



OMSORG FOR GRAVIDE OG SMÅBØRNSFAMILIER MED RUSMIDDELPROBLEMER

Familieambulatoriets interventionsmodel

Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelp problemer

Familieambulatoriets interventionsmodel

Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer

– Familieambulatoriets interventionsmodel

© Sundhedsstyrelsen 2005

1. udgave, 1. oplag

ISBN 87-7676-111-8

Manuskript

May Olofsson, overlæge

Fagredaktion

Freddy Krarup Pedersen, overlæge dr. med.

Hanne Kjærgaard, jordemoder

Hans Henrik Philipsen, fuldmægtig

Henrik Sælan, embedslæge

Ingeborg Kristensen, udviklingskonsulent

Kim Toftager-Larsen, overlæge dr. med.

Kit Broholm, specialkonsulent

Laila Hørby, instruktionsjordemoder

Mette Harbo, projektkoordinator

Tine Houmann, overlæge

Tom Weber, overlæge

Redaktion og produktion

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse

Peter Dyrvig Grafisk Design

Fotos

Anjo Foto

Tryk

Narayana Press

Printed in Denmark 2005

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Kan rekvireres hos:

Komiteen for Sundhedsoplysning

Classensgade 71, 5. sal

2100 København Ø

Tlf.: 35 26 54 00

Fax: 35 43 02 13

www.sundhedsoplysning.dk

kfs@sundkom.dk

Indhold

Forord	5
1. Indledning	6
2. Rusmidler set i et børneperspektiv	11
3. Organisation, struktur og intervention	14
4. Karakteristik af målgruppen	17
5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	19
6. Rusmidlers indvirkning på graviditet, fødsel og barnets udvikling	26
7. Intervention under graviditet og fødsel	37
8. Indlæggelse af den gravide	52
9. Helhedsorienteret behandling	55
10. Kroniske infektioner og graviditet	65
11. Gravide med dobbeltdiagnose (psykisk syge med rusmiddelbrug)	67
12. Intervention i barselsperioden	70
13. Intervention under barnets indlæggelse på neonatalafdeling	76
14. Intervention under barnets indlæggelse på børneafdeling	86
15. Opfølgende børneundersøgelser	95
16. Holdninger, kommunikation, professionalisme og etiske dilemmaer	107
17. Resultater af Familieambulatoriets intervention	110
18. Perspektivering	113
Referencer og litteratur	114
Register	122
<i>Bilag</i>	
Lov om social service § 35 og 36	126
Patientinformation	127
Spørgeskema	128
Specialark til svangrejournal	130
Observationsskema for mor-barn-samspil	132
Observationsskema for abstinenssymptomer	134

1. Forord

Denne publikation er en beskrivelse af en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsmodel vedrørende gravide med rusmiddelproblemer og deres børn. Arbejdsmodellen er over en årrække udviklet af forfatteren og Familieambulatoriets medarbejdere. Publikationen er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af følgende medarbejdere fra Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet: Psykolog Riitta Väisänen, psykolog Hanne Nielsen, læge Dorrit Christensen, socialrådgiver Karen Skov, jordemoder Grete Hutzelsider samt overlæge May Olofsson.

Publikationen er blevet til på initiativ af og med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen.

Publikationen er tænkt som en vejledning og inspirationskilde til de fagpersoner i sundhedsvæsenet og i det sociale system, som arbejder med gravide, børn, børnefamilier, alkohol- og andre rusmiddelproblemer, psykiatri, pædagogik m.m. (læger, jordemødre, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker, sundhedsplejersker, pædagoger, sagsbehandlere m.fl.). Formålet med publikationen er at bidrage til en faglig oprustning vedrørende viden om rusmidlers indvirkning på børns udvikling og prognose og at optimere indsatsen på landsplan over for de børn, gravide og børnefamilier, som er berørt af disse svære og alvorlige problemer. Bogen er således tænkt som en opslagsbog, hvorfor de enkelte kapitler kan læses hver for sig. Der vil derfor være enkelte temaer, som gentages bogen igennem.

Den interventionsmodel, som beskrives i denne publikation, vil kunne anvendes over for alle gravide med belastet livssituation.

Familieambulatoriet, maj 2005

May Olofsson, overlæge

Tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde

Da begreberne tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde er gennemgående begreber i den her beskrevne arbejdsmodel, kan det ikke undgås, at anvendelsen af disse ord forekommer så mange gange, at det giver teksten en vis monotomi. Det er beklageligt men uundgåeligt i den indgående beskrivelse af arbejdsmetoden.

Socialforvaltningens familieafsnit eller 'børn- og unge teams'

I beskrivelsen af interventionsmodellen omtales socialforvaltningens familieafsnit som en vigtig samarbejdsinstans til Familieambulatoriet i København. Socialforvaltningens familieafsnit er at sammenligne med de børn- og ungeteams, som er etableret i kommunerne landet over i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende børn og unge¹⁸.

1. Indledning

Svangreomsorg

Forebyggelse af sygdom og død hos kvinden og det ufødte og nyfødte barn har været det primære formål med sundhedsvæsenets tilbud til gravide kvinder, siden svangreomsorgen i 1945 blev et lovfæstet tilbud. Således er et af de overordnede formål med svangreomsorgen som beskrevet i retningslinjerne: *Bevarelse af kvindens og barnets liv og helbred*¹. Det pointeres i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg, at der skal vises særlig opmærksomhed over for kvinder/familier, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn, og over for kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret². Der gøres her opmærksom på grupper af gravide, som har særlige behov, og for hvem svangreomsorgens formål kun kan opfyldes ved, at deres situation ofres særlig opmærksomhed.

Det drejer sig for eksempel om gravide, der er:

- Overforbrugende/afhængige af medicin, alkohol, tobak og andre rusmidler.
- Psykisk syge/psykisk skrøbelige.
- Helt unge/umodne med sundhedsskadelig livsstil/livsvilkår.
- Socialt stærkt belastede.
- Tilhørende visse etniske minoritetsgrupper.
- Præget af lav intelligens.

Der vil være behov for at tilbyde specifik psykosocial eller livsstilsrelateret intervention til disse gravide. Sundhedsvæsenets indsats skal, medicinsk, psykisk og socialt, tilpasses brugerens individuelle behov og erfaringsgrundlag. Indsatsen skal rettes mod at reducere og helst eliminere risikofaktorerne. Der peges på vigtigheden af tidlig indsats samt på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde³.

Sårbare gravide og børn

Hvor mange gravide kvinder og nyfødte børn, som kan betegnes som særligt sårbare, er der ikke præcise tal for. Det skønnes, at det drejer sig om ca. 5 % af de gravide, således ca. 3.000 gravide om året og deres nyfødte børn. Den sårbare gruppe omfatter gravide med rusmiddelproblemer, de psykisk syge/psykisk skrøbelige, de helt unge/umodne, de socialt stærkt belastede, de psykisk

udviklingshæmmede og visse etniske minoritetsgrupper. I Sundhedsstyrelsens rapport fra 1992 *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer* anslås, at der i Danmark årligt fødes 1500-2000 børn af mødre med et afhængighedsforbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, og at der fødes ca. 100 børn om året med føtalt alkoholsyndrom (FAS)⁴.

Af Sundhedsstyrelsens rapport *Graviditet og alkohol* fremgår det, at ca. 80 % af gravide drikker alkohol, at mellem 0,6 % og 2,4 % i gennemsnit drikker 10 genstande om ugen eller derover, og at ca. 18 % ved mindst én lejlighed har drukket 7 genstande eller mere⁵. De gravide, som har det største alkoholforbrug, er veluddannede kvinder over 30 år, og der er færre alkoholafholdende gravide i Danmark end i andre europæiske lande⁶. Hvor meget alkohol, der skal til for at give risiko for medfødte skader, kendes ikke. Sundhedsstyrelsens anbefaling til gravide er derfor, så vidt muligt, helt at undgå alkohol under graviditeten. En dansk undersøgelse baseret på sundhedsplejerskernes kendskab til omsorgssituationen for 0-3-årige børn viste, at 2 % af børnene har en mor med et alkoholmisbrug, og 1/2 % har en mor med et stofmisbrug⁷. Disse tal må vurderes som minimumstal.

Rapporten *Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001*, udarbejdet i 2004 af Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksbergs Kommuner, viser, at stofmisbrugende kvinder får lige så mange børn som den øvrige befolkning, nemlig 1,6-1,7 barn pr. kvinde, men ca. 2,5 gange flere provokerede aborter. Blandt de levendefødte børn er der en tre gange større dødelighedsrate blandt misbrugernes børn, særligt i de første 2 leveår i forhold til baggrundsbefolkningen. Der ses en forskel mellem Øst- og Vestdanmark i antallet af graviditeter og fødsler. For Sjælland er der samlet set tale om et lavere antal både fødsler og provokerede aborter end i resten af landet. Der er en tre gange lavere spædbarnsdødelighed i København i denne risikogruppe sammenlignet med resten af landet⁸.

Det skal bemærkes, at den periode, som undersøgelsen omhandler, er sammenfaldende med den periode, hvor Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet har ydet en intensiv og systematisk indsats over for gravide med rusmiddelproblemer og deres børn ved tidlig og tværfaglig indsats, abortrådgivning og antikonception såvel i forbindelse med fødsler som ved abortindgreb.

Familieambulatorier ved amternes centralsygehuse

Det vil være muligt at etablere tværfaglige enheder, der arbejder efter de samme principper, andre steder i landet ved amternes centralsygehuse. De nødvendige fagpersoner er i forvejen til stede på de store sygehuse. Det vil overvejende være et spørgsmål om at organisere og prioritere de eksisterende ressourcer til måltrettet at varetage primært de marginaliserede grupper i et samarbejde på tværs af faggrænser, afdelingsgrænser og sektorgrænser.

Politisk ønske om særlig indsats over for de marginaliserede grupper

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg påpeges nødvendigheden af en prioriteret indsats over for de marginaliserede grupper af gravide og småbørn. Det samme gør sig gældende i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet*⁹ samt i den nuværende regerings målsætning om at bryde den negative sociale arv¹⁰. I alle de her nævnte sammenhænge er Familieambulatoriets metode beskrevet som en effektiv forebyggelses- og behandlingsmodel for risikobørn og risikogravide.

Samfundsøkonomiske konsekvenser

At børn skades af rusmidler, er samfundsøkonomisk en stor belastning ud over de menneskelige omkostninger, som altid følger med et skadet barn. Hvor stort problemet er mere præcist, vides ikke, men det er betydeligt større end de tal, der kan ses af de offentlige statistikker. Mange af børnene vil være at finde i de (mange) grupper af børn med udviklingsskader som for eksempel medfødt hjertefejl og andre medfødte misdannelser, lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, hjerneskade, spastisk lammelse med mere. Tillige vil børnene være at finde blandt (mange) andre diagnoser så som dårlig trivsel, væksthæmning, forsinket udvikling, opmærksomhedsforstyrrelser, koncentrationsbesvær, forsinket sproglig udvikling, perceptionsforstyrrelser, adfærdsproblemer, indlæringsproblemer i skolen m.m. Dertil kommer omsorgssvigt, understimulation, seksuelle overgreb og andre fysiske overgreb.

Mange af børnene får således aldrig en diagnose, som relaterer til en rusmiddelproblematik, på trods af, at alkohol regnes for at være den hyppigste årsag til mental retardering hos børn i den vestlige verden, og den eneste, som 100 % kan forebygges¹¹. Mange af de rusmiddelskadede børn får aldrig en normal barndom og aldrig et normalt voksenliv. De har behov for hjælpeforanstaltninger hele livet igennem fra den helt tidlige spædbarnsalder. Man skal i den sammenhæng holde sig for øje, at de her omtalte børn som udgangspunkt har et normalt udviklingspotentiale og derfor ville være blevet helt normale, sunde børn og velfungerende voksne, hvis ikke de var blevet udsat for rusmidler og andre skadelige faktorer fra den tidlige fosteralder.

Samfundsøkonomisk er det en stor belastning at behandle og varetage omsorgen for børn med ovennævnte udviklingsproblemer, som også i voksenlivet vil have behov for betydelig hjælp og støtte fra det offentlige.

Børn af opiodafhængige mødre

Efterundersøgelse af 89 børn født 1970-78.

(Børnenes gennemsnitsalder er på undersøgelsestidspunktet 4 år (1-10 år))

For tidlig fødsel	20 %
Lav fødselsvægt	31 %
Iltmangel ved fødslen	20 %
Abstinenser efter fødslen	85 %
Retarderet udvikling	21 %
Adfærds- og psykiske problemer	54 %
Uden problemer	25 %
Anbragt uden for hjemmet	56 %

Interventionsmodellens baggrund

En tværfaglig interventionsmodel, *Family Center*, blev oprindeligt udviklet ved Thomas Jefferson University Hospital i Philadelphia i USA af den amerikanske børnelæge og forsker Loretta Finnegan, som har gennemført adskillige forskningsprojekter inden for problemfeltet og udviklet observations- og behandlingsmetoder til gravide og fødende¹⁴ samt til nyfødte børn med abstinenssymptomer¹⁵. Hun har blandt andet kunnet påvise, at børnenes prognose bedres betydeligt ved tidlig og tværfaglig intervention fra den tidlige graviditet¹⁶.

I Danmark blev det omkring år 1980 klart, at der var et behov for at tage vare på de rusmiddelafhængige gravide og deres børn efter resultaterne fra en dansk efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre¹⁷. På baggrund af denne undersøgelse udviklede forfatteren en tværfaglig og tværsektoriel forebyggelses- og behandlingsmodel og inkluderede blandt andet Finnegans metoder for behandling af gravide med rusmiddelproblemer og nyfødte børn med abstinenser. Efter yderligere studier i USA blev modellen afprøvet i perioden 1985-88 som et tværfagligt projekt finansieret af fondsmidler.

Resultaterne fra dette projekt førte i 1989 til oprettelsen af Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet som den første klinik, der specifikt tager sig af gravide med rusmiddelproblemer og deres børn. I 1992 fik Familieambulatoriet en stor bevilling fra Egmont Fonden til et 3-årigt projekt om gravide med alkoholproblemer og deres børn, som efterfølgende blev implementeret i afdelingens arbejde. Familieambulatoriet blev i 1995 fast etableret som en specialafdeling i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S i København.

Senere er modellen taget i anvendelse også i Norge og Sverige, blandt andet ved Karolinska Universitetssjukhus i Stockholm, Malmö Almena Sjukhuset og Ullevål Sykehus i Oslo på baggrund af erfaringerne fra Familieambulatoriet i København.

Familieambulatoriet har i alle årene haft et tæt samarbejde med Loretta Finnegan og *Family Center* i USA.

2. Rusmidler set i et børneperspektiv

Risikomiljøet

Børn født af mødre med forbrug af rusmidler er en både obstetrisk, pædiatrisk, psykologisk og social risikogruppe. De er fra den allertidligste fosterudvikling og i alle udviklingsfaser udsat for en mængde forskellige faktorer af både biologisk og psykosocial karakter, som kan føre til alvorlig skade på deres udvikling. De er i risiko for fosterdød, medfødte misdannelser, væksthæmning, hjerneska-
de, for tidlig fødsel, dødfødsel, iltmangel, infektioner m.m.¹⁹. Børnene er tillige i risiko for at udvikle behandlingskrævende abstinenser eller andre sygdomme i nyfødthedsperioden²⁰. Ydermere vokser mange af disse børn op under utrygge og ustabile forhold, hvor de udsættes for forskellige grader af understimulation og omsorgssvigt, som kan forstærke de medfødte skaders konsekvenser for børnenes videre udvikling²¹.

Opvækst i et rusmiddelbelastet hjem kan i sig selv føre til alvorlig fejludvikling og omsorgssvigt. Børn, som vokser op under disse forhold, har langt flere helbredsproblemer, psykiske og adfærdsmæssige problemer samt skoleproblemer, og de kommer desuden ud for flere ulykker end andre børn²². Disse børn er tillige i risiko for omsorgssvigt og seksuelle overgreb²³. Voksne, som er vokset op i et miljø med rusmiddelproblemer, klarer sig betydeligt dårligere end voksne med anden opvækstbaggrund. De har flere helbredsproblemer, psykiatriske lidelser og psykiatriske indlæggelser, rusmiddelproblemer og kriminalitet. De har tillige en dårligere skolebaggrund og uddannelsesforløb og flere sociale problemer sammenlignet med andre voksne²⁴.

Sårbarheden

Vi ved, at børn, som har en medfødt skade eller sårbarhed, er langt mere udsatte for understimulation og omsorgssvigt end børn, som fra fødslen er fysisk sunde og normale, og vi ved, at de sårbare børn er langt mere følsomme over for utrygge og ustabile forhold i det allerførste leveår. Et godt opvækstmiljø i første leveår kan således i nogen grad kompensere for en medfødt skades videre konsekvenser, og et dårligt miljø kan forstærke de videre konsekvenser for barnets udvikling²⁵.

Støttebehov og muligheder

En dansk efterundersøgelse af børn født af rusmiddelafhængige mødre har påvist, at det går børnene meget dårligt, såfremt de og deres mødre er overladt til blot at benytte samfundets almindelige tilbud til gravide, spædbørn og små-

børnsfamilier. Dels er disse børn i meget dårlig tilstand ved fødslen, og dels vokser de op under særdeles ustabile forhold, hvor de oftere end andre børn udsættes for understimulation, omsorgssvigt og overgreb. Tillige tilses de som regel ikke af hverken sundhedsplejerske, egen læge, daginstitutionspersonale eller andre børnesagkyndige, før de starter i skole. Resultatet for mange af disse børn er hjerneskade og anden alvorlig fejludvikling foruden øget sygelighed, dødelighed og omsorgssvigt¹³.

En anden dansk undersøgelse har påvist, at børn af mødre med dobbeltdiagnose (psykisk syge med rusmiddelproblemer) er i endnu højere risikogruppe end børn af rusmiddelafhængige mødre uden psykisk sygdom²⁶.

Både danske og udenlandske undersøgelser har påvist, at det er muligt at forebygge alvorlige skader på børnenes udvikling ved tidlig og tværfaglig intervention fra den tidlige graviditet og under graviditet, fødsel, nyfødtheds- og barselsperiode og i barnets første leveår. Det gælder såvel de skader, som opstår før fødslen og under fødslen som dem, der opstår efter fødslen under barnets opvækst²⁷.

Det er ud fra en samfundsøkonomisk betragtning meget dyrt at varetage behandlingen og omsorgen for handicappede børn ud over de menneskelige omkostninger, der altid følger med et handicappet barn. Børn af mødre med alkohol- og stofproblemer har som udgangspunkt et normalt udviklingspotentiale og ville blive helt normale, sunde børn og velfungerende voksne, hvis ikke de blev udsat for skadelige faktorer fra den tidlige udvikling. Jo tidligere der sker skade på et barns udvikling, jo alvorligere bliver konsekvenserne for barnets prognose²⁸. Vi ved, at risikoen for en ny generation med sociale problemer som rusmiddelafhængighed, arbejdsløshed, sygdom og tidlig død er stor, såfremt børnene og deres mødre ikke får hjælp på et meget tidligt tidspunkt i børnenes udvikling²⁹.

Familieambulatoriemodellen

Familieambulatoriemodellen, som denne publikation omhandler, er blevet til gennem mange års udviklings- og forskningsarbejde inden for dette problemfelt og er baseret på erkendelse af de ovenfor beskrevne problemstillinger og sammenhænge.

Den tværfaglige og tværsektorielle interventionsmodel er udviklet af Familieambulatoriets leder og afprøvet gennem mange år i klinisk og tværfagligt arbejde ved Rigshospitalets og Hvidovre Hospitals fødeafdelinger og børneafdelinger. Interventionsmodellen er udviklet ikke blot til den rusmiddelbelastede målgruppe, men også til brug for andre grupper af gravide med alvorlig psykosocial belastning og deres børn i aldersgruppen 0-7 år (psykisk syge gravide, de meget unge gravide, voldsramte, psykisk udviklingshæmmede m.fl.).

