registrerede graviditeter strækker sig fra marts i året før opgørelsesåret til oktober i året efter opgørelsesåret. Dette er lidt mere end ni måneder hhv. før og efter opgørelsesåret og skyldes, at nogle kvinder føder efter termin.



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk

September 2022