Familieambulatoriemodellen har dannet basis for udvikling og etablering af forskellige initiativer til behandling af og omsorg for gravide med rusmiddelproblemer og deres nyfødte børn flere steder i landet, tilpasset de lokale forhold. Nordjyllands Amt har gennem mange år haft 'Baggrundsteamet', som er en tværfaglig og tværsektoriel gruppe, som inddrages i behandlingen af gravide rusmiddelbrugere og deres børn og andre 'risikogravide' ved Ålborg Sygehus³⁰. I Storstrøms Amt findes 'Ibisgruppen', som ligeledes er en tværfaglig gruppe, der varetager svangreomsorgen for rusmiddelbrugende gravide og andre gravide med psykosocial belastning³¹. Også andre steder i landet har man etableret lignende tiltag.

Nogle steder i landet er tiltagene over for de gravide rusmiddelbrugere etableret med udgangspunkt i amtets rådgivningscenter (behandlingsinstitution for rusmiddelafhængige), som så indleder et samarbejde med fødeafdeling, socialforvaltning og andre relevante instanser og fagpersoner.

Sidstnævnte model har den ulempe, at målgruppen af gravide rusmiddelbrugere ikke nås bredt nok, idet mange i målgruppen ikke opfatter sig selv som 'misbrugere' og derfor ikke vil komme et sted, som behandler 'misbrugere'. Hvis gruppen af gravide med risikoforbrug af rusmidler og afhængighedsskabende medicin skal nås i tilstrækkeligt omfang, skal den gravide primært mødes og behandles som 'gravid kvinde', 'kommende mor' og ikke som 'misbruger'. Af denne grund er det vigtigt, at de relevante tilbud er til stede inden for det 'system', som varetager omsorgen for gravide generelt.

I flere af de andre nordiske lande har familieambulatoriemodellen dannet basis for etablering af lignende tilbud til rusmiddelbrugende gravide, som fx Den Familiesociale Klinik ved Karolinska Universitets Sjukhus i Stockholm og Ullevålsteamet ved Ullevål Sykehus i Oslo samt teamet ved Malmø Almena Sjukhuset.

Familieambulatoriet har kunnet påvise, at det er muligt at forebygge både de medfødte skader og sygdomme og de opvækstbetingede udviklingsproblemer og omsorgssvigt i denne meget truede børnegruppe³².

3. Organisation, struktur og intervention

Familieambulatoriet er et specialambulatorium for gravide med forbrug af alkohol og andre afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter samt deres børn frem til skolealderen. Familieambulatoriet hører under gynækologisk-obstetrisk afdeling med funktion tillige i neonatalafdeling og børneafdeling.

Personalet er tværfagligt sammensat af læger, socialrådgivere, psykologer, jordemødre og sekretærer.

Familieambulatoriets behandlingstilbud strækker sig over et langt forløb, fra graviditeten er konstateret og frem til barnets skolealder. Så længe familien er indskrevet i Familieambulatoriet, er familien tilknyttet et fast tværfagligt team, som har behandlingsansvaret i tæt samarbejde med den primære social- og sundhedsforvaltning. Opfølgning af børnene foretages så vidt muligt af den samme læge og psykolog, som har fulgt moderen og familien under graviditeten, og socialrådgiveren inddrages efter behov i det videre forløb.

Visitation

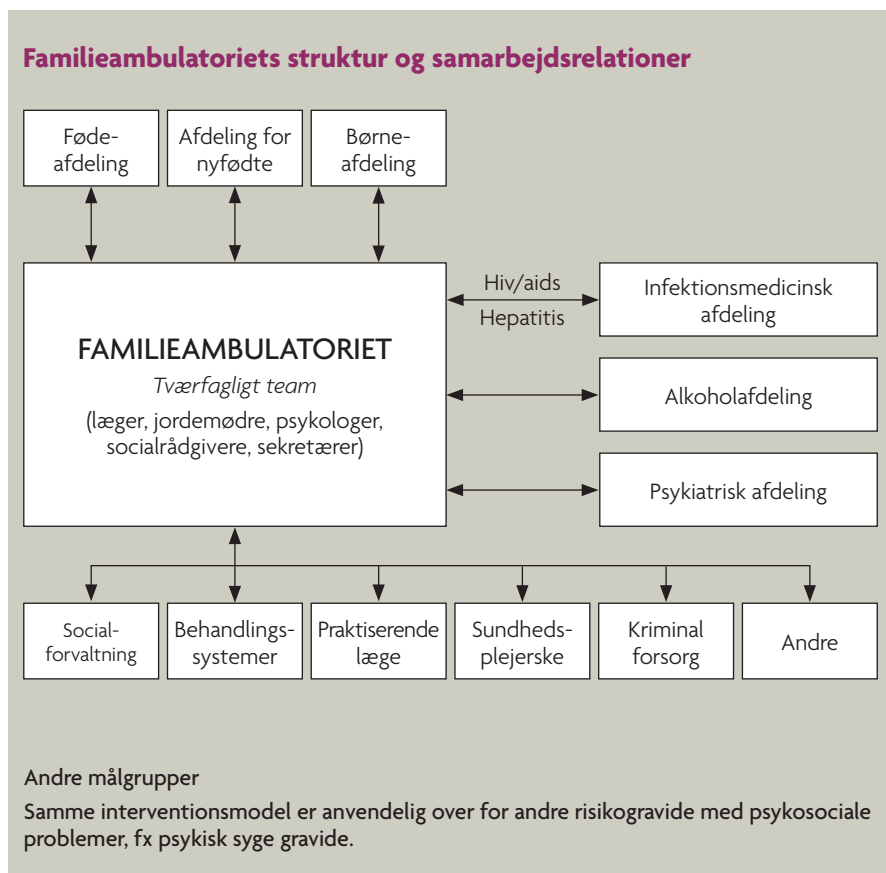
Målgruppen for Familieambulatoriet er gravide kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter. Derudover er målgruppen børn i alderen 0-7 år, som har været udsat for rusmidler i fosterstadiet.

Visitationsproceduren skal sikre en så tidlig kontakt med den gravide som muligt. Derfor er visitationen åben. Lægehenvielse er ikke nødvendig. Gravide kan henvende sig direkte fra gaden, alle kan henvise, og det er tillige muligt at henvende sig akut og anonymt. Der er ikke ventetid på nyhenviste, gravide patienter.

En del gravide visiteres på baggrund af besvarelse af det spørgeskema om brug af rusmidler, som alle gravide i København præsenteres for ved første svangreundersøgelse i jordemodercenter eller obstetrisk afdeling. Sundhedsstyrelsen har sendt dette skema ud til alle fødeafdelinger og jordemodercentre i landet med opfordring om at anvende skemaet ³³.

Samarbejdsrelationer

Gravide kvinder med rusmiddelproblemer har som regel betydelige og komplekse helbredsmæssige, psykiske og sociale problemer. For at sikre, at interventionen bliver så helhedsorienteret og sufficient som muligt, etableres der – ud over det tværfaglige teamarbejde i Familieambulatoriet – et vidtgående tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, dels med andre afdelinger inden for hospitalet (interne samarbejdspartnere), dels med fagpersoner og instanser uden for hospitalet (eksterne samarbejdspartnere) (se boks).



De interne samarbejdsrelationer omfatter fødeafdeling, neonatal- og børneafdeling, infektionsmedicinsk afdeling, psykiatrisk afdeling med tilhørende distrikts-psykiatriske centre, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og alkoholenhederne.

De eksterne samarbejdsrelationer omfatter socialforvaltning, sundhedsplejersker, praktiserende læger og andre speciallæger, rådgivningscentre, alkoholambulatorier, kriminalforsorg, dag- og døgninstitutioner, gadeplansinstitutioner m.fl.

Intervention

Interventionen under graviditeten omfatter bl.a. tidlig opsporing, herunder anvendelse af struktureret spørgeskema (se side 128), antikonceptionsrådgivning, abortrådgivning, hiv-rådgivning med mere. Den gravide tilbydes graviditetsundersøgelser hos jordemoder og læge, afrusning/afgiftning samt screening for og behandling af infektionssygdomme og andre følgesygdomme. Den gravide tilbydes psykosocial støtte, herunder kontakt med socialrådgiver og psykolog. I tilfælde af vanskeligheder med at etablere eller fastholde kontakten med den gravide kvinde, foretages opsøgende arbejde. Har den gravide behov for behandling og støtte på døgnbasis, tilbydes aflastende indlæggelse, og behandling i døgninstitution forsøges etableret. Inden fødslen udarbejdes en plan for fødslen, både for mor og for barn.

Efter fødslen omfatter interventionen observation og behandling af den nyfødte, observation og støtte af mor-barn-kontakten samt behandling og støtte til moderen i barselsperioden. Efter udskrivning følges barnets udvikling ved regelmæssige børneundersøgelser hos læge og psykolog.

I hele forløbet både under graviditeten og efter fødslen indgår tværsektorielle konferencer og skriftlige erklæringer som metoder til formidling af Familieambulatoriets kendskab til og vurdering af den gravide og barnet og deres behov.

Der henvises til de respektive afsnit, hvor de enkelte behandlingsfaser nærmere beskrives.

4. Karakteristik af målgruppen

De gravide

Gravide med rusmiddelforbrug har som regel betydelige problemer på mange områder. Deres livssituation er ofte præget af belastede baggrundsforhold (opvækstforhold præget eksempelvis af psykisk syge eller rusmiddelafhængige forældre, omsorgssvigt, mishandling, anbringelse uden for hjemmet, mangelfuld skolegang m.m.) og en belastet aktuel psykosocial situation (eksempelvis dårlige boligforhold, kaotisk økonomi, prostitution, kriminalitet, samlever med rusmiddelproblemer, vold, børn anbragt uden for hjemmet)³⁴.

Kvindens helbredsmæssige status og almentilstand er ofte præget af underernæring/fejlernæring, blodmangel, infektionssygdomme (hepatitis, hiv m.fl.) og andre rusmiddelrelaterede følgesygdomme. En bagvedliggende psykopatologi er en yderligere belastningsfaktor hos en del af kvinderne³⁵. Rusmidlernes specifikke virkning samt kvindens forbrugsmønster, som ofte er vekslende mellem overdosering og underdosering med abstinenser, udgør en betydelig risiko for barnet. Ofte negligerer kvinderne deres helbredsmæssige problemer, hvorfor de ikke bruger sundhedssystemet i samme omfang som andre og slet ikke, hvad angår de forebyggende tilbud, eksempelvis de forebyggende svangreundersøgelser og børneundersøgelser^{36, 21}.

De ovennævnte belastninger i kvindens liv udgør risikofaktorer i forhold til graviditetens og fødselens forløb og det ufødte barns vækst, udvikling og helbredstilstand.

Børnene

Sammenhængen mellem belastede sociale forhold og graviditetskomplikationer, komplicerede fødsler samt dårlig helbredstilstand hos børnene ved fødslen er veldokumenteret³⁷. Børn født af socialt belastede kvinder har en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. Efterundersøgelser af børn af rusmiddelafhængige mødre i Danmark har vist en høj forekomst af sygdomme, udviklingsmæssige skader, belastede opvækstvilkår og omsorgssvigt¹³. Børns helbredstilstand og udvikling er stærkt afhængig af sociale forhold, hvilket især gælder børn med lav fødselsvægt (for tidligt fødte børn og vækstretardedede børn)²⁵.

Børn, som har en medfødt skade, er mere sårbare over for ustabile opvækstforhold sammenlignet med børn, som ved fødslen er normale. Tillige er børn med medfødte skader mere udsatte for omsorgssvigt og mishandling end børn, som ved fødslen er normale. Et godt opvækstmiljø kan således i nogen grad kompen-

sere for konsekvenserne af en medfødt skade for barnets videre udvikling, og et dårligt opvækstmiljø kan forstærke konsekvenserne af en medfødt skade²⁵.

Ved tilrettelæggelse af intervention over for gravide kvinder med rusmiddelbrug og deres børn er det derfor nødvendigt at tage udgangspunkt i det multifaktorielle problemkompleks og kategorisere risikofaktorerne, så det bliver muligt at skabe sig et overblik over dem med henblik på målrettet at reducere dem til et minimum så tidligt som muligt. Derfor er det nødvendigt med en multiprofessionel tilgang og at arbejde på tværs af faggrænser, afdelingsgrænser og sektorgrænser.

Risikofaktorer hos gravide rusmiddelafhængige

I. Konstitution

Belastet opvækst, lav selvtillid, lav selvurdering, kontaktsvag, mistillid, kort skolegang, ingen uddannelse, eventuel psykopatologi

II. Den aktuelle sociale situation

Dårlig bolig, eventuelt boligløs, dårlig økonomi, prostitution, kriminalitet, vold, fængsel, rusmiddelbrugende partner, børn (evt. omsorgssvigtede, anbragt uden for hjemmet)

III. Almentilstand

Underernæring/fejlernæring, infektionssygdomme, blodmangel

IV. Farmakologiske/fosterskadende

Alkohol, heroin, kokain, amfetamin, nervemedicin, sovemedicin, smertestillende medicin, cannabis (hash), tobak, kaffe, slik mm.

V. Forbrugsmønster (rusmidler)

Overdosering
Abstinenser

VI. Mangelfuld svangreomsorg

Sen opdagelse af graviditet, usikker termin, sen henvendelse til læge/jordemoder, negligering af helbred inkl. svangreomsorg

VII. Visitationsprocedurer

Uhensigtsmæssige procedurer ('bureaukrati')
Insufficiente behandlings-/profylaksetilbud

5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Definition og afgrænsning

Tværfagligt samarbejde indebærer, at flere fagpersoner med udgangspunkt i hver deres faglige ekspertise arbejder helhedsorienteret med fælles ansvar, og kontinuerligt koordinerer og justerer indsatsen med udgangspunkt i patientens/klientens situation og behov. Hver faggruppe har sin særlige rolle og kompetence. Højt informationsniveau, tæt kommunikation og koordinering sikrer overblik og helhedssyn og dermed kvalitet i arbejdet.

Det er vigtigt, at tværfaglighed ikke forveksles med flerfaglighed og fællesfaglighed. I flerfagligheden tager hver faggruppe udgangspunkt i egen viden og egne mulige ydelser uden fælles analyse eller 'timing' de forskellige faggrupper imellem i forhold til patientens/klientens situation. I fællesfagligheden varetager de forskellige faggrupper stort set den samme funktion, og faggruppernes specifikke faglighed udviskes hermed³⁸.

Tværfagligt teamarbejde i familieambulatoriemodellen

Det centrale i tværfagligt teamarbejde er regelmæssige teammøder. Ved teammøderne fremlægger de forskellige fagpersoner deres aktuelle viden om og vurdering af den gravide ud fra deres fagligt afgrænsede rolle og kompetence. Derefter analyseres og diskuteres problemstillingerne, og ud fra dette udarbejdes i fællesskab en foreløbig konklusion (arbejdshypotese) og behandlingsplan. Efterfølgende bliver behandlingsplanen kontinuerligt justeret ud fra de oplysninger og observationer, der indhentes i det videre forløb. Plan for rolle- og kompetencefordeling for de forskellige fagpersoner tilrettelægges og justeres kontinuerligt på teammøderne.

I Familieambulatoriet foregår det tværfaglige teamarbejde ved ugentlige teammøder, hvor alle de i Familieambulatoriet indskrevne gravide, børn, mødre og familier drøftes.

Ved teammødet drøftes eksempelvis, om der mangler anamnesticke oplysninger, hvilke fagpersoner, der skal have kontakt med kvinden i den nærmeste tid, om alle relevante blodprøver og andre undersøgelser er foretaget, om der er behov for at henvise den gravide til fx psykiatrisk vurdering, om barnefaderen skal inddrages mere i forløbet og eventuelt henvises til egen rusmiddelbehandling, om der skal indkaldes til tværfaglig konference og hvilke fagpersoner og instanser, der i så fald skal indkaldes.



Der holdes regelmæssige teammøder, hvor hver fagperson bidrager med viden om den gravide ud fra sin egen afgrænsede rolle og kompetence.

Alle teamets fagpersoner deltager i teammøderne, hvor hver faggruppe bidrager med sin specifikke faglighed. I forløbet er det nødvendigt kontinuerligt at revurdere behandlingsplanen. Desuden afholdes daglige morgenkonferencer, hvor dagens arbejdsopgaver justeres og prioriteres ud fra aktuelle behandlingsbehov og personalemæssige ressourcer.

En væsentlig del af det tværfaglige teamarbejde er, at hver faggruppe er bevidst om egen ekspertise, rolle og kompetence i arbejdet. Denne veldefinerede rolle- og kompetencefordeling giver struktur, tryghed og kvalitet i det daglige behandlings- og samarbejde.

Tværasektorielt samarbejde

Ved teammøderne tages stilling til hvilke supplerende fagpersoner, der eventuelt skal inddrages. Ved behov indkaldes til tværasektoriel konference. Formålet med konferencen er at få supplerende viden og uddybende problembeskrivelser samt at formidle de informationer og vurderinger, som er nødvendige for socialforvaltningens vurdering af behov for art og omfang af hjælpeforanstaltninger. Tillige suppleres og uddybes Familieambulatoriets viden om familiens problemstillinger og ressourcer, hvilket bidrager til, at behandlingsplaner kan justeres efter familiens behov. Konferencens formål er således at få tilrettelagt en

både kortsigtet og langsigtet behandlingsplan/handleplan og at få aftalt rolle- og kompetencefordeling på tværs af systemerne.

Der etableres således et nyt team ved konferencen, et tværsektorielt team, som i det videre forløb har fælles behandlingsansvar ud fra et helhedssyn. Dette teams arbejde vil være afhængig af et indbyrdes højt informationsniveau, kommunikation og koordination. Teamet afholder møder efter behov, så længe den gravide og/eller barnet fortsat er indskrevet i Familieambulatoriet, således i princippet frem til barnets skolealder.

Efter hver tværsektoriel konference udarbejdes et skriftligt referat, som fremsendes til mødedeltagerne. Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, behandlings- og handleplan, rolle- og kompetencefordeling samt tidspunkt for evt. opfølgende møde. Kvaliteten af referatet er vigtig, da det skriftlige mødereferat er et vigtigt arbejdsredskab i det videre forløb, idet det bl.a. sikrer sammenhæng og koordinering i behandlingsplan og behandlingsmål og forebygger 'splitting' samt misforståelser og usikkerhed de mange implicerede behandlere imellem. Tillige sikrer det kontinuitet og kvalitet i behandlingsarbejdet og er samtidig ressourcebesparende.

De eksterne fagpersoner, som indkaldes til den første tværfaglige/tværsektorielle konference, er sagsbehandler fra socialforvaltningens familieafsnit, praktiserende læge, sundhedsplejerske samt repræsentanter fra rådgivningscenter (narkobehandlingssystem), alkoholbehandlingssystem, distriktspsykiatrisk center (eller eventuelt en psykiater), kriminalforsorg, børne- og ungdomspsykiatri, dag- og døgninstitution eller andre relevante professionelle uden for hospitalet. Det kan således både være fagpersoner, som i forvejen har et kendskab til den gravide og hendes familie eller fagpersoner, som vurderes at kunne få en rolle i den videre behandlingsplan.

Det kan diskuteres, om den gravide og hendes eventuelle partner (barnefader) skal deltage i den tværfaglige konference. I de fleste tilfælde vil der være flere ulemper end fordele ved at lade den gravide og evt. partner deltage. Erfaringer fra Hvidovre Hospital og Rigshospitalet er, at det kan være meget belastende og uoverskueligt for en sårbar gravid at deltage i et stort professionelt forum, hvor der både drøftes fortid, nutid og fremtid, og hvor fremtidsplanerne ofte ikke endeligt vil kunne tilrettelægges. Dels risikerer man, at nogle af de professionelle vil være mere tilbageholdende med at orientere om deres kendskab til den gravide, hvorfor der vil være risiko for, at der ikke bliver lagt en behandlingsplan/handleplan, som i tilstrækkelig grad hjælper og støtter den gravide og hendes barn. Dels er det langt fra altid, at den gravide og hendes partner, som begge ofte har en meget belastet baggrund, har fortalt hinanden alt om deres tidligere livsforhold. Det vil da kunne være særdeles ubehageligt og uhenigtsmæssigt for den gravide og hendes partner, at fortiden præsenteres for den anden part under de her beskrevne omstændigheder.

Derudover er der mange af de gravide og deres partnere, hvis adfærdsmønster kan virke blokerende for, at alle kan komme tilstrækkelig til orde og dermed blokerende for en konstruktiv dialog og diskussion.

Derfor vil anbefalingen oftest være, at der afholdes en 'arbejdskonference', hvor den gravide ikke deltager, men at den gravide er informeret om, hvad formålet med konferencen er, hvem der deltager, og hvor og hvornår den finder sted. Den gravide vil da blive orienteret om konklusionen på konferencen umiddelbart efter, at den har fundet sted. Det vil da være mest hensigtsmæssigt, at det er den gravides sagsbehandler fra kommunens familieafsnit, som formidler denne information, da det er socialforvaltningen, der har kompetencen i forhold til barnet.

Andre steder i landet har man andre erfaringer og en anden praksis med tværfaglige konferencer. For eksempel beskriver Baggrundsteamet i Nordjyllands Amt, at de har positive erfaringer med at lade den gravide deltage, og har således altid den gravide med til disse konferencer.

PROCESORIENTERET ARBEJDE

Holdninger til den gravide

I det kontinuerlige arbejde med den gravide er det afgørende, at kvinden rent psykisk skal kunne 'følge med' og forstå og acceptere den medicinske, psykologiske og sociale behandling og støtte, der tilbydes. Uanset hvad, de forskellige fagfolk i det interne og eksterne tværfaglige samarbejde vurderer, vil være bedst for kvinden, er det i sidste ende altid kvindens grad af motivation, forståelse, tillid og hendes personlige ressourcer, tilstand og situation, der afgør, om hun vil kunne profitere af den tilbudte behandling og støtte.

Dialog med den gravide

Det er vigtigt at have tid til at være lyttende og møde kvinden der, hvor hun er i tanker og overvejelser over, hvad hun synes, hun har behov for, og hvad hun forestiller sig om fremtiden og det kommende barn. Ved at lytte til og forsøge at forstå kvindens tankegang og ønsker etablerer den professionelle en kontakt med kvinden, et tillidsforhold og en kontinuerlig dialog. Ud fra faglig viden og erfaring bidrager den professionelle til dialogen ved at bekræfte og støtte kvinden i en realistisk beskrivelse af muligheder og begrænsninger i forhold til de mål, hun ønsker sig. Den professionelle skal desuden ved at stille spørgsmål, ved at inddrage sine professionelle erfaringer og ved at nævne alternative – måske mere realistiske – målsætninger holde fast i de fysiske og sociale realiteter, der er i kvindens liv.

Dialog med den gravide om barnets behov

En vigtig del af denne 'formidling af virkeligheden' er at tale om og fastholde det ufødte barn som det fælles omdrejningspunkt i kontakten med kvinden. Barnets helbredstilstand og vækst følges, og den professionelle deler den gravides glæde eller bekymring over barnets tilstand. Når kvinden trods vanskeligheder er i stand til at følge behandlingsplanen, opmuntres hun ved, at også hendes ufødte barn har glæde og gavn af dette. Og når kvinden har 'sidemisbrug', tales der med hende om den risiko, der er for skader på barnet. Formidling af den sociale virkelighed indebærer bl.a., at der også tales med kvinden om de sociale myndigheder og deres rolle, at de vil være inde i billedet og udarbejde handleplan for hende og barnet og stille krav til hende.

Proces hos de professionelle

Det drejer sig om en proces, hvor de professionelle ud fra deres viden om og vurdering af kvinden og hendes situation har nogle arbejdshypoteser, som måske revideres flere gange undervejs, alt efter hvordan virkeligheden former sig. Det betyder, at hverken kvinden eller den professionelle 'ved', hvilket helt konkret defineret mål, der skal arbejdes hen imod. Den overordnede målsætning – at forsøge at forebygge skader hos den nyfødte og sikre så optimale opvækstvilkår som muligt til barnet efter fødslen – danner rammen omkring forløbet. Trods generelle træk er forløbene i sidste ende altid unikke. Den professionelle skal således både 'følge med' kvinden og samtidig være lidt 'foran' for at have øje på de muligheder, der ligger forude – alt efter hvordan forløbet med kvinden og hendes ufødte barn er.

Proces hos den gravide

Det er vigtigt ikke at forsøge at forcere forløbet og 'presse' noget igennem, hvor kvinden ikke er helhjertet med. Der er således behov for tid, hvilket igen understreger betydningen af en så tidlig kontakt som muligt med den gravide. Er terminen nært forestående på henvisningstidspunktet, er det vanskeligt at nå at skabe en kontakt og et tillidsforhold til og dialog med kvinden, hvor hun kan opfatte sig selv som en aktiv deltager i processen.

Særligt sårbare gravide

Der er kvinder, som er så fysisk, psykisk og socialt belastede, at der ikke kan etableres en tilstrækkelig og bæredygtig kontakt, tillid og kontinuerlig dialog med dem. Det kan være kvinder med psykiatriske lidelser, hårdt belastede kvinder præget af massivt rusmiddelforbrug igennem mange år, kvinder som har dyb mistillid til de offentlige systemer og som kun sporadisk møder til svangre-

kontrol. Også disse kvinder skal mødes positivt og med respekt og informeres om, hvad den mest hensigtsmæssige behandling vil være i deres situation. I det tværfaglige samarbejde skal det sikres, at også disse kvinder får den omsorg, støtte og behandling, de har brug for, både før og efter fødslen. Her kan intensivering af det opsøgende arbejde være nødvendigt.

Procesorienteret tværfagligt/tværsektorielt samarbejde

I det tværfaglige og tværsektorielle netværk omkring kvinden, hendes familie og barn er det vigtigt, at alle samarbejdspartnere forstår aftalerne og rolle- og kompetencefordelingen på samme måde. Er dette ikke tilfældet, vil de risikere at formidle forskellige ting til kvinden/familien, som vil blive forvirret og usikker, hvilket igen forringer den samlede behandlingsindsats. Det tværfaglige samarbejde har en indbygget 'tandhjuls mekanisme' i sig, da de enkelte instanser er dybt afhængige af hinanden. En dysfunktion i et enkelt led påvirker og forringer de øvrige instansers muligheder for at varetage de nødvendige arbejdsopgaver i behandlingsplanen.

Det kan ikke undgås, at de forskellige instanser ind imellem kan have divergerende syn på kvindens og familiens ressourcer og behandlingsbehov, da de møder familien i forskellige situationer og med hver deres specifikke faglige fokus samt uddannelsesmæssige baggrund og erfaring. Desuden påvirkes alt arbejde med mennesker, og i særlig grad arbejdet med udsatte grupper, af behandlernes egne personlige politiske og menneskelige værdi- og normsæt.

En del af det procesorienterede arbejde er, at kvinden ikke efterlever en behandlingsplan, som hun selv har accepteret. Hun forlader fx hospitalet trods aftale om indlæggelse, møder fx i stærkt påvirket tilstand til et aftalt besøg hos barnet på børneafdelingen o.l. Hos den professionelle kan denne adfærd udløse følelsesmæssige reaktioner i form af skuffelse, irritation og frustration, som det er vigtigt at bearbejde, så kvinden føler sig velkommen og accepteret, når hun mødes næste gang. Moraliserende eller andre uhensigtsmæssige og uprofessionelle reaktioner kan have en særdeles negativ indvirkning på det videre forløb med kvinden både behandlingsmæssigt og i relationen mellem kvinden og behandleren.

Tavshedspligten, underretningspligten og oplysningspligten

Alle ansatte i sundheds- og socialsektoren har tavshedspligt i alle forhold vedrørende deres patienter/klienter med undtagelse af forhold, der vedrører børn.

Her gælder *den skærpede underretningspligt*, hvor de sociale myndigheder skal underrettes i tilfælde, hvor man "får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte" (Sevicens § 35).

Den skærpede underretningspligt gælder tillige for gravide, hvis man “får kendskab til en gravid kvinde med alvorlige misbrugsproblemer, der giver formodning om, at der er behov for særlig støtte”. (Servicelovens § 35 stk. 3).

Oplysningspligten er gældende i tilfælde, hvor de sociale myndigheder beder om oplysninger om en patient til brug for behandling af en ‘børnesag’. Da skal de oplysninger, som vurderes at have betydning for barnets fysiske og psykiske sundhed og udvikling, videregives til de sociale myndigheder.

I alle andre tilfælde gælder *tavshedspligten*.

Underretningspligten og *den skærpede underretningspligt* gælder kun over for de sociale myndigheder og ikke over for andre instanser eller behandlere. Dog har man lov til at videregive oplysninger, som vurderes at være nødvendige for, at en behandling kan gennemføres. For alle borgere gælder *underretningspligten*, ifølge hvilken enhver borger har pligt til at rette henvendelse til de sociale myndigheder, hvis de “får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare” (Servicelovens § 36)³⁹ (se bilag 1, side 126).

6. Rusmidlers indvirkning på graviditet, fødsel og barnets udvikling

Brug af rusmidler og afhængighedsskabende medikamenter i graviditeten i kombination med kvindens helbredstilstand, livssituation og livsstil kan resultere i skader på fosteret (for eksempel medfødte misdannelser og hjerneskade) og komplikationer under graviditeten og fødslen med risiko for varige skader på barnet til følge. Et længerevarende overforbrug/afhængighedsforbrug er ofte kombineret med dårlig fysisk tilstand hos den gravide så som underernæring, fejlnæring, blodmangel, vitaminmangel, infektioner, organskader m.m. medførende komplikationer for graviditets- og fødselsforløb og dermed for barnets udvikling.

Et barns udvikling er multifaktorielt bestemt, og det vil ikke være muligt at skelne mellem de enkelte rusmidlers specifikke indvirkning på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb samt på barnets tilstand efter fødslen og dets videre udvikling.

I det følgende præsenteres den viden, som findes om de enkelte rusmidlers og medikamenters specifikke virkning på fosterudvikling og graviditets- og fødselsforløb og på det nyfødte barn. Gennemgangen skal dog fortsat ses i den multifaktorielle, socialmedicinske forståelsesramme, som ovenfor beskrevet. Det er ikke muligt at 'skille tingene ad'.

Alkohol

Alkohol er det farligste af alle rusmidler, hvad angår risiko for barnet. Alkohol er det rusmiddel, som ud over tobak (nikotin) er det mest udbredte og anvendte rusmiddel og således en integreret del af vores samfund, kultur og sociale liv.

Det er velkendt, at alkohol har en skadelig virkning på menneskets organer, ikke mindst på hjernen, nervesystemet og leveren. Alkohol har tillige en foster-skadende virkning^{40, 41}.

Man kender ikke den nedre grænse for alkohols skadelige virkning på fosteret. Det almindelige, normale og sociale alkoholforbrug bliver således et risikoforbrug, så snart graviditeten indtræder. Da der ofte går nogen tid, før kvinden erkender graviditeten, anbefales kvinder at være alkoholafholdende, så snart de planlægger at blive gravide. Et alkoholrisikoforbrug i en graviditet vil i mange tilfælde ikke være synligt hverken for den enkelte kvinde og hendes omgivelser eller for de professionelle, som hun kommer i kontakt med. Derfor kræver

forebyggelse og behandling i forhold til alkoholrelaterede medfødte skader en særlig opmærksomhed og en særlig indsats, både i forhold til oplysning af befolkningen generelt og specielt til gravide, og i uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonale.

En dansk undersøgelse har vist, at 70-80 % af gravide i Danmark indtager alkohol under graviditeten⁴², og at 18 % har indtaget større mængder alkohol på én gang mindst én gang (mere end 7 genstande). De ældste og bedst uddannede gravide har gennemsnitligt det største forbrug⁴³.

Der fødes således et stort antal børn, som i fosterlivet har været eksponeret for alkohol i en grad, som risikerer at påføre barnet medfødte, varige og alvorlige skader. Alkohol regnes i den vestlige del af verden for at være den hyppigste årsag til mental retardering hos børn og den eneste, som 100 % kan forebygges⁴⁴.

Alkohol passerer over moderkagen til fosteret, som får det samme indhold i blodet, som moderen har.

Medfødt alkoholskade strækker sig over et bredt spektrum fra små og ubetydelige skader til meget svære multihandicaps og død. Alkohol kan give medfødte skader i alle barnets organer, misdannelser, inklusive i barnets ansigtstræk, foruden væksthæmning og skader på hjernen⁴⁵.

Føtalt alkoholsyndrom (FAS) og føtal alkoholeffekt (FAE)

Den alvorligste skade er føtalt alkoholsyndrom (FAS), som omfatter specielle ansigtstræk, hjerneskade og væksthæmning (både vægt, længde og hovedomfang)⁴⁶.

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

Hjerneskadesymptomerne kan vise sig ved neurologiske symptomer i nyfødt-hedsperioden og/eller unormalt adfærds- og reaktionsmønster hos det nyfødte og spæde barn. Hos nogle børn viser hjerneskadesymptomerne sig først senere i barnets udvikling ved for eksempel forsinket psykomotorisk udvikling, dårlig vækst og trivsel, adfærdsproblemer, indlæringsproblemer, dårlig opmærksomheds- og koncentrationsevne, perceptionsforstyrrelser og/eller mental og intellektuel retardering⁴⁷.



Dukke til undervisningsbrug viser de karakteristiske ansigtstræk ved føtalt alkoholsyndrom, bl.a. manglende næse-læbefure, lang øjenafstand, bred flad næseryg, lille opstoppernæse, lille vigende hage og lavt placerede, bagudvendte ører. Lille hovedomfang.

Væksthæmning er oftest til stede ved fødslen, men kan vise sig senere ved dårlig tilvækst efter fødslen. Ansigtstrækkenes karakter hos et nyfødt barn kan være vanskelige at vurdere.

Cirka halvdelen af børn med FAS har tillige medfødte misdannelser i andre organer fx hjertefejl, læbe-ganespalte, klumpfod, misdannelser i urinveje og kønsorganer⁴⁸, og ca. 25 % af børnene har misdannelser i øjenbaggrunden, blandt andet dårlig udvikling af synsnerven⁴⁹. Disse børns videre udvikling er oftest hæmmet, både i væksten (højde, vægt og hovedomfang) og i den færdighedsmæssige og intellektuelle udvikling. Tillige er børnenes psykiske, adfærdsmæssige og sociale udvikling og tilpasning ofte forstyrret^{50, 51}.

Det er ikke altid muligt ved fødslen at stille diagnoserne føtalt alkoholsyndrom (FAS) og føtal alkoholeffekt (FAE), men først på baggrund af barnets videre trivsel og udvikling. FAE er en mildere form for FAS, som omfatter 1 eller 2 af de under FAS nævnte 3 kategorier (væksthæmning, ansigtstræk, hjerneskade). I nogle

tilfælde stilles diagnosen først i skolealderen, når barnet udviser alvorlige indlæringsmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser. Andre af disse børn vil aldrig få en alkoholrelateret diagnose, men vil være at finde blandt mange andre diagnoser som fx forstyrrelse i aktivitets- og opmærksomhedsniveau (ADHD), retarderet psykomotorisk udvikling m.m.⁵¹

En dansk undersøgelse har vist, at forekomsten af børn med FAS i Danmark er ca. 75 om året (1,3 pr. 1000 fødsler)⁵². I Sverige er der fundet en hyppighed på 1,4-1,7 pr. 1000 fødsler⁵³. Udenlandske undersøgelser skønner, at børn med FAE forekommer ca. 3 gange så hyppigt som børn med FAS⁵⁴. I betragtning af, at 80 % af alle gravide drikker alkohol, må et stort antal børn fødes med alkoholrelaterede skader.

Nikotin (tobak)

Tobak er et af de mest udbredte rusmidler og er, ligesom alkohol, en accepteret og integreret del af vores samfund, selvom der i mange år har været betydelig dokumentation for tobakkens helbredsskadelige virkninger. Tobaksrøg indeholder ca. 1.200 forskellige kemiske stoffer, hvoraf en stor del er kræftfremkaldende⁵⁵. Det centralstimulerende stof nikotin er afhængighedsskabende, hvorfor ophør af forbruget kan medføre abstinenser. Under rygning stiger kulilteindholdet i blodet på bekostning af iltindholdet. Under graviditet vil dette føre til væksthæmning af fosteret⁵⁶.

Nikotin passerer moderkagen og opkoncentreres i fosteret til en koncentration, som er 15 % højere end i moderens blod⁵⁷. Nikotin har fosterskadende effekt med risiko for bl.a. læbe-ganespalte, hjerneskade, misdannelser i knoglesystem, tænder og hjerte⁵⁸.

Der er tillige risiko for spontan abort, fosterdød, og specielt fosterdød efter 28. uge, for tidlig fødsel, for tidlig vandafgang, moderkageløsning og foranliggende moderkage⁵⁹. Tillige ses forandringer i moderkagen og nedsat funktion af denne⁶⁰. Dertil kommer en øget spædbarnsdødelighed og en øget risiko for vuggedød⁶¹.

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

Børn af tobaksrygende mødre har dårligere vækst efter fødslen, hyppig forekomst af kolik og har flere sygdomstilfælde i spædbarns- og småbarnsalder, især bronkitis, lungebetændelse og allergi end børn af ikke-rygende mødre⁵⁹.

I Danmark ryger 37 % af de gravide i de første tre måneder af graviditeten, og 33 % af de gravide fortsætter i resten af graviditeten⁵⁹.

Ved Hvidovre Hospitals fødeafdeling er gennemført et stort forskningsprojekt om tobaks indvirkning på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb og det nyfødte og spæde barn samt om rygeafvænning af gravide⁶².

Ved Hvidovre Hospitals fødeafdeling og andre steder i landet er der etableret rygeafvænningskurser for gravide. Nikotinplaster anvendes ofte i forbindelse med rygeafvænning, men man skal være opmærksom på, at nikotinen også er fosterskadende og afhængighedsskabende med blandt andet væksthæmning og abstinenser hos den nyfødte til følge⁶³.

Narkotika

Narkotika er fællesbetegnelsen for den samlede gruppe af illegale, euforiserende rusmidler og medikamenter. De kan inddeles i flere hovedgrupper: Opioider, amfetaminer, kokain og hallucinogener. De er meget forskellige vedrørende kemisk sammensætning, men alle passerer let moderkagen og over i fosteret. De har i princippet den samme virkning på fosterets hjerne og nervesystem som på moderens. Når moderen er påvirket, er fosteret det også, og når moderen har abstinenser, har fosteret også abstinenser. Disse virkninger på organismen kan føre til iltmangel i livmoderen med risiko for, at fosteret dør eller får en varig skade på hjerne og nervesystem^{64, 65}, foruden at disse tilstande kan udløse graviditets- og fødselskomplikationer⁶⁶. Fødslen betyder en brat afbrydelse af tilførslen af de rusmidler og eller medikamenter, som fosteret er tilvænnet, hvorfor mange af børnene efter fødslen udvikler akutte abstinenssymptomer ganske som den voksne, der brat fratages muligheden for at indtage det vanterusmiddel⁶⁷. Alle de narkotiske stoffer hæmmer væksten af fosteret⁶⁶.

Opioider

Opioiderne omfatter heroin, morfin, metadon, ketogan, petidin og buprenorphin.

Ketogan

Dette stof er et legalt lægemiddel, der i vid udstrækning forhandles illegalt. Dette medikament har ved brug i graviditeten samme effekt som beskrevet under heroin.

Heroin

Det mest anvendte illegale opioid er heroin. Opioider medfører ingen misdannelser hos fosteret. Men opioider har en væksthæmmende virkning, hvilket er bekræftet ved dyreforsøg og ved talrige kliniske erfaringer hos mennesker⁶⁶. Væksthæmningen af fosteret er symmetrisk og omfatter alle fosterets organer og skyldes anlæg af et mindre antal celler end normalt⁶⁸. Dette er helt uden

sammenhæng med den gravides ernæringstilstand. Børn af heroinafhængige mødre fødes med lav fødselsvægt, foruden risiko for abort, for tidlig fødsel, fosterdød, hjerneskade, andre graviditets- og fødselskomplikationer og abstinenssymptomer efter fødslen, neonatalt abstinens syndrom (NAS) ^{66, 69}.

Metadon

Metadon er et syntetisk opioid, som er det mest anvendte medikament i behandlingen af opioidafhængighed (narkomani). Metadon har samme effekt som de øvrige opioider, hvad tilvænning og toleransudvikling angår, men har en lang halveringstid (udskilleleshastighed) i kroppen, hvilket betyder, at man kan nøjes med at indtage stoffet en eller to gange i døgnet for at holde abstinenserne væk. De fleste andre opioider har en kortere halveringstid, som gør det nødvendigt at indtage stoffet flere gange i døgnet for at opretholde virkningen af stoffet.

Metadon er ligeledes det mest anvendte medikament i behandlingen af opioidafhængige gravide og har en mindre grad af væksthæmmende virkning på fosteret end heroin ⁷⁰. Talrige kliniske erfaringer har vist, at metadonbehandling, i kombination med graviditetsundersøgelse og psykosocial støtte, i betydelig grad kan bedre graviditets- og fødselsforløbet og barnets tilstand ved fødslen ^{71, 72} og reducere sygelighed og dødelighed hos mødre og børn, om end flere undersøgelser har vist, at metadonabstinenser hos det nyfødte barn kan være kraftigere og længerevarende end abstinenser fra heroin ⁷⁰. Abstinenserne i sig selv medfører dog ikke varig fysisk skade på barnets udvikling, forudsat at de behandles korrekt, det vil sige med de rette medikamenter og tilstrækkelig dosering.

Buprenorphin (Subutex)

I mange lande, inklusiv Danmark, anvendes Subutex i stigende grad i behandlingen af opioidafhængighed. Medikamentet er et syntetisk stof med både agonistisk (morfinvirkning) og antagonistisk virkning (ophævelse af morfinvirkning), hvorfor det har svagere virkning end de øvrige opioider. Fordelen ved medikamentet er, at det pga. indholdet af modgiftsstof blokerer for den euforiserende virkning ved indtagelse af andre opioider (fx heroin). Derfor opnås ingen effekt ved brug af illegale stoffer ved siden af den ordinerede behandling ⁷³.

Viden om medikamentets virkning på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb, det nyfødte barn og barnets udvikling er endnu meget sparsom. Ved anvendelse af stoffet i slutningen af graviditeten kan høje doser, selv i en kort periode, bevirke vejrtrækningsbesvær hos den nyfødte. Under de seneste 3 måneder af graviditeten kan vedvarende anvendelse af buprenorphin hos moderen, uanset dosis, medføre abstinenssymptomer hos den nyfødte. Enkelte kliniske projekter er i gang i udlandet, men endnu med meget få patienter i forhold til evalueringsmuligheder ⁷⁴. Ingen af studierne er randomiserede undersøgelser (med kontrolgrupper). Firmaet, som producerer medikamentet, fraråder på nuværende tidspunkt, at medikamentet anvendes til gravide pga. den manglende viden og erfaring med stoffet ⁷⁵.

Kokain

Kokain er et centralstimulerende stof, hvis udbredelse er stigende i global sammenhæng. Kokain er fremstillet af bladene fra kokaplanten. Crack er kokain forarbejdet på en særlig måde.

Kokain kan føre til kraftig nedsættelse af blodgennemstrømningen gennem navlestreng og moderkage og dermed kraftig hæmning af tilførslen til fosteret af ilt og næringsstoffer. Dette kan føre til betydelig væksthæmning, hjerneblødning og svær iltmangel hos fosteret med risiko for fosterdød eller hjerneskade⁷⁶. Der er tillige betydelig risiko for alvorlige graviditets- og fødselskomplikationer så som akut moderkageløsning, for tidlig fødsel og spontan abort. Kokain kan medføre misdannelser hos fosteret, nedsat hovedomfang, forstyrrelser i hjertefunktion samt infektioner. Ud over, hvad dette indebærer af øget sygelighed og dødelighed for det nyfødte barn, er der risiko for neurologiske symptomer, så som irritabilitet, motorisk uro, sitren, øget muskelspænding, kramper og dårlig tilstandskontrol⁷⁷. Der er tillige risiko for pludselig uventet spædbarnsdød (vuggedød)⁷⁸.

Undersøgelser har vist, at omkring 50 % af kokaineksponerede børn har unormalt EEG, som dog ændres til normalt mønster inden for de første levemåned⁷⁷. Kraftige neurologiske symptomer hos barnet kan dæmpes ved behandling med fenemal. Der er ingen dokumentation for udvikling af abstinenssymptomer hos det nyfødte barn ved brug af kokain i graviditeten,

Kokain passerer over i modermælken og kan forstærke de neurologiske symptomer hos barnet, såfremt moderen ammer⁷⁷.

Amfetamin

Amfetamin er et syntetisk fremstillet stof med centralstimulerende effekt af samme karakter som kokain, men med længere virkning. De nye rusmidler som fx designerdrugs og ecstasy er fremstillet ud fra amfetamin. Amfetamin og kokain har samme effekt på hjerne og nervesystem, og effekten på fosterudvikling og graviditetsforløb er ligeledes meget ens. Begge stoffer har udtalt blodkarsammentrækkende effekt og blodtryksforhøjende virkning, som kan føre til akut eller kronisk svær hæmning af blodgennemstrømningen gennem moderkagen og navlestrengen og dermed hæmning af tilførsel af ilt og næringsstoffer til fosteret. Dette forårsager, som tidligere beskrevet, lav fødselsvægt. Dertil kommer risiko for abort, for tidlig fødsel og moderkageløsning. Det nyfødte barn kan udvikle neurologiske symptomer inklusive kramper. Amfetamin har tillige fosterskadende effekt med risiko for misdannelser⁷⁹.

En svensk undersøgelse⁸⁰ har vist øget spædbørnsdødelighed, høj forekomst af graviditets- og fødselskomplikationer, en øget forekomst af medfødte misdannel-

ser og en høj forekomst af neurologiske symptomer, herunder kramper hos de nyfødte børn. Andre undersøgelser har vist tilsvarende komplikationer og desuden søvnforstyrrelser, dårlig spiseevne, sitren, hyperaktive reflekser, unormal gråd og dårlig tilstandskontrol hos amfetamineksponerede børn ⁸¹ (om spædbørns tilstandsniveauer henvises til Gretty Mirdal: *Det ufødte barn, det nyfødte barn* ⁸²).

Designerdrugs

Gruppen omfatter en række stoffer med varierende kemisk sammensætning. De hører oftest til gruppen af amfetaminpræparater som fx *Ice*, men kan også være stoffer med morfinlignende egenskaber som fx *fentanylanaloger*. Sidstnævnte er 20-40 gange stærkere end heroin (op til 100 gange stærkere). Fentanyl tilhører gruppen af opioider, men er ikke omfattet af narkotikalovgivningen. Produktet forhandles i Danmark under navnet Haldid og er et stærkt smertestillende middel (for indvirkning på foster og graviditetsforløb henvises til afsnittet om opioider).

Ice

Ice er en rygeform af krystalliseret metamfetamin. Det er stærkt afhængigheds-skabende og kan give alvorlige lunge- og nyreskader ⁸⁶ (for indvirkning på foster og graviditetsforløb henvises til afsnittet om amfetamin).

Ecstasy

Ecstasy er et amfetaminpræparat med centralstimulerende og hallucinogene egenskaber. Det kan give uregelmæssig hjerteaktion, hjertebanken, højt blodtryk, blødninger og nyresvigt. Præparatet kan forårsage alvorlige forstyrrelser i hjernens serotoninssystem og kan udløse depressioner, psykoser, kramper og varige skader på hjernen. Det påvirker tillige hjernens centre for regulering af sult, tørst og legemstemperatur og kan føre til akut dødsfald på grund af hypertermi (for høj legemstemperatur). Stoffet kan føre til afhængighed og udvikling af tolerans og er en nervegift, som kan medføre meget alvorlige skader ⁸⁶. Viden om stoffets indvirkning på fosterudvikling og graviditetsforløb er mangelfuld, men de ovenfor nævnte reaktioner og skader på den voksne bruger, og dermed den gravide, vil i sig selv medføre stor risiko for fosterskader og graviditetskomplikationer (der henvises tillige til afsnittet om amfetamin).

Hallucinogener

Hallucinogenerne inddeles i LSD, psilocybin og mescaline samt fencyclidin (PCP) og cannabinoler.

Cannabis (hash, marihuana)

Cannabis (hash, marihuana) er næst efter alkohol verdens mest anvendte rusmiddel. Knap 50 % af befolkningen i Danmark har prøvet stoffet, 5 % har et

aktuelt forbrug, især de unge under 30 år. I en dansk undersøgelse af 12.885 gravide oplyste 0,8 %, at de brugte cannabis under graviditeten⁸³. Flere udenlandske undersøgelser har vist en hyppighed af brugere blandt gravide på op til 22 %. I forhold til stoffets store udbredelse over mange år, også blandt gravide, er kendskabet til stoffets indvirkning på fosterudvikling, graviditet og fødsel og børns videre udvikling meget sparsom, og flere undersøgelser viser modstridende resultater.

Cannabis passerer moderkagen og opkoncentreres i fosteret på grund af en lang halveringstid i organismen. Stoffet passerer tillige let fra blodbanen til hjernen. Flere undersøgelser har vist sammenhæng med lav fødselsvægt og for tidlig fødsel, mens andre undersøgelser ikke har kunnet påvise denne sammenhæng⁸⁴. En dansk undersøgelse af 84 cannabiseksponerede børn viste, at børnene vejede 150 g mindre, var 1,2 cm kortere og havde et hovedomfang på 0,2 cm mindre end kontrolgruppen uden cannabiseksposition. Undersøgelsen viste tillige, at brug af cannabis i graviditeten er markør for dårlige sociale kår samt for øget forbrug af tobak, alkohol og andre rusmidler⁸³. Nogle undersøgelser har vist tegn på neuropsykologisk påvirkning af børnene med påvirkning af søvn, gråd og kognitive funktioner. Tillige har en undersøgelse vist øget risiko for leukæmi i barnealder⁸⁵. Cannabis har en forstærkende effekt på alkohols fosterskadende virkning.

Cannabiseksponerede nyfødte børn kan udvikle abstinenssymptomer, som dog oftest er af mildere karakter end abstinenser fra andre rusmidler. Tillige har børn, som udsættes for passiv rygning af cannabis, højere forekomst af bronkitis og lungebetændelse end andre børn.

LSD, Psilocybin (euforiserende svampe (spids nøgenhat), Mescaline og Fencyclidin (PCP):

Disse rusmidlers indvirkning på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb, det nyfødte barn og for barnets videre udvikling er ukendt, hvorfor brug af disse rusmidler i graviditeten må frarådes.

Nerve- og sovemedicin (benzodiazepiner)

Den største gruppe af nervemedicin, som bruges af rusmiddelbrugere, er benzodiazepiner, som er en række lægemidler (diazepam, stesolid, valium, nitrazepam, rohypnol m.fl.), der anvendes ved behandling af angst- og søvnforstyrrelser. Stofferne er angstdæmpende, sløvende og afhængighedsskabende⁸⁶.

Benzodiazepiner udskrives af mange læger til behandling af mange forskellige problemer og symptomer, hvorfor det er et medikament, som er let tilgængeligt, også for rusmiddelaafhængige.

Stoffet passerer moderkagen over i fosteret. Benzodiazepiner har fosterskadende effekt med risiko for misdannelser i hjerne og nervesystem (rygmarvsbrok, hydro-

cephalus (vand i hovedet) og misdannelser i det indre øre). Stoffet er tillige foster-væksthæmmende og medfører afhængighed hos fosteret, hvilket efter fødslen kan føre til abstinenssymptomer hos barnet, ofte med sen debut af symptomerne på grund af stoffets lange halveringstid i organismen⁸⁴.

Stoffet udskilles i modermælken og kan medføre hæmning af vejrtrækningen hos det ammede barn foruden slaphed og sløvhed.

Smertestillende medicin

Det er almindeligt, at gravide rusmiddelbrugere har et blandingsbrug, hvor også smertestillende medicin indgår. Mange af kvinderne klager over smerter og skaffer sig recepter på stærke tabletter eller får injektioner med smertestillende medicin hos forskellige læger, bl.a. vagtlæger. En del af denne medicin er morfinpræparater. Medikamenter som Kodein, Pinex Comp og Fortamol indeholder kodein, som efter indtagelse hurtigt omdannes til morfin i kroppen, og dermed øger risikoen for udvikling af afhængighed og abstinenser. Flere undersøgelser har påvist fosterskadende virkning i form af lyskebrok og navlebrok, hydrocephalus (vand i hovedet), pylorusstenose (mavemundsforsnævring), læbe-ganespalte, spina bifida (rygmarvsbrok) og hjertefejl⁸⁴.

Ved brug af kodeinholdige præparater under fødslen kan vejrtrækningen hos det nyfødte barn være påvirket.

Kodein passerer over i modermælken i så lave koncentrationer, at det ikke indebærer nogen risiko for det ammede barn.

Antipsykotisk medicin

Kvinder, som er i psykisk ubalance, bliver ofte behandlet med antidepressiv medicin. I løbet af de seneste år er brugen af de såkaldte 'lykkepiller' – SSRI – stoffer steget (SSRI står for Selective Serotonine Reentry Inhibitors, også kaldet dicycliske antidepressiva)⁸⁹. Der er flere eksempler på, at brug af disse medikamenter i graviditeten kan føre til abstinenslignende symptomer eller andre neurologiske symptomer hos det nyfødte barn med behov for indlæggelse og behandling på neonatalafdeling^{89, 90}.

Snifning

Snifning af organiske opløsningsmidler (*fortynder, lim, lighter gas, benzin*) kan medføre alvorlige skader på hjerne, hjertefunktion, nervesystem, lever og nyrer, og akutte dødsfald er set. Disse rusmidler er farligere at bruge end andre, bl.a. fordi de er mere ukontrollable⁸⁶. Disse rusmidler har fosterskadende virkning

og kan forårsage misdannelser af samme karakter som ved brug af alkohol med risiko for misdannelser, lav fødselsvægt og hjerneskade. Børnene kan tillige udvikle abstinenser efter fødslen, og en forbigående nedsat nyrefunktion hos det nyfødte barn kan forekomme⁸⁷.

Senfølger for børnenes udvikling

Hvilken betydning rusmiddelbrug i svangerskabet har for børnenes langtidsprognose er meget sparsomt belyst. Der foreligger kun få follow-up-undersøgelser af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler, og undersøgelserne strækker sig ikke længere end til ca. 6-års-alderen. Undersøgelserne er for små til statistisk analyse, og der er betydelige metodologiske problemer, blandt andet betinget af det multifaktorielle problemkompleks vedrørende disse børns udviklingsvilkår. De forskellige undersøgelser har således ikke taget højde for eventuelle fejlkilder som andre faktoreres indflydelse, som fx forskelle i socialt miljø (fx er mange af de undersøgte børn placeret i plejefamilier på forskellige alderstrin), mangel på eksakte oplysninger om forbruget af rusmidler og medikamenter i graviditeten, neonatale forhold, forældreadfærd, kvaliteten af det tidlige mor-barn-samspil, tilknytning, omsorg m.m.

Grundlæggende er der i disse børns livsforløb så mange faktorer, som spiller ind i forhold til udviklingen – ud over rusmiddelpåvirkningen før fødslen – at det er umuligt at sige noget endeligt om de enkelte rusmidlers specifikke konsekvenser for barnets udvikling.

Alkohol er det eneste rusmiddel, som er velundersøgt for senfølger. Follow-up-undersøgelser af børn med føtal alkoholsyndrom (FAS) og føtal alkoholeffekt (FAE) viser, at disse børn både som børn og i voksenalder har betydelige udviklingsmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser. Det gælder fx forstyrrelse i aktivitets- og opmærksomhedsniveau (ADHD), perceptionsforstyrrelser, indlæringsproblemer og retarderet vækst og intellektuel udvikling. Disse børn har derfor oftest et livslangt handicap med behov for hjælp både som børn og i voksenalder^{91, 92, 93, 94}.

Selvom nyfødte børn, der har været udsat for rusmiddeleksponering i fosterlivet, tilsyneladende kan virke helt normale fysisk, adfærdsmæssigt og neurologisk på fødselstidspunktet, kan man ikke være sikker på, at de har undgået skade. Virkningen af kemiske påvirkninger kan være usynlig i måneder eller år. Derfor er det vigtigt at følge rusmiddeleksponerede børns udvikling tæt over en årrække.

7. Intervention under graviditet og fødsel

Overordnet målsætning

Familieambulatoriets visitationsprocedurer tager udgangspunkt i en grundlæggende viden om, at hver dag der går, hvor en gravid med et rusmiddelbrug ikke er i behandling, vil indebære en risiko for det ventede barn. Det overordnede formål med visitationsproceduren er således, at der så tidligt som muligt i graviditeten skabes kontakt med alle rusmiddelbrugende gravide i optageregionen.

Afgørende for effektivering af denne overordnede målsætning er, at der er et højt videns- og informationsniveau om risikoen for fosterskader ved brug af rusmidler under graviditeten og om Familieambulatoriets behandlingstilbud, både generelt hos befolkningen og i særlig grad hos de professionelle, der arbejder med rusmiddelbehandling og/eller er i kontakt med gravide og børn og børnefamilier. Da der er tale om en højrisikogruppe med belastede livsomstændigheder og svingende motivation for at søge behandling, bør arbejdsmodellen indebære, at rådgivning og behandling er let tilgængelig både for gravide og professionelle med direkte adgang, ingen ventetid, ingen henvisningspapirer eller andre bureaukratiske procedurer, som kan forhindre den gravide i en hurtig kontakt med professionelle. Der bør derfor være flere 'veje' til Familieambulatoriet – flere forskellige metoder til tidlig og hurtig kontakt mellem ambulatoriet og de gravide, som har et forbrug af rusmidler – let adgang og få barrierer.

HVORDAN KOMMER DE GRAVIDE TIL FAMILIEAMBULATORIET?

Den gravide kommer selv

Flere gravide kontakter på eget initiativ Familieambulatoriet. Ofte sker dette på baggrund af, at de i tidligere graviditeter har været i kontakt med Familieambulatoriet, eller at de kender andre kvinder, der er eller har været tilknyttet Familieambulatoriet.

Den gravide henvises fra professionelle

Af de professionelle er det eksempelvis den gravides praktiserende læge, der henviser. Direkte, telefonisk henvendelse fra lægen er at foretrække, da dette sikrer, at kvinden kan få hurtig, og ved behov, akut tid. Henviser lægen skriftligt via centralvisitationen, kan kostbar tid gå tabt, inden Familieambulatoriet får kendskab til den gravide og kan indkalde hende. Skønnes det, at det drejer sig

om en gravid med et ikke-akut behandlingsbehov – fx en gravid med et tidligere forbrug af rusmidler – opfordres lægen til at sende graviditetspapirerne direkte til Familieambulatoriet.

Psykiatriske afdelinger, distriktpsykiatriske centre, infektionsmedicinske afdelinger, alkoholenheder, børneafdelinger m.fl. henviser ligeledes patienter til Familieambulatoriet.

Andre gravide bliver henvist fra jordmoderen eller lægen i det jordemodercenter eller hospital, som kvinden er blevet visiteret til. Her er man blevet opmærksom på den gravides rusmiddelbrug, og hun henvises da videre til Familieambulatoriet.

Mange gravide bliver henvist fra behandlere uden for sundhedssektoren – fra socialforvaltninger, rådgivningscentre, alkoholambulatorier, gadeplansinstitutioner (fx *Reden*), kriminalforsorgen m.fl.

Det drejer sig som regel om gravide, som har vanskeligt ved på eget initiativ at benytte sig af de almindelige profylaktiske tilbud inden for svangreomsorgen og således hverken har været hos egen læge eller til graviditetsundersøgelse i jordemodercenter eller på hospital. Det kan også være, at lægen eller jordmoderen ikke i tilstrækkelig grad har været opmærksom på eller har spurgt om den gravides mulige brug af rusmidler.

Når kvinden møder til den første samtale/undersøgelse i Familieambulatoriet – ofte ledsaget af en medarbejder fra den henvisende instans – opretter Familieambulatoriet en vandrejournal, og der gives besked til centralvisitationen og til egen læge om, at den gravid nu er visiteret til fødsel på Hvidovre Hospital eller Rigshospitalet. Det er en stor fordel i denne visitationsproces – og ikke mindst i forhold til kontaktetablering til kvinden – at Familieambulatoriet har fuld kompetence til at afgøre, hvilke gravide der har behov for at blive behandlet på afdelingen. Hvad angår de opfølgende graviditetsundersøgelser hos egen læge, opfordres den gravid til at kontakte lægen med henblik på de almindelige graviditetsundersøgelser i 26. og 34. uge.

Akut henvendelse

Der er mulighed for at møde akut, fx uanmeldt eller efter telefonisk aftale. I særlige tilfælde, hvor det vurderes, at den gravid ikke er i stand til at anvende offentlige transportmidler, tilbydes hun at tage en taxa, som bliver betalt af Familieambulatoriet ved ankomsten.

De forskellige professionelle har ligeledes mulighed for akut at henvende sig i Familieambulatoriet med en gravid.

Der kan være behov for akut modtagelse af gravide, der henvender sig eller henvises uden for Familieambulatoriets normale åbningstid (hverdage fra kl. 8-16). For at imødekomme dette behov er det aftalt med fødegangen på de to hospita-ler, at de tager imod den gravide og indlægger hende efter Familieambulatoriets sædvanlige retningslinjer. Ved behov for fx medicinsk substitutionsbehandling kan Familieambulatoriets overlæge kontaktes telefonisk hele døgnet. Efterføl-gende etableres hurtigst muligt kontakt med Familieambulatoriets tværfaglige team.

Gravide der er bosat uden for Familieambulatoriets (hospitalets) optageområde

Gravide, der har et behandlingskrævende rusmiddelbrug, og som opholder sig midlertidigt i hospitalets optageområde, kan henvende sig eller henvises til Familieambulatoriet med henblik på akut rådgivning og behandling. Familie-ambulatoriet etablerer efterfølgende kontakt til fødeafdeling og anden relevant behandlingsinstitution i den gravides bopælsområde, og bopælskommunens socialforvaltning orienteres. Den lokale behandlingsinstitution orienteres og vejledes ved behov vedrørende behandling af den gravide. Kvinden ydes støtte og praktisk hjælp i kontaktablering til den lokale behandlingsinstitution med henblik på at sikre, at den i Familieambulatoriet påbegyndte behandling kan fortsætte.

Gravide der opholder sig uden for optageområdet

Familieambulatoriet bliver enkelte gange kontaktet vedrørende rusmiddelbru-gende gravide, som er bosat i optageområdet, men som opholder sig andre ste-der i landet. Evt. har den gravide haft kontakt med Familieambulatoriet inden skift af opholdssted. I disse tilfælde ydes der vejledning i forhold til det akutte behandlingsbehov, og den gravide støttes i at vende tilbage til sit lokalområde, evt. ved praktisk og økonomisk hjælp til rejsen dertil og ved at etablere kontakt til relevante behandlingsinstitutioner, herunder indskrivning i Familieambula-toriet.

Anonym henvendelse

Giver den gravide udtryk for angst og mistillid i forhold til kontakt med pro-fessionelle, tilbydes hun anonym rådgivning i Familieambulatoriet. Viser der sig behov for behandling og hjælpeforanstaltninger, kan dette dog ikke effek-tueres anonymt. I tilfælde af, at kvinden fastholder anonymiteten, skal det så vidt muligt sikres, at hun informeres om og forstår den risiko for barnet, som hendes rusmiddelbrug og livssituation indebærer, samt at hun informeres om behandlingsmulighederne.

Kvinden tilbydes et opfølgende samtale- og rådgivningsforløb med henblik på fortsat oplysning og motivering til behandling. Ønsker kvinden ikke dette, har Familieambulatoriet ingen yderligere interventionsmuligheder. Overordnet er Familieambulatoriets program et tilbud. Dog viser erfaringen, at gravide, som henvender sig og modtager rådgivning anonymt, så godt som altid bryder anonymiteten under den første rådgivende samtale og giver sig til kende med henblik på straks at kunne påbegynde et behandlingsforløb.

Spørgeskema og rådgivende samtale

En metode til at få tidlig kontakt med gravide, der har et forbrug af rusmidler, er det strukturerede spørgeskema. Alle gravide, der møder til første graviditetsundersøgelse på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Frederiksberg Hospital eller i de tilhørende jordemodercentre, præsenteres for et spørgeskema omhandlende spørgsmål om aktuelt og tidligere forbrug af rusmidler og/eller psykofarmaka (nervemedicin). Forinden har de fået tilsendt en orientering om, at de vil blive spurgt om deres forbrug af afhængighedsskabende medicin, tobak, alkohol og andre rusmidler, når de møder til første svangreundersøgelse på hospital eller jordemodercenter, samt information om Familieambulatoriets behandlingstilbud (se bilag 2, side 127).

Spørgeskemaet er et udbygget Rosset Questionnaire, som er udviklet og afprøvet i USA⁹⁶. Spørgsmålene omfatter sidste uges forbrug af alkohol – øl, vin og stærkere spiritus. Forbruget opgives som antal genstande på en uge. Der spørges desuden om aktuelt eller tidligere forbrug af nervemedicin, opiater (heroin, morfin, ketogan, metadon, buprenorphin), amfetamin, kokain, ecstasy, og tobak (antal cigaretter dagligt) samt hallucinogener (cannabis, LSD, svampe) (se bilag 3, side 128).

De udfyldte skemaer gennemgås af Familieambulatoriets jordemødre, og ud fra definerede kriterier udvælges de gravide, som vil blive tilbudt en uddybende, rådgivende samtale hos Familieambulatoriet læge. For alkohols vedkommende drejer det sig om et forbrug på mindst 7 genstande på en uge. For de øvrige rusmidler samt nervemedicin bør et forbrug i graviditeten uanset mængde udløse et tilbud om lægesamtale.

Den uddybende, rådgivende samtale tager udgangspunkt i det besvarede spørgeskema med henblik på afklaring af, om kvindens forbrugsmønster indebærer en risiko for fosteret. Der spørges ligeledes om barnefaderens evt. rusmiddelbrug. På baggrund af samtalen tages stilling til, om kvinden har behov for den ekstra støtte og behandling, som kan tilbydes i Familieambulatoriet. Hvis kvindens oplysninger om alkoholforbruget baserer sig på en enkelt episode – fx en stor familiefest – og således er atypisk for kvindens sædvanlige forbrugsmønster, kan hun efter den rådgivende samtale følges i det almindelige svangresystem.

En væsentlig funktion med samtalen er at oplyse den gravide om de enkelte rusmidlers fosterskadende virkning og vejlede i ophør/nedsættelse af forbruget og mulighederne for hjælp og støtte dertil. Hvad angår alkoholforbruget, vejledes kvinden ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer (se Sundhedsstyrelsen *Alkohol og graviditet*⁹⁵). Det har vist sig, at for mange kvinder har denne information – og det, at de via spørgeskemaet/samtalen er blevet opmærksomme på deres eget faktiske forbrug – været nok til, at de helt er ophørt med deres alkoholforbrug. Tilsvarende erfaringer er gjort med kvinder med et mindre eller moderat hashforbrug. Ud over at være en screeningsmetode, har spørgeskemaet/den rådgivende samtale således profylaktisk betydning og kan betragtes som en selvstændig interventionsmetode.

Opsøgende arbejde

Familieambulatoriet indkalder den gravide, så snart der foreligger skriftlig eller telefonisk henvisning, anden henvendelse eller et udfyldt spørgeskema med oplysning om hendes forbrug af rusmidler. Udebliver den gravide, foretager Familieambulatoriet opsøgende virksomhed.

Familieambulatoriet sender brev eller ringer til den gravide med tidspunkt for førstkomende konsultation. Udebliver den gravide, sendes et nyt brev, og udebliver hun atter, opsøges den gravide ved besøg i hjemmet eller andre steder, hvor hun formodes at opholde sig. Opnås der fortsat ikke kontakt med den gravide, kontaktes relevante professionelle, fx henvisende instans eller fagperson. Opnås der fortsat ikke kontakt, orienteres socialforvaltningen. Såfremt kvinden ikke har givet tilladelse til at kontakte socialforvaltningen, sker det i henhold til loven om skærpet underretningspligt (Servicelovens § 35) (se bilag 1, side 126). Som en allersidste mulighed for at få den gravide i tale, kan socialforvaltningen udsætte udbetaling af kontanthjælpen, indtil de har fået personlig kontakt med kvinden.

I forbindelse med den første kontakt med den gravide, aftales den videre plan for graviditetskonsultationer. Udebliver den gravide fra de følgende aftaler, opsøges hun som ovenfor beskrevet. Eventuelt kan pårørende kontaktes, såfremt kvinden har givet tilladelse til, at de må kontaktes.

Hvis kvinden fortsat ikke er til at opnå kontakt med, eller hvis hun konkret giver udtryk for, at hun ikke ønsker at møde til graviditetsundersøgelser m.m., kan hun ikke tvinges til dette, med mindre hun er psykotisk og til fare for sig selv eller andre (ifølge lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien). Det ufødte barn er ikke omfattet af begrebet 'andre', da det før fødslen er defineret som en del af moderens krop og således ikke har nogen selvstændig identitet.

Første kontakt

Den første kontakt foregår så vidt muligt hos Familieambulatoriets læge. Kontakttablering er en væsentlig del af den første samtale, da den danner grundlag for hele det senere samarbejde og behandling. Det er vigtigt, at kvinden mødes positivt og respekterende, uanset hvordan hun fremtræder, og i hvilken tilstand hun er. Denne positive tilgang indebærer, at kvinden oplever, at hun bliver lyttet til og mødt som et ligeværdigt og respekteret menneske. Tillige er det vigtigt, at kvinden ikke mødes som 'misbruger', men som 'gravid kvinde'.

Af denne grund tager den første samtale altid udgangspunkt i graviditeten. Samtalen skal indledningsvis handle om, hvorvidt graviditeten er planlagt/uplanlagt, ønsket/uønsket, og hvordan kvinden har haft det helbreds-mæssigt i graviditeten. Der spørges til, hvilke bekymringer og tanker hun har gjort sig i forhold til graviditeten. Der spørges tillige om, hvilket forbrug af rusmidler og medikamenter hun har haft under graviditeten, og der spørges til kvindens sociale situation, boligforhold, barnefaderen, andre børn m.m. – således en 'almindelig' journaloptagelse, hvor rusmiddelbruget indgår på lige fod med andre emner.

Forløbet af den første samtale kan være meget forskelligt og kan ikke planlægges i detaljer. Lægen må under samtalens forløb prioritere, hvad det er mest nødvendigt at tale om i forhold til netop denne kvindes problematik. Det er forskelligt, hvor mange undersøgelser, spørgsmål og informationer kvinden kan magte i den første samtale, hvilket bl.a. afhænger af hendes tilstand, situation og personlige ressourcer.

I tilfælde af usikkerhed om terminsberegningen foretages akut ultralydsscanning med henblik på bestemmelse af fosteralder. Hvis kvinden har et afhængighedsforbrug af rusmidler, påbegyndes medicinsk substitutionsbehandling med metadon og/eller fenemal med henblik på afgiftning/afrusning. Dette foregår evt. under indlæggelse på svangreafdeling. Ønsker den gravide ikke indlæggelse, kontaktes en behandlingsinstitution (fx rådgivningscenteret), der ud fra Familieambulatoriets anbefaling ordinerer og udleverer medicinen. Indtil kontakten til behandlingsinstitutionen er etableret, får den gravide ordineret den nødvendige medicin af Familieambulatoriet til daglig afhentning på apotek, såfremt hun ikke ønsker indlæggelse.

Den gravide får en orientering om Familieambulatoriet, og hvad Familieambulatoriet kan tilbyde.

Abortrådgivning

Er kvinden ikke så langt i sin graviditet, er det vigtigt, at hun ved den første samtale får rådgivning om muligheden for abort. Formålet med rådgivningen er at sikre, at kvinden har et kvalificeret grundlag for sin beslutning, hvad enten

hun vælger at gennemføre graviditeten, eller at få den afbrudt. Med udgangspunkt i, hvad kvinden har fortalt om sin situation, informeres hun om de risici for fosteret, der er forbundet med hendes rusmiddelbrug og øvrige situation. Hun informeres altid ved første samtale om muligheden for abort, såfremt hun ikke er for langt i graviditeten. Er hun før 12. graviditetsuge, har hun det frie valg; er hun mellem 13. og ca. 20. uge oplyses hun om abortsamrådet. Hun informeres tillige om behovet for supplerende undersøgelser, fx risikovurdering og fosterdiagnostik (doubletest, nakkefoldsscanning, tripletest, gennemscanning af fosteret, moderkagebiopsi, fostervandsprøve), screening for infektionssygdomme, hepatitis og hiv samt eventuelt om genetisk rådgivning. Relevante problemstillinger i kvindens sociale situation tages op. Ligeledes oplyses hun om samarbejdet med de sociale myndigheder, tavshedspligt, oplysningspligt og underretningspligt.

Kvinden kan have behov for flere rådgivende og afklarende samtaler, inden hun er parat til at beslutte, om hun ønsker at gennemføre eller afbryde graviditeten. Under alle samtaler er det vigtigt at være opmærksom på sprogbrug. Der skal således altid anvendes neutrale, saglige begreber, så kvinden hverken direkte eller indirekte føler sig presset til abort eller til gennemførelse af graviditeten eller føler sig 'diskrimineret'. Såfremt kvinden vælger abort, lægger Familieambulatoriet en plan for det videre forløb, herunder eventuel henvisning til abortsamrådet og støtter kvinden i det videre behandlingsforløb. De forskellige muligheder for prævention drøftes med kvinden inden abortindgrebet, således at hun så vidt muligt har fået etableret antikonception, inden hun udskrives fra hospitalet. Såfremt kvinden vælger en metode, som skal følges op (fx p-sprøjte), aftales med hende, hvordan og hvor opfølgningen skal foregå, og relevant information formidles videre.

Efterfølgende anamneseoptagelse

En grundig anamnese er en nødvendig forudsætning for at kunne vurdere kvindens ressourcer, problemer samt risikofaktorer i forhold til graviditets- og fødselsforløb og det ventede barn. Dette helhedsbillede er en forudsætning for at kunne tilrettelægge et behandlingsforløb under graviditeten – både medicinsk, socialt og psykologisk – der er afpasset den enkelte kvindes og det ufødte barns særlige behov. Anamnesen skal tillige indeholde oplysninger vedrørende barnefaderens forhold, både de aktuelle og tidligere.

Anamneseoptagelsen skal finde sted hurtigst muligt efter, at den gravide er blevet indskrevet i Familieambulatoriet. Der skal optages både en medicinsk og en social anamnese. Lægen har det primære ansvar for optagelsen af den medicinske anamnese og socialrådgiveren for optagelsen af den sociale anamnese, men alle faggrupper er involveret i anamneseoptagelsen, og en vis overlapning kan ikke undgås.

Anamnese

I det følgende fremgår, hvilke emner anamnesen skal omfatte:

1. Graviditeten

Planlagt/uplanlagt, komplikationer, tidligere graviditeter og fødsler samt spontane og provokerede aborter.

Børn og disses nuværende tilstand og opholdssted.

2. Aktuelle og tidligere sygdomme

Især spørges om hepatitis, hiv, underlivs- og kønssygdomme, tidligere indlæggelser, herunder psykiatriske indlæggelser og ambulant psykiatrisk behandling, psykiske problemer, seksuelle overgreb m.m.

3. Aktuelt forbrug af rusmidler og medicin

Aktuelle forbrug af medicin, alkohol, tobak og andre afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter, (herunder mængde, hyppighed, indtagelsesmåde).

4. Aktuelle sociale og familiemæssige forhold

Eksistensgrundlag, boligforhold, kriminalitet, prostitution, vold.

Forhold til barnefaderen – samlevende/ikke-samlevende med, ukendt, fremtidsplaner med, faderskabssag. Barnefaderens eksistensgrundlag, rusmiddelbrug, behandlingsmæssige status, kriminalitet, helbredsforhold m.m. Andre børn, antal børn i hjemmet, antal børn uden for hjemmet, problemer. Samvær.

Forholdet til forældrene. Ressourcepersoner i netværket.

5. Sociale baggrundsforhold

Opvækstvilkår, herunder familieforhold, anbringelse uden for hjemmet, udsat for omsorgssvigt, overgreb. Rusmiddelbrug, fysisk og psykisk sygdom hos forældrene. Skolegang, uddannelse, arbejde m.m.

6. Rusmiddelanamnese

Rusmiddeldebut og videre forløb i rusmiddelbruget.

Tidligere behandlingsforløb (hvor, hvornår, hvor længe, resultater af behandling), længden af rusmiddel- og medicinfri perioder.

7. Kvindens ønsker, planer og forestillinger

Hendes tanker vedrørende den nærmeste fremtid, og specielt i forhold til graviditeten og det ventede barn.

Tilrettelæggelse af behandlingsplan (tværfagligt)

Teamet – læge, jordemoder, socialrådgiver og psykolog – mødes en gang om ugen til 'teammøde', hvor det tilstræbes, at alle indskrevne gravide drøftes. Om de nyindskrevne gravide gives en orientering på baggrund af oplysninger fra den henvisende instans og de kontakter, der har fundet sted i Familieambulato-

riet. På baggrund af disse oplysninger lægges en foreløbig behandlingsplan, som så løbende justeres i det videre forløb.

Hver faggruppe har sin særlige kompetence og rolle i forhold til den gravide, samtidig med at der i teamet løbende foretages en helhedsvurdering af den samlede indsats, herunder en vurdering af på hvilket tidspunkt, det vil være hensigtsmæssigt, at de forskellige faggrupper indgår i forløbet med den gravide. En kontinuerlig tværfaglig erfaringsudveksling om, hvad de forskellige faggrupper har observeret og vurderet i deres kontakt med den gravide, er en vigtig del af den faglige proces, som skal sikre, at indsatsen hele tiden er afpasset den enkelte gravides særlige situation og behov.

Forløbene og den tværfaglige indsats varierer betydeligt og afhænger bl.a. af den gravides samlede belastningsgrad, graviditetslængde på tidspunktet for indskrivning og funktionsniveauet i det allerede etablerede professionelle netværk. Gravide, som bliver indskrevet sent i graviditeten og er belastede, både hvad angår rusmiddelbrug samt helbredsmæssigt og psykosocialt, har behov for massiv støtte fra teamet samt tæt koordinering med interne og eksterne samarbejdspartnere, ofte under betydeligt tidspres.

I det daglige arbejde, hvor der er perioder med spidsbelastning i Familieambulatoriet i form af mange akutte opgaver, sygdom og andet fravær i den forholdsvis lille medarbejdergruppe, er det nødvendigt at kunne arbejde fleksibelt og i akut opståede situationer til en vis grad 'overtage' hinandens arbejdsopgaver, men uden at overskride sin faglige kompetence. I disse situationer er det vigtigt hele tiden at have teamfunktionen som fælles referenceramme, hvor man gensidigt orienterer, koordinerer og ved behov problematiserer de enkelte faggruppers indsats.

Tværfaglig støtte og behandling

I det følgende gives en kort beskrivelse af de forskellige faggruppers funktioner og ansvarsområder.

Læge

Lægen har ansvar for optagelse af den medicinske anamnese. Lægen tager stilling til, hvilke undersøgelser, der er relevante (blodprøver, gynækologiske undersøgelser, ultralydsscanning, podning m.m.). Ved behov og med den gravides samtykke indhenter lægen epikriser fra tidligere indlæggelser. Lægen iværksætter nødvendig behandling for aktuelle akutte og/eller kroniske sygdomme. Lægen henviser til andre relevante speciallægeundersøgelser og -behandling ved behov for både indlagte og ambulante patienter.

Ved behov iværksætter lægen tillige afrusnings- og afgiftningsbehandling og har ansvaret for denne under graviditet og fødsel, uanset om den gravide er indlagt eller følges ambulant samt i barselsperioden, så længe kvinden er hospitalsindlagt. Lægen har ansvaret for, at den medicinske substitutionsbehandling foregår i tæt samarbejde med lægen i rådgivningscenteret.

Lægen har ansvar for de profylaktiske svangreundersøgelser sammen med jordemoderen samt undersøgelser og behandling af eventuelle rusmiddelrelaterede sygdomme og andre somatiske og psykiske lidelser.

I samarbejde med jordemoderen udarbejdes plan for fødslen. Ligeledes udarbejder lægen en plan for observation og behandling af barnet efter fødslen og en observations- og behandlingsplan for moderen efter fødslen. Lægen tilser regelmæssigt børn indlagt på barselsafdeling, neonatal- og børneafdeling og har ansvar for undersøgelse og behandling af eventuelle rusmiddelrelaterede sygdomme hos barnet (fx abstinenser). Lægen har ansvar for rådgivning om og etablering af den fremtidige antikonception, herunder eventuelt tilbud om sterilisation. Tillige ydes rådgivning om amning, og der lægges plan for eventuel amning eller undladelse af amning (se også side 62).

Derudover er det en lægelig funktion at skrive sygemelding, helbredserklæring, statusbedømmelser, boligerklæring m.m. til brug for den gravides ansøgning om dagpenge o.l. samt udarbejde forløbsbeskrivelser og andre skriftlige udtalelser til socialforvaltningen m.fl.

Efter udskrivning af barnet fra hospitalet har lægen ansvar for den ambulante opfølgning af barnet samt henvisning af barnet til supplerende undersøgelser og behandling efter behov. Lægen har tillige ansvar for udarbejdelse af statuserklæringer vedrørende barnet til socialforvaltning og andre relevante professionelle og instanser.

I hele forløbet, så længe den gravide/barnet/familien er indskrevet i Familieambulatoriet, har lægen ansvar for formidling af relevante lægelige oplysninger til socialforvaltningen og andre samarbejdspartnere, deltagelse i tværfaglige/tværsæktorielle møder og møder i Børne- og ungeudvalg m.m.

Jordemoder

Sammenlignet med den almindelige svangrekontrol ses den gravide hyppigere (ca. hver 7. eller 14. dag indtil uge 35-36, herefter 1 gang ugentligt), der er afsat længere tid til hver undersøgelse (1 time), og den gravide ses af den samme jordemoder under hele graviditeten.

Ved de første jordemoderundersøgelser suppleres den foreliggende anamnese. Jordemoderen vurderer terminsberegningen og ved usikkerhed om gestations-



Den tætte kontakt til den gravide giver jordemoderen mulighed for at følge fostertilvæksten nøje og varetage både omsorg, rådgivning og kontrol.

alder henvises til ultralydsscanning. Behovet for henvisning til genetisk rådgivning vurderes, ligesom behovet for indlæggelse på svangreafdeling løbende vurderes. Jordmoderen vejleder den gravide i forhold til ernæring, anbefaler kosttilskud ved behov og rådgiver i forhold til den gravides rygevaner og andet rusmiddelbrug.

Ved de senere jordemoderkontakter foretages et skøn over fostertilvæksten som en væsentlig del af undersøgelsen, og ved mistanke om for lille fostertilvækst henvises til ultralydsscanning. Der foretages andre nødvendige ordinationer og henvisninger. Jordmoderen varetager urinscreening til undersøgelse for rusmidler og medikamenter. Hun vurderer også livmoderens tilstand med henblik på eventuel risiko for truende for tidlig fødsel og behovet for indlæggelse. Kvindens arbejdssituation inddrages i vurdering af den samlede belastningsgrad.

Rådgivning i forhold til personlige problemstillinger, eksempelvis graviditetens indvirkning på samliv og parforhold, indgår som en naturlig del af den gravides forløb med jordmoderen. Med henblik på at styrke barnefaderens engagement i graviditetsforløbet, opfordres den gravide til at tage ham med til en eller flere undersøgelser og samtaler, såfremt hun ønsker dette.

Tillige drøftes kvindens forhold til amning. Der oplyses om vejledende retningslinjer for amning, hvis kvinden fortsat har medicin- eller rusmiddelbrug efter fødslen og/eller i perioden op til fødslen. Allerede under graviditeten bør man være opmærksom på kvinder, der har psykisk betinget ambivalens over for amning (se yderligere om rådgivning om amning side 62).

Jordmoderen varetager fødselsforberedelsen, som foregår individuelt og således kan afpasses den enkelte gravides ønsker og behov. I forløbet indgår som regel et besøg på fødegangen, gennemgang af apparaturet samt orientering om fødsels faser, muligheder for smertelindring og det nyfødte barns reaktion. Der tales desuden med kvinden om, hvem hun ønsker og har mulighed for at have med ved fødslen. Hvis barnet efter fødslen skal indlægges på neonatalafdeling, taler jordmoderen ligeledes med kvinden om dette, og besøg på neonatalafdelingen sammen med jordmoderen eller en anden fra teamet i Familieambulatoriet planlægges i god tid før fødslen.

Socialrådgiver

Socialrådgiveren har mange samtaler med den gravide, enten alene eller sammen med barnefaderen eller andre pårørende. Det kan være rådgivende samtaler om sociale, økonomiske og juridiske problemer (fx faderskabssag), i forhold til hendes livssituation m.m. Socialrådgiveren har ansvar for, at flest muligt problemer bliver løst før barnets fødsel.

Formålet med en del af samtalerne er at forsøge at motivere den gravide til behandling, til at blive indlagt, hvis det skønnes nødvendigt, give samtykke til kontakt med socialforvaltning eller anden form for indsats, som er påkrævet af hensyn til kvindens og fosterets helbred og/eller iværksættelse af relevante hjælpeforanstaltninger. Der kan ligeledes være behov for motiverende samtaler med barnefaderen, fx i forhold til at søge rusmiddelbehandling.

Når den gravide oplever dramatiske begivenheder, brud i relationer, voldsomme parforholdsproblemer, evt. vold, tilbyder socialrådgiveren akutte krisesamtaler. I tilknytning til krisesamtalerne støttes den gravide i at etablere kontakt med instanser, der kan yde den støtte, rådgivning eller behandling, hun har behov for, fx statsamt eller socialforvaltning. Sammen med den gravide udarbejdes ansøgninger om bolig, legater og anden form for økonomisk støtte.

Under den gravides indlæggelse har socialrådgiveren en informerende, støttende og superviserende funktion i forhold til personalet på fødeafdelingen. Opstår der akutte og affektprægede situationer, fx i form af aggressiv og truende adfærd, går socialrådgiveren aktivt ind i løsningen af de problematiske situationer.

I socialrådgiverens indledende kontakt med den gravide er optagelsen af den sociale anamnese en væsentlig opgave. Socialrådgiveren arbejder opsøgende, fx i form af hjemmebesøg, når der ikke kan etableres kontakt med den henviste gravide, eller hvis kontakten med den gravide mistes.

Socialrådgiveren er generelt koordinator ('tovholder') i det tværfaglige og tværsektorielle arbejde. Hun tilrettelægger og indkalder til tværfaglige og tværsektorielle konferencer, udarbejder mødereferater og andre skriftlige redegørelser, foretager opfølgning på mødebeslutninger, herunder løbende orientering til den gravide.

Når barnet er født, informerer socialrådgiveren socialforvaltningen med henblik på at sikre, at relevante og sufficente hjælpeforanstaltninger kan stå klar, så snart barnet og moderen er udskrivningsklare fra hospitalet. Socialrådgiveren har også fortsat samtaler med barnets mor og far samt med plejepersonalet i de implicerede hospitalsafdelinger. Socialrådgiveren koordinerer fortsat det tværfaglige samarbejde mellem de mange involverede parter i det videre forløb, så længe barnet er indskrevet i Familieambulatoriet.

Psykolog

Nogle kvinder udtrykker selv et ønske om psykologsamtaler under graviditeten. Andre gravide opfordres – efter en tværfaglig drøftelse i teamet – til at tage imod tilbuddet om samtaler.

I de fleste samtaleforløb er formålet at styrke kvindens tilknytning til det kommende barn. Mange rusmiddelahængige gravide relaterer sig kun i meget begrænset omfang følelsesmæssigt til deres graviditet og det kommende barn. At styrke den gravides opmærksomhed på barnets bevægelser, døgnrytme samt hendes fantasier og forestillinger om barnet er centrale temaer i denne proces, hvor det tilstræbes, at barnet gradvist bliver mere 'virkeliggjort' for moderen.

Hos enkelte gravide kan en traumatisk begivenhed under graviditeten virke blokerende i forhold til den psykologiske graviditetsproces. Den samme reaktion kan ses hos gravide med en tidligere ubearbejdet kriseoplevelse, som bliver 'genvakt' af graviditeten. Disse kvinder har gavn af at gennemgå og bearbejde den traumatiske begivenhed med det formål at få frigjort psykiske kræfter til større opmærksomhed på graviditeten og det kommende barn.

I enkelte tilfælde har psykologsamtalerne primært afklarende og vurderende karakter med det formål at bidrage til en kvalificeret og nuanceret vurdering af den gravides personlighedsmæssige ressourcer og vanskeligheder. Denne vurdering kan der især være behov for, når der er tvivl om, hvilken form for støtte og behandling, den gravide vil kunne profitere af, fx om hun har behov for et psykoterapeutisk forløb, eller hun er følelsesmæssigt tidligt skadet.

Af ressourcemæssige årsager har psykologen kun personlig kontakt med et begrænset antal gravide. Derudover bidrager psykologen ud fra en psykologfaglig synsvinkel til de kontinuerlige tværfaglige drøftelser om behandlingsplanen for den enkelte gravide, både internt i teamet og ved de tværfaglige konferencer med eksterne samarbejdspartnere.

Efter barnets fødsel er det psykologens opgave at støtte og observere mor-barn-kontakten under barnets og moderens indlæggelse og vurdere, om der er behov for hjælpeforanstaltninger.

Psykologen har sammen med lægen ansvar for de opfølgende børneundersøgelser, og for at undersøgelsesresultaterne formidles til socialforvaltningen og andre relevante instanser.

Sekretær

Det er nødvendigt med et velfungerende sekretariat som en integreret del af Familieambulatoriets arbejde. Alle patienter skal altid føle sig meget velkomne, og her har sekretæren en vigtig opgave med at tage godt imod patienterne og være opmærksom på deres behov under opholdet i Familieambulatoriet. Derudover møder mange andre op i Familieambulatoriet og skal tages imod og vises til rette. Det er fx den gravides partner, større børn og andre pårørende og i en del tilfælde tillige de nære professionelle.

Der er endvidere stor telefonaktivitet blandt andet på grund af de mange samarbejdspartnere og det store koordinationsarbejde, der følger med. Derudover er der mange sekretærfaglige opgaver forbundet med arbejdet, fx journalskrivning for de mange faggrupper, mødereferater, forløbsbeskrivelser, statuserklæringer og andre skrivelser til forskellige myndigheder m.m. Mange af skrivelserne kommer til at figurere i sagsakterne i mange år, og mange skrivelser indgår tillige i sagsbehandling ved domstolene. Det er vigtigt med en høj kvalitet i det arbejde, som præsenteres 'ud af huset', da mange af skrivelserne udgør et væsentligt grundlag for betydningsfulde beslutninger for barnets og moderens og hele familiens liv mange år frem i tiden.

Det er vigtigt, at sekretæren er tilgængelig for teamet, idet meget af det skriftlige arbejde er akut.

8. Indlæggelse af den gravide

Ved den første kontakt med en gravid rusmiddelbruger vurderes det, om hun har behov for behandling under hospitalsindlæggelse. Hvis dette er tilfældet, anbefales hun at blive indlagt på svangreafdeling, idet en indlæggelse giver optimale muligheder for observation og tilrettelæggelse af relevant behandlingsplan, herunder substitutionsbehandling. Under en indlæggelse kan en evt. medicinering foregå under observation af den gravides tilstand, bl.a. observation for abstinenser og overdosering og tegn på graviditetskomplikationer.

Ud over muligheden for en bedre justering af den medicinske behandling indebærer en indlæggelse en betydelig reduktion af de mange risikofaktorer, der er forbundet med den gravides aktuelle tilstand og psykosociale situation. Bl.a. får den gravide mulighed for hvile – en seng at sove i – får sund og varieret kost med jern- og vitamintilskud, bliver undersøgt og behandlet for infektionssygdomme og andre sygdomme og er i en periode aflastet fra en tilværelse, som kan være præget af manglende bolig, voldeligt parforhold, kriminalitet, prostitution og en daglig kamp for at overleve i et hårdt miljø. En reduktion af disse belastninger i den gravides liv, giver – så længe kvinden er indlagt – fosteret bedre muligheder for en sund udvikling.

Familieambulatoriet tilstræber at have daglig kontakt med den gravide under indlæggelsen. Enkelte kvinder er indlagt det meste af deres graviditet. For de fleste er dette ikke en realistisk mulighed, og de er typisk indlagt i flere kortere eller længere perioder. Børn i hjemmet, stoftrang, uro, rastløshed, kedsomhed, savnet af kæresten og det daglige miljø samt utryghed ved hospitalsmiljøet kan gøre det vanskeligt for kvinden at være indlagt gennem længere tid. Det kan desuden være en belastning at være tæt på andre gravide, som ser ud til at have et godt og stabilt parforhold og familieliv og et støttende netværk. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt, at den gravide indlægges på gynækologisk afdeling.

Samarbejde med svangreafdeling

Da Familieambulatoriet organisatorisk er en integreret del af gynækologisk-obstetrisk afdeling (gynækologisk afdeling og fødeafdeling), er der i hverdagen et tæt samarbejde mellem Familieambulatoriets læger og jordemødre og de øvrige læger, jordemødre og andet personale i gynækologisk-obstetrisk afdeling. Samarbejdet er afpasset de enkelte konkrete problemsituationer og rolle- og kompetenceforhold. Svangreafdelingens personale deltager tillige i Familieambulatoriets tværfaglige konferencer.

Familieambulatoriet har ansvaret for behandling af de rusmiddelrelaterede problemstillinger, herunder følgesygdomme hos den gravide. Opstår der gra-

viditetskomplikationer, vurderer Familieambulatoriets læge og/eller jordemoder, om den gravide bør ses af gynækologisk-obstetrisk speciallæge. Opstår der akutte problemer med Familieambulatoriets gravide uden for åbningstid, gøres brug af vagthavende læger og jordemødre i gynækologisk-obstetrisk afdeling, og Familieambulatoriets overlæge kan kontaktes ved behov døgnet rundt.

Urinscreening for rusmidler og medikamenter

Urinscreening for rusmidler og medikamenter indgår som en fast procedure i den medicinske afgiftningsbehandling af gravide. Formålet med urinscreeningen er at få et billede af den gravides rusmiddel- og medicinforbrug og dermed fosterets eksposition for at kunne iværksætte og løbende justere den medicinske afgiftningsbehandling. Det er vigtigt, at denne afgiftning foregår så skånsomt som muligt for den gravide og hermed også for fosteret med gradvis reducere af medicindosis, så der ikke opstår abstinenssymptomer (der henvises til retningslinjer for afgiftningsbehandling side 42).

De fleste gravide betragter kontrollen af deres rusmiddel- og medicinstatus som en støttende og motiverende faktor og som noget, der løbende kan 'bevise', at de er på rette vej. Fx vil socialforvaltningen altid blive orienteret om, i hvilket omfang den gravide har profiteret af den anbefalede behandling. De fleste gravide accepterer urinscreening som en vigtig del af forløbet. Enkelte gravide kan umiddelbart reagere kraftigt imod urinscreening, som de oplever som udtryk for mistillid og mistænkeliggørelse. Det er vigtigt, at den gravide får en orientering om baggrund for og formål med urinscreeningen. Urinscreeningen er primært en hjælp til barnet og ikke en kontrol af kvinden.

Indlagte gravide får undersøgt urinen mindst 2 gange ugentligt. Plejepersonalet beder den gravide om urinprøverne på vilkårlige tidspunkter, og prøven leveres under til stedeværelse af plejepersonale. Hvis den gravide ikke ønsker eller ikke ser sig i stand til at aflægge en urinprøve, senest 4 timer efter, at hun er blevet bedt om det, noteres det i hendes journal.

Når det drejer sig om gravide, som er under afgiftningsbehandling ambulant, får de foretaget urinscreening i Familieambulatoriet, rådgivningscentret og/eller anden behandlingsinstitution (inkl. kriminalforsorgen). Det er vigtigt at aftale koordinering mellem de involverede professionelle.

Kvinder, der er rusmiddel- og medicinfri, men som tidligere har haft et rusmiddelbrug under graviditeten eller inden for de sidste par år før graviditeten, får ligeledes undersøgt urinen i forskelligt omfang, vurderet af teamet.

I forhold til observation og eventuel iværksættelse af medicinsk behandling af den nyfødte er det vigtigt, at der foreligger kontrolleret urinundersøgelse af den gravide inden for de sidste 3 uger inden fødslen og på fødselstidspunk-

tet. I tilfælde, hvor der ikke foreligger urinscreening i tilstrækkeligt omfang fra moderen, undersøges barnets urin. Det er vigtigt, at det er den først ladte urin fra barnet efter fødslen, der undersøges. Dog kan barnet godt have været eksponeret for rusmidler, selv om dets urin ikke viser indhold af rusmidler og/eller medikamenter. Derfor er det vigtigt at undersøge moderens urin snarest muligt efter fødslen.

Urinen undersøges som regel for: Opiater (morfin (heroin), ketogan, metadon, buprenorphin (subutex)), benzodiazepiner, barbiturater, cannabis (hash), amfetamin og kokain. Såfremt der skal undersøges for alkohol, anvendes alkometer og/eller blodprøve. Omfanget af rusmidler og medikamenter, der undersøges, vurderes ud fra den gravides anamnese og forløb. Det er Familieambulatoriets læge, der gennemgår resultaterne og formidler disse til den gravide og justerer den videre medicinske behandling.

Der findes andre metoder til undersøgelse af det nyfødte barns eksposition for rusmidler i fosterlivet. Det drejer sig om undersøgelse af mekonium (barnets første afføring) eller undersøgelse af barnets hovedhår. Disse metoder er ikke almindeligt brugt i Danmark og skal derfor bestilles specielt.

I sagens natur skal undersøgelserne varetages med omtanke, diskretion og respekt. Urinundersøgelser kan betragtes som en del af behandlingstilbuddet og kan aldrig stilles som et krav. Ønsker den gravide ikke at få undersøgelsen foretaget, skal dette respekteres og blot noteres i hendes journal.

9. Helhedsorienteret behandling

Inddragelse af den samlede familie

For at kunne yde en kvalificeret behandling og støtte til den gravide, er det nødvendigt at have så grundig en viden om hendes samlede livssituation som muligt. Ved anamneseoptagelsen spørges der tillige til barnefaderens og evt. andre børns forhold. Under opfølgende samtaler tilstræbes at få et mere indgående og uddybende kendskab til den gravides aktuelle familiesituation, baggrundsforhold og netværk i øvrigt. Barnefaderen og evt. større børn ledsager ofte kvinden til graviditetsundersøgelser, og der dannes et indtryk af dem og deres indbyrdes samspil.

Graden af støtte, som barnefaderen kan yde den gravide, er af afgørende betydning for kvindens muligheder for at gennemføre sit behandlingsforløb. Har barnefaderen et rusmiddelproblem, tales der med ham og kvinden om vigtigheden af, at han påbegynder en behandling. Motivationsarbejdet tager udgangspunkt dels i den støtte og opbakning, han dermed kan give til kvinden, dels i deres fremtidige situation som forældre til et lille barn, hvilket ikke kan varetages forsvarligt med rusmiddelproblemer. Efter aftale med barnefaderen kontaktes en relevant behandlingsinstitution med henblik på en visiterende samtale med ham.

Har barnefaderen ikke et rusmiddelbrug, kan han fx have behov for anden form for behandling og støtte, fx hjælp til uddannelse, aktivering, faderskabs-sag eller afklaring af problematiske samværsforhold til børn fra tidligere forhold m.m. Disse problemstillinger arbejder Familieambulatoriet ikke direkte med, men henviser og hjælper i kontaktetablering med relevante instanser, især med socialforvaltningen.

Familieambulatoriet danner sig et indtryk af børnene ud fra forældrenes omtale og fra iagttagelse af børnenes adfærd, når de ledsager moderen til graviditetsundersøgelser. Det kan være lidt større børn, der i samspil med forældrene udviser en påfaldende 'voksen' og ansvarlig adfærd; det kan være lidt mindre børn, som virker forsømte og understimulerede, og som ikke går i daginstitution. Indtrykket af børnene formidles til socialforvaltningen på de tværfaglige møder, hvor andre professionelle, der har kontakt med børnene – fx sundhedsplejerske og pædagog fra daginstitutionen – bidrager med deres kendskab til og vurdering af børnene. Ud fra det samlede billede drøftes, hvilken form for støtte børnene kan have behov for.

I enkelte tilfælde er det nødvendigt at inddrage den gravides forhold til sin egen mor eller anden pårørende. Der er ofte tale om komplicerede og ambivalente relationer mellem den gravide og hendes mor. Relationerne kan udgøre en reel

støtte, men samtidig også virke hæmmende på den gravides egen udvikling og ansvarlighed i forhold til egen graviditet og tilknytning til det ventede barn.

Familierådslagning

En metode, som mange kommuner har taget i anvendelse, er 'familierådslagning'. Metoden bygger på, at man skal undersøge den samlede families ressourcer og inddrage dem i den videre handleplan. I tilfælde, hvor det vurderes, at den gravide eller nybagte mor ikke vil være i stand til at varetage omsorgen for barnet, skal det undersøges, om der i den nærmeste familie vil være en person, som vil kunne varetage omsorgen for barnet. Såfremt det er tilfældet, skal barnet ikke anbringes uden for hjemmet i en plejefamilie eller i en institution.

Erfaringen er blandt andet, at der i familier med rusmiddelproblemer ikke er tilstrækkelige familiemæssige ressourcer til at varetage omsorgen for et barn og slet ikke for et 'risikobarn'. Det tager ofte uforholdsmæssigt meget tid at undersøge de familiemæssige forhold, hvorfor kostbar tid går tabt i forhold til hurtigt at få barnet ud i trygge, stabile og sufficente omsorgsrammer. Man ved, at kvaliteten af opvækstfoldene specielt i det allerførste leveår har meget stor betydning for barnets prognose, hvorfor barnet ikke har 'råd' til at vente⁹⁷.

Tværsektorielle møder – etablering og løbende justering af hjælpeforanstaltninger

Formålet med det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er at sikre et fagligt kvalificeret grundlag for de beslutninger, der skal træffes om hjælpeforanstaltninger for barnet og familien. Omfanget af dette samarbejde varierer betydeligt og afhænger af den samlede belastningsgrad af rusmiddelrelaterede, helbreds-mæssige, psykiske og sociale faktorer hos den enkelte kvinde/familie. I enkelte forløb vurderes det fx som tilstrækkeligt (efter aftale med kvinden) at kontakte sundhedsplejersken og opfordre hende til at aflægge et graviditetsbesøg med henblik på kontaktablering allerede før fødslen. I andre tilfælde kan indsatsen bestå i at aftale og sammen med kvinden deltage i en samtale med socialforvaltningen, som på denne måde bliver gjort opmærksom på kvindens situation og hendes eventuelle behov for støtte efter fødslen.

Drejer det sig om en kvinde i en belastet livssituation og med aktuelle rusmiddelproblemer tilstræbes det, at der etableres et tværsektorielt samarbejde efter, at der er indledt et tværfagligt forløb med kvinden. Inden socialforvaltningen kontaktes, tales med den gravide om vigtigheden af dette samarbejde med det formål, at hun – i enkelte tilfælde efter flere samtaler – når frem til en forståelse for og accept af Familieambulatoriets henvendelse til socialforvaltningen.

Til det første møde indkaldes, ud over socialforvaltningen og den praktiserende læge, alle de professionelle, som har kendskab til kvinden/familien. Der kan være tale om distriktspsykiatrisk center, rusmiddelbehandlingsinstitution, en døgninstitution, hvor et af familiens børn er anbragt, daginstitution, m.m. Endvidere kan de behandlingsinstitutioner indkaldes, som man vurderer vil være relevante i det videre forløb. Derudover indkaldes de hospitalsafdelinger, som kommer til at have kontakt med kvinden/barnet: svangre-, barsels-, neonatal- og børneafdeling.

Formålet med det første møde er en gensidig orientering om kvinden/familien og en fælles vurdering af problemstillinger eller baggrundsforhold, der skal uddybes som nødvendigt grundlag for vurdering af behovet for hjælpeforanstaltninger. Præcise aftaler om rolle-, opgave- og ansvarsfordeling er vigtige forudsætninger for det videre forløb, hvor den beskrivende og behandlende indsats kontinuerligt vurderes og koordineres. Mødehyppigheden fastlægges individuelt, dog tilstræbes det altid, at der afholdes et møde kort tid inden fødslen, hvor der mere konkret kan tales om, hvilke hjælpeforanstaltninger, der er relevante og nødvendige efter fødslen.

Efter hver tværsektoriel konference udarbejdes et skriftligt referat, som indeholder problemstilling (aktuelle situation og baggrundsforhold), konklusion og handleplan, rolle- og kompetencefordeling mellem de implicerede professionelle og tidspunkt for næste konference. Referatet sendes ud til samtlige mødedeltagere, foruden at det indgår i den gravides hospitalsjournal. Som regel deltager den gravide ikke selv i konferencen, som betragtes som et arbejdsmøde, men hun er informeret om formålet med mødet og hvem, der deltager, og hun bliver orienteret nærmere om mødets indhold og konklusion umiddelbart efter mødet. Det er altid socialforvaltningens sagsbehandler, der orienterer den gravide om mødet.

Når praksis som regel er, at kvinden ikke deltager i den tværfaglige konference, har det sin baggrund i erfaring med, at det i de fleste tilfælde er mest hensigtsmæssigt, at mødet foregår som et 'arbejds-møde' mellem de professionelle. Dels kan det være meget belastende for en kvinde i en presset situation at sidde til møde med så mange forskellige personer, hvor der både tales om fortid, nutid og fremtid. Dels har det vist sig, at mange af de professionelle er mere tilbageholdende med at fremlægge deres kendskab til kvinden og hendes familie, når hun er til stede. Det kan i værste fald få den konsekvens, at kvinden og hendes barn ikke får tilstrækkelig hjælp og støtte, fordi beslutningerne er truffet på et ikke fyldestgørende grundlag. En yderligere erfaring er, at kvindens partner også ønsker at deltage, hvis kvinden skal deltage. Ofte har partneren, barnefaderen, betydelige problemer både aktuelt og i sin baggrund, og ofte har parret ikke kendt hinanden i særlig lang tid. Mange har af forskellige grunde ikke oplyst partneren fyldestgørende om fortiden, hvorfor der under en sådan konference kan fremkomme belastende oplysninger om den anden part (se til-lige side 21).

Fødselsforberedelse

Kun få af de gravide, der er knyttet til Familieambulatoriet, anbefales at benytte de fødselsforberedende tilbud i den almindelige svangreomsorg. De fleste af dem, der forsøger, opgiver hurtigt, da de giver udtryk for at have fået en oplevelse af utilstrækkelighed og et personligt nederlag i den store gruppe. De har oplevet, at det er vanskeligt for dem at deltage i diskussion og erfaringsudveksling og dermed 'sammenligne' sig selv med de andre gravide, hvilket også er erfaringen fra tidligere forsøg med fødselsforberedelse af en mindre gruppe af Familieambulatoriets gravide sammen.

Da gruppemetoden indebærer indlysende fordele (fx muligheden for opbygning af et støttende netværk) arbejdes der videre med overvejelser om, i hvilken form og med hvilket indhold anvendelse af gruppemetoden vil kunne anvendes i fødselsforberedelsen.

Fødselsforberedelsen bliver derfor tilrettelagt som et individuelt forløb, så den enkelte gravides særlige problematikker og behov bliver tilgodeset.

Den gravide skal tidligt i forløbet informeres om, hvilken betydning, hendes evt. rusmiddelbrug og medicinering kan have for fødselsforløbet. Der skal gives faglig og saglig information om de enkelte rusmidler og medikamenters indvirkning, fx at alle afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter inkl. alkohol virker vehæmmende. Har kvinden et forbrug af rusmidler og medikamenter i tiden op til fødslen, kan fødselsforløbet derfor blive langvarigt, hvorfor indgreb under fødslen vil være hyppigere forekommende end hos andre fødende. Det samme gælder, hvis hun er i behandling med fx metadon eller fenemal. Der vil tillige være øget risiko for fastsiddende moderkage samt blødning efter fødslen, fordi livmoderen ikke trækker sig tilstrækkeligt godt sammen på grund af den vehæmmende virkning af de forskellige rusmidler og medikamenter.

Der skal ligeledes informeres om de forskellige stoffers udskillelse i modermælken, hvilket danner grundlaget for kontinuerlige samtaler og anbefalinger i forhold til amning. Har kvinden et fortsat forbrug af rusmidler eller medicin på fødselstidspunktet, frarådes amning, indtil hun er medicin- og rusmiddelfri (se tillige side 62).

Der gives en orientering om de forskellige faser i fødselsforløbet og om, hvordan den gravide selv kan agere, for at fødslen kan forløbe så optimalt som muligt. Der tales om, hvordan det nyfødte barn forventes at kunne reagere umiddelbart efter fødslen, hvad der 'gøres' med barnet og hende selv, og hvordan overflytning til barselsafdeling og evt. neonatalafdeling vil foregå. Det er vigtigt at være lydhør over for den gravides egne spørgsmål og ønsker og støtte hende i at stille de spørgsmål, som hun af forskellige årsager kan have vanskeligt ved at komme frem med.

En naturlig del af fødselsforberedelsen er, at jordemoderen tager den gravide med på et besøg på fødegangen og på denne måde giver den gravide kendskab til og trykthed i forhold til det sted, hvor hun skal føde. Der tales med hende om, hvad hun rent konkret skal gøre, når fødslen går i gang. Tillige tales med hende om hvem, hun ønsker at have med til fødslen.

Plan for fødslen og barselsperioden

For at sikre, at det vagthavende personale på fødeafdeling og neonatalafdeling har den fornødne information om den fødende og det ventede barn, har Familieambulatoriet udarbejdet et skema, som i god tid inden det forventede fødselstidspunkt udfyldes af Familieambulatoriets læge og jordemoder og lægges i journalen (se bilag 4, side 130). Skemaet er i kulørt papir, så det let kan skelnes fra journalens øvrige sider. Skemaet indeholder dels relevante oplysninger om den gravide, dels plan for fødslen og for barnet. Formålet er at sikre, at de involverede professionelle ved, hvilke specielle forholdsregler, de eventuelt skal tage i forhold til fødslen, så den fødende undgår en unødvendig udspørgen og kan 'fredes' til at koncentrere sig om selve fødselsforløbet. Det sikrer desuden, at relevante og nødvendige undersøgelser bliver foretaget på kvinden og barnet i forbindelse med fødslen.

Skemaet indeholder oplysninger om den fødendes rusmiddelbrug og medicinske behandling i graviditeten, rusmiddel-, medicin- og infektionsstatus ved fødslen og den sociale plan efter udskrivning. Det specificeres, hvilke prøver der skal tages ved fødslen (urinscreening for rusmidler og medikamenter, eventuelt hiv-relaterede prøver, hepatitis B-antigen m.m.), plan for observation af barnet efter fødslen, om barnet skal indlægges på neonatalafdeling eller barselsafdeling, om barnet skal hepatitisvaccineres, om amning tilrådes samt den sociale plan for udskrivning af mor og barn, såfremt planen foreligger på fødselstidspunktet.

Smertelindring under fødslen

Det er vigtigt med en god og effektiv smertebehandling under fødslen, dels af hensyn til kvinden, dels af hensyn til barnet. Gravide med rusmiddelproblemer er generelt bange for smerter i forbindelse med fødslen. De giver desuden ofte udtryk for en frygt for, at de på grund af deres rusmiddelproblem ikke vil blive tilbudt den samme smertelindring som andre gravide. Konsekvensen af denne frygt kan blive, at den gravide 'tager sagen i egen hånd' og indtager ekstra medicin eller rusmidler tæt på og under fødslen. Kvinden skal være informeret om risikoen for barnet ved at indtage ikke-ordineret medicin eller rusmidler under fødslen. Hun skal tilbydes megen støtte i fødselsforløbet og bør ikke lades alene – eller alene med sin samlever.

På denne baggrund er det væsentligt at give den gravide en grundig orientering om smertelindring, ikke mindst er det vigtigt at understrege, at fødende kvinder med rusmiddelproblemer får tilbudt smertelindring efter de samme retningslinjer som alle andre fødende i forhold til den samme situation i fødselsforløbet. Det er vigtigt, at den gravide allerede inden fødslen får tillid til, at hun vil blive tilbudt den smertelindring, hun får behov for.

Dette indebærer, at hvis den fødende er i medicinsk behandling med fx metadon, skal hun ud over sin faste metadondosis gives den samme mængde smertestillende medicin, som andre kvinder får i samme situation i fødselsforløbet. Man må ligeledes være opmærksom på, at nogle rusmiddelbrugende kvinder har behov for en større mængde af den smertelindrende medicin for at opnå den ønskede effekt (toleransudvikling).

Drejer det sig om fødende med forbrug af morfika, bør man være opmærksom på, at en smertetilstand kan virke antagonistisk på virkning af morfika, hvilket betyder, at en kraftig smertetilstand kan ophæve virkningen af morfika. Dette gælder, uanset om der er tale om lægeordineret morfika (fx metadon) eller heroin købt på det illegale marked. Den fødende kvinde kan da udvikle abstinenser under fødslen, hvilket kan give iltmangel hos barnet. Derfor skal man være opmærksom på under fødslen, om kvinden udvikler abstinenser, og hvis dette sker, da give hende morfin (fx petidin) eller metadon, uanset at hun har fået sin sædvanlige dosis.

Epiduralblokada (rygmarvsbedøvelse) giver en god og effektiv smertelindring. Hvad angår brug af petidin i fødselsforløbet, gælder samme retningslinjer for rusmiddelafhængige fødende som for andre. Petidin kan virke hæmmende på barnets respiration, såfremt barnet fødes inden for 2 timer efter, at petidin er givet til den fødende. Børn, som i fosterlivet har været eksponeret for opiater, vil have udviklet tolerans over for morfikas virkning, hvorfor disse børn ikke vil være særlig følsomme for petidins respirationshæmmende effekt sammenlignet med andre børn.

Eventuel efterfølgende respirationshæmning hos et nyfødt barn, der i fosterlivet ikke har været eksponeret for opiater, kan sædvanligvis behandles med modgift (naloxon). Men det er kontraindiceret at give naloxon til børn, som før fødslen er tilvænnet opiater. Naloxon vil kunne udløse et akut og alvorligt abstinensanfald hos barnet, som i værste fald kan være livstruende⁹⁸. Derfor skal børn, som har været eksponeret for opiater før fødslen, behandles med respirationsunderstøttende behandling, eventuelt respiratorbehandling, såfremt barnet efter fødslen viser tegn på respirationshæmning⁹⁹.

Plan for observation og behandling af barnet efter fødslen

På baggrund af kendskabet til graviditetsforløbet og moderens rusmiddelbrug og medicinindtagelse, tilrettelægger Familieambulatoriets læge en foreløbig plan

for barnets observation og behandling efter fødslen, og om barnet skal indlægges på neonatalafdeling eller kan følge med moderen på barselsafdeling. Såfremt moderen har været medicin- og rusmiddelfri i de sidste 3 uger inden fødslen, er der ikke risiko for abstinensudvikling hos barnet, hvorfor barnet kan følge med moderen på barselsafdeling, forudsat at barnets tilstand tillader dette. Såfremt moderen har haft et forbrug af rusmidler eller afhængighedsskabende medikamenter inden for de sidste 3 uger inden fødslen, eller de relevante undersøgelser ikke er foretaget, eller svarene ikke foreligger, skal barnet indlægges til observation på neonatalafdeling (se tillige kapitel 3, side 76). Hvor længe, barnet har behov for observation og behandling i hospitalsregi, vil bl.a. afhænge af, hvilke rusmidler barnet før fødslen har været eksponeret for, samt om barnet udvikler behandlingskrævende abstinenser.

Forældreorientering, introduktion til føde- og neonatalafdeling

Når terminen nærmer sig, vil det være muligt på baggrund af graviditetsforløb, behandlingsforløb og den gravides tilstand og rusmiddel- og medicinstatus at vurdere, om barnet vil være i risiko for udvikling af abstinenser eller anden observations- og behandlingskrævende tilstand og derfor skal indlægges på neonatalafdeling. Forældrene får en orientering om den observation og eventuelle behandling af barnet, der vil være nødvendig efter fødslen. Læge og psykolog er ansvarlig for, at forældrene får denne information.

Forældrene oplyses om baggrunden for abstinensudvikling hos nyfødte børn, og det beskrives, hvilke abstinenssymptomer, der typisk ses. Det understreges, at der kan være store individuelle variationer børnene imellem, hvorfor man ikke med sikkerhed kan forudsige, hvilke og hvor svære symptomer, det enkelte barn vil udvikle. Forældrene orienteres tillige om anvendelse af abstinensschema, og observations- og behandlingsprocedurer gennemgås. Man skal sikre sig, at forældrene er indforstået med, at barnet følger de lægeligt anbefalede procedurer for observation og behandling. Hvad angår det enkelte barns prognose, hvilket forældrene oftest er meget optagede af, er det som regel ikke muligt at udtale sig med sikkerhed før på et meget senere tidspunkt, men det er vigtigt at understrege over for forældrene, at abstinenssymptomer i sig selv ikke er farlige for barnet, forudsat at barnet får den nødvendige observation og behandling.

En væsentlig del af forældreorienteringen er, at forældrene sammen med en medarbejder fra Familieambulatoriet besøger fødeafdelingen og neonatalafdelingen forud for fødslen. Som regel er der i forvejen indgået en aftale med en sygeplejerske fra de respektive afdelinger, som beskriver og viser, hvordan observation og behandling vil foregå.

På grund af letvakte skyldfølelser og oplevelser af nederlag i forhold til eget behandlingsforløb kan det være vanskeligt for en del forældre at tage imod tilbuddet om at se neonatalafdelingen. De fleste udtrykker dog efterfølgende

tilfredshed med besøget, som ofte har virket 'afmystificerende' i forhold til de ofte ubehagelige forestillinger, de på forhånd har gjort sig om afdelingen.

En grundig forhåndsorientering om den indlæggelse, observation og medicinske behandling, som barnet og forældrene skal igennem, er af væsentlig betydning for forældrenes tryghed og dermed det videre samarbejde og behandlingsforløb.

Amning

Alle rusmidler, inkl. alkohol og nikotin samt afhængighedsskabende medikamenter, passerer over i modermælken, og nogle opkoncentreres. Nikotin opkoncentreres med en faktor 3 og cannabis med en faktor 8. Der er rundt omkring i verden forskellige holdninger til, om amning under disse omstændigheder må anbefales. Der er ikke videnskabelig dokumentation for, at den lille mængde rusmidler og medikamenter, som barnet får via modermælken, vil kunne påvirke barnet negativt, set i forhold til den mængde rusmidler, som barnet har fået i fosterlivet og de fordele, der generelt er gældende for amning. På den anden side er barnets udvikling jo ikke færdig på fødselstidspunktet, og man kender ikke den nedre grænse for de enkelte rusmidlers skadelige virkning på fosterets/barnets udvikling.

I Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital og Rigshospitalet anbefales at undlade amning, så længe moderen har et forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter, men evt. senere etablere amning, når hun er blevet rusmiddel- og medicinfri. Hun kan da malke ud, indtil hun er fri af rusmidler og medikamenter.

Moderen skal informeres om disse forhold allerede under graviditeten, og spørgsmålet om amning bør være drøftet med hende i god tid inden fødslen. Efter fødslen drøftes emnet igen. Hvis moderen har et forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og medikamenter, fx er i behandling med metadon og/eller fenemal, må spørgsmålet om amning drøftes med moderen på baggrund af den viden, der er om fordele og ulemper ved amning under de givne omstændigheder. Der er tale om oplysning og lægelige råd, som langt de fleste mødre er lydhøre overfor. Har moderen et stærkt ønske om at amme sit barn, må hun amme, såfremt det ikke på grund af barnets tilstand er kontraindiceret. (Nogle af de rusmiddeleksponerede nyfødte er dog ikke i stand til at sutte maden selv og får derfor mad på sonde).

Er moderen hiv-smittet og insisterer på at amme mod lægeligt råd, skal socialforvaltningen inddrages, da amning kan medføre, at barnet bliver hiv-smittet.

Har moderen intet forbrug af alkohol, andre rusmidler eller medicin, støttes og vejledes hun i at amme sit barn, såfremt hun ønsker at amme. Det er vigtigt at

være opmærksom på, at en del af de psykosocialt belastede mødre har en psykisk betinget modvilje eller ambivalens over for amning (se side 70).

Rådgivning om prævention, inkl. sterilisation

Psykosociale forhold har betydning for seksuel adfærd, menstruationsforhold, fertilitet og anvendelse af prævention¹⁰⁰. Mange kvinder med rusmiddelproblemer har generelt en belastet livssituation med højt dagligt stressniveau præget af kaotiske bolig-, samlivs- og forsørgelsesmæssige forhold, vold, kriminalitet, skiftende seksualpartnere og prostitution. Kvinderne har desuden ofte en mangelfuld viden om kropsfunktioner og anatomiske forhold samt ringe kropsbevidsthed, måske som følge af tidlige erfaringer med seksuelle overgreb eller andre grænseoverskridende oplevelser¹⁰¹.

Længerevarende psykosocialt stress kan påvirke hormonbalancen, nedsætte fertiliteten og medføre uregelmæssige og udeblevne menstruationer. Forbrug af opiatier kan ligeledes gribe forstyrrende ind i hormonbalancen og medføre, at menstruationerne udebliver i en kortere eller længere periode¹⁰².

I befolkningen som helhed er der desuden mange 'myter' om mulighederne for at blive gravid: fx at menstruation er en nødvendig forudsætning for at blive gravid, og at manglende menstruation derfor betyder, at man ikke kan blive gravid. Som konsekvens af denne opfattelse finder mange af kvinderne det ikke nødvendigt at anvende prævention. I tilfælde af graviditet opdages graviditeten derfor ofte sent, da graviditetssymptomerne ofte tolkes som abstinenser eller på anden måde fejltolkes eller fortrænges, ikke mindst på baggrund af den ringe kropsbevidsthed og dårlige evne til at tolke kropslige signaler. Er kvinden påvirket af rusmidler og/eller medicin, vil hendes evne til at mærke sin krop ligeledes ofte være nedsat.

Når rusmiddelafhængige kvinder kommer i behandling, bliver de ofte hurtigt gravide, hvis ikke de anvender prævention. Dette sker primært som en følge af, at graden af den psykosociale belastning mindskes. En medvirkende faktor kan være, at metadon, sammenlignet med andre opiatier, har en mindre forstyrrende virkning på hormonbalancen, hvorfor menstruationsforholdene hurtigt normaliseres efter påbegyndt behandling¹⁰³.

Alle disse forhold må nødvendigvis få betydning for rådgivning om prævention til kvinder med rusmiddelproblemer. For det første er det væsentligt, at alle de behandlingssteder, der har kontakt med kvinderne, sikrer, at de får prævention, herunder information og oplysning om de faktiske forhold og om muligheden for at blive gravid, fx at man godt kan have ægløsning uden menstruation og dermed blive gravid, og at også den psykosociale belastning har betydning for, hvor 'let' man bliver gravid.

Rusmiddelfafhængige kvinders ofte ustabile sociale forhold og uforudsigelige dagligdag har betydning for, hvilken konkret præventionsmetode, der må anbefales. Metoden skal først og fremmest være enkel at administrere for den enkelte kvinde. Anvendelse af p-piller, som forudsætter, at kvinden kan huske at indtage én pille dagligt, er oftest en urealistisk og dermed upålidelig metode for langt den største del af kvinder i en belastet situation. Spiral er en realistisk mulighed, men kan ikke anbefales for kvinder, der har hyppige underlivsbetændelser.

For de fleste rusmiddelfafhængige kvinder er p-sprøjte eller p-stav en god præventionsmetode, da den ikke forudsætter kvindens aktive medvirken i dagligdagen. I den konkrete situation skal fordele og ulemper afvejes i forhold til følgerne af en uplanlagt, uønsket graviditet efterfulgt af et abortindgreb eller gennemførelse af en uplanlagt graviditet med risiko for, at barnets helbred og udvikling skades, og at barnet skal anbringes uden for hjemmet.

Anvendelse af p-piller, p-sprøjte eller p-stav forudsætter en normal leverfunktion. Dette betyder bl.a., at kvinder, som tidligere har haft leverbetændelse og er antigen-positive, ikke kan anbefales disse metoder. Det samme gælder for kvinder med et stort aktuelt eller tidligere alkoholforbrug. De bør have taget blodprøver til undersøgelse af leverfunktionen. Er denne ikke normal, er anvendelse af p-piller, p-sprøjte og p-stav kontraindiceret. Her må sterilisation eller spiral overvejes.

I rådgivningen understreges det for kvinderne, at de for at beskytte sig mod infektioner – især hiv og seksygdomme – altid skal sørge for, at deres partner anvender kondom. Kondom bør betragtes som et nødvendigt supplement til anden form for prævention, men det frarådes at anvende kondom som den eneste præventionsmetode, da den generelt, og især i den belastede gruppe af kvinder med rusmiddelproblemer, er alt for usikker.

Sterilisation anbefales til kvinder over 25 år, som har fået det antal børn, som de har ønsket sig, samt til kvinder med langvarige rusmiddelproblemer og helbredsmæssig, psykisk og social stor belastningsgrad. Ønsker kvinden sterilisation, kan dette tilbydes i barselperioden. I tilfælde af kejsersnit foretages indgrebet i forbindelse med dette. Generelt frarådes det at foretage indgrebet så hurtigt efter fødslen, men også på dette punkt må der foretages en afvejning af de risici, der er forbundet med et 'for tidligt' indgreb mod de risici, der knytter sig til en graviditet for en kvinde i en svært belastet livssituation med rusmiddelproblemer.

Da erfaringen viser, at rusmiddelfafhængige kvinder trods motivation og ønske om prævention ofte har vanskeligt ved at overholde indgåede aftaler hos egen læge, antikonceptionsklinikker m.m., tilstræbes det, at præventionen er etableret, inden kvinden udskrives fra hospitalet.

10. Kroniske infektioner og graviditet

Gravide med rusmiddelproblemer har ofte mange forskellige følgesygdomme og andre helbredsmaessige problemer. Mange har eller har haft hepatitis B og C, hvoraf nogle er kroniske smittebærere. De smitter ved seksuelt samvær og ved brug af fælles sprøjter og kanyler, og de kan smitte barnet under graviditet og fødsel. Det samme er gældende for hiv-infektion, som kvinderne og barnefædrene også er i risiko for at være smittet med, og som kan overføres til barnet i forbindelse med graviditet, fødsel og ved amning. Det er vigtigt at informere de gravide og deres partnere om disse sygdomme og anbefale, at de begge bliver undersøgt for de pågældende sygdomme så tidligt som muligt i graviditeten.

Den gravide får taget blodprøver til undersøgelse for hepatitis B- og hepatitis C-antistof samt hiv-antistof. Såfremt der påvises antistoffer mod disse sygdomme, undersøges tillige for de tilsvarende antigener (hepatitis B antigen, hepatitis C-antigen (PCR) og hiv-RNA). Er den gravide hepatitis B og/eller C-antigen positiv, tages supplerende blodprøver til undersøgelse af leverfunktionen, og den gravide henvises til en infektionsmedicinsk afdeling. Den gravide informeres om betydningen af blodprøvesvarene og om smitterisikoen i forhold til andre mennesker og i forhold til fosteret/barnet. Mulighed for at afbryde graviditeten drøftes ligeledes med den gravide. Så vidt muligt inddrages den gravides partner i disse samtaler, og det anbefales, at han får foretaget de samme blodundersøgelser som den gravide. Såfremt den gravide er hepatitis B-antigen positiv, og partneren er hepatitis B-antigen- og antistof negativ, anbefales han at blive vaccineret mod hepatitis B (kan foretages hos den praktiserende læge). Er der børn i hjemmet og/eller flere voksne, bør også de undersøges og vaccineres ved behov (hos praktiserende læge). Den gravide må ikke vaccineres mod hepatitis B under graviditeten, uanset om partneren er smittebærer. Da vaccinerne er dyre, kan der søges om betaling via socialforvaltningen.

Hvis den gravide er hepatitis B-antigen positiv, skal det nyfødte barn umiddelbart efter fødslen påbegynde vaccination mod hepatitis B samt gives en injektion med hepatitis B immunglobulin. Vaccinationerne skal følges op hos den praktiserende læge 1 måned, 2 og 12 måneder efter første vaccination. Moderen må gerne amme, hvis hun er hepatitis B- og/eller hepatitis C-antigen positiv. Det nyfødte barn skal ikke vaccineres mod hepatitis C, men bør følges op med blodprøver, senest ved 18-måneders-alderen (hos den praktiserende læge).

Alle hiv-antistof positive gravide henvises til fødsel på et af de hospitaler, som varetager behandling af hiv-positive gravide og deres børn (fx Hvidovre Hospital eller Skejby Sygehus).

Svangreomsorgen varetages af Familieambulatoriet i tæt samarbejde med den infektionsmedicinske afdeling og børneafdelingen. Den gravide sættes i behand-

ling med forebyggende medicin (tre-stofbehandling) fra 14. svangerskabsuge og i resten af graviditeten. Hvis den gravide ved graviditetens konstatering allerede er i medicinsk behandling for hiv, fortsættes behandlingen, men valg af de medicinske præparater justeres i forhold til evt. risiko for fosterskadende virkning. På grund af risikoen for overførsel af hiv til fosteret må der ikke under graviditeten og fødslen foretages invasive indgreb som fx moderkagebiopsi, fostervandsprøve og blodprøve til undersøgelse for scalp-ph. Fødslen anbefales at foregå ved planlagt kejsersnit 2 uger før terminen. Dog er der mulighed for at føde vaginalt, såfremt hiv-RNA er lavt (under 20) og CD-4 tallet er over 300. Også under fødslen gives forebyggende medicin (retrovir i glukosedrop 2 mg pr. kg i den første time, herefter 1 mg pr. kg pr. time, indtil barnet er forløst). Barnet skal umiddelbart efter fødslen undersøges af en børnelæge og 8-12 timer efter fødslen påbegynde behandling med forebyggende medicin (retrovirmikstur) og fortsætte denne behandling i de 4 første leveuger.

Moderen frarådes at amme, hvorfor der gives laktationshæmmende medicin inden for det første døgn efter fødslen (fx 1 mg dostinex som engangsdosis). Såfremt moderen insisterer på at amme, skal socialforvaltningen kontaktes.

Den medicinske behandling og kontrol af hiv-sygdommen hos den gravide varetages af den infektionskmedicinske afdeling i tæt samarbejde med Familieambulatoriet, og behandling og opfølgende undersøgelser af barnet vedrørende hiv varetages af børneafdelingen. Hvis moderen under graviditeten har haft rusmiddelproblemer, følges barnet tillige i Familieambulatoriet frem til skolealder. .

Instruks vedr. hiv-positive gravide og børn: se www.hosp.dk – og søg på 'Hiv-instruks'.

11. Gravide med dobbeltdiagnose (psykisk syge med rusmiddelbrug)

En del af de gravide har, ud over deres rusmiddelproblem også en psykisk lidelse, som ikke altid er diagnosticeret, men kan 'skjule sig' bag det mere synlige rusmiddelbrug. I nogle tilfælde har den gravide udviklet et rusmiddelbrug som en form for selvmedicinering, enten i stedet for eller som supplement til psyko-farmakabehandling. I andre tilfælde har rusmiddelbruget udløst en latent psykisk lidelse (fx 'hashpsykose') eller har forstærket en psykisk lidelse (fx alkohols angstforstærkende virkning ved længerevarende stort forbrug). Den psykiske lidelse kan således betragtes som primær eller sekundær i forhold til rusmiddelproblematikken.

I kontakten med en nyhenvist gravid kan der opstå en formodning om en behandlingskrævende psykisk lidelse. Der kan være tale om gravide, som har haft enkelte kortvarige indlæggelser på psykiatriske afdelinger, uden at der foreligger en egentlig psykiatrisk udredning og diagnose. Det kan også være gravide, som ingen kontakt har haft med det psykiatriske behandlingssystem. I begge tilfælde er det vigtigt, at der foretages en psykiatrisk undersøgelse med henblik på at af- eller bekræfte formodningen om psykisk sygdom. Hvis undersøgelsen påviser en psykisk lidelse, iværksættes relevant behandling, herunder eventuelt medicinsk behandling. Efter aftale med kvinden etableres kontakt til psykiatrisk afdeling. I det videre forløb kan der blive tale om indlæggelse på psykiatrisk afdeling eller et ambulant behandlingsforløb, eventuelt i distrikts-psykiatrisk regi.

Nogle gravide har tidligere, måske flere år tidligere, været psykiatrisk undersøgt og diagnosticeret og har været i langvarig medicinsk behandling hos egen læge. I enkelte tilfælde kan kvindens symptomer, adfærd og reaktioner give anledning til behov for en fornyet psykiatrisk undersøgelse med henblik på revurdering af den aktuelle diagnose og behandling.

Familieambulatoriet har i forbindelse med iværksættelse eller ændring af den medicinske behandling en oplysende og rådgivende funktion i forhold til de enkelte medikamenters eventuelle fosterskadende virkning, hvilket ofte indebærer, at der af hensyn til fosteret tilrådes andre medikamenter end dem, man ville anbefale, hvis kvinden ikke var gravid.

Det tværfaglige samarbejde med henblik på at iværksætte relevante hjælpeforanstaltninger både under graviditeten og efter fødslen er ofte præget af, at det er vanskeligt at finde behandlingssteder, der kan rumme personer – og i særdeleshed gravide kvinder/mødre – med både rusmiddelproblematik og psykisk

lidelse, da mange behandlingssteder har netop en eller begge af disse diagnoser som eksklusionskriterier.

Det er veldokumenteret (Jessen-Petersen ¹⁰⁶), at mange psykisk syge har et rusmiddelbrug. Minimum 70 % af psykiatriske patienter har et overforbrug af afhængighedskabende medicin, alkohol eller andre rusmidler. 10-15 % af personer med rusmiddelproblemer har en psykisk lidelse.

I psykiatrien skal man derfor være opmærksomme på kvinder, der bliver gravide, og spørge til deres rusmiddelbrug, og alle, som er i kontakt med gravide rusmiddelbrugere, skal være opmærksomme på deres eventuelle psykiske lidelser. Det er derfor nødvendigt med et tæt samarbejde mellem Familieambulatoriet, det psykiatriske system og behandlingssystemerne for rusmiddelaafhængighed (rådgivningscentre og alkoholambulatorierne).

Børn af mødre med dobbeltdiagnose er dobbelt belastede og har endnu flere risikofaktorer end børn af rusmiddelbrugende uden psykisk sygdom. Fosteret er belastet af både psykofarmaka og rusmidler. Børnene risikerer at få neurologiske symptomer i nyfødthedsperioden af psykofarmaka. Den tidlige mor-barn-kontakt kan påvirkes af et neurologisk irritabelt barn, samtidig med at moderens kontaktevne kan være læderet af psykisk lidelse/medicinsk behandling. Det er tillige dokumenteret, at psykiske sygdomme spiller afgørende ind i forhold til forældreevne ¹⁰⁷.

De psykisk raske gravide kan som regel 'nås' via barnet. Denne normale tilgang kan ofte ikke anvendes over for de psykisk syge gravide, som fx kan have vrangforestillinger om egen krop og barnet. Den gravide og behandlerne er i 'to verdener'. Motivation for behandling kan oftest ikke skabes via barnet. Det er derfor langt sværere at få disse kvinder ind i behandlingssystemet under graviditeten. Såfremt det ikke lykkes at skabe en tilstrækkelig kontakt med den gravide – ej heller ved opsøgende arbejde – er det vigtigt at afholde tværfaglige konferencer mellem Familieambulatoriet, socialforvaltning og det psykiatriske system, således at der kan foreligge en handleplan for barnet og for moderen umiddelbart efter fødslen.

Da mange af de psykiske sygdomme er arvelige, er barnet tillige i risiko for udvikling af psykisk sygdom på grund af psykosocial belastning i kombination med genetisk risiko. Det er derfor vigtigt at have dette med i vurderingen i forbindelse med eventuel placering af barnet i en plejefamilie.

Børn af psykisk syge mødre med rusmiddelproblemer

Børn henvist til behandling i Familieambulatoriet 1984 - 1994
(n = 60 gravide kvinder).

Børnenes tilstand ved fødslen	N = 60	%
For tidligt fødte	15	25,0
Lav fødselsvægt	20	33,0
Iltmangel ved fødslen	12	20,0
Dødfødt	1	1,7
Abstinenser efter fødslen	38	64,0
Føtalt alkoholsyndrom (FAS)	4	6,7
Føtal alkoholeffekt (FAE)	5	8,3
Down syndrom	1	1,7
Større børn (søskende som ikke har været kendt)	N = 40	%
Døde	4	10,0
Drabsforsøg fra mors side	4	10,0
Potentiel børnedødelighed	8	20,0

12. Intervention i barselsperioden

Moderen tilbydes indlæggelse på barselsafdeling i op til 2 uger efter fødslen med henblik på støtte og fortsættelse af sin egen behandling og for at være mest muligt sammen med barnet og lære det at kende. Uanset om barnet er hos moderen på barselsafdeling eller er indlagt på neonatal- eller børneafdeling, har moderen behov for tæt støtte i denne periode, både i forhold til sig selv og i relation til barnet.

Barnet på barselsafdeling

Mødre, der er rusmiddel- og medicinfri inden fødslen, får – forudsat at barnets tilstand efter fødslen er tilfredsstillende – barnet med på barselsafdeling og varer tager selv pasning af barnet under vejledning.

Ønsker moderen at amme, støttes hun i at etablere amning. Ønsker moderen ikke at amme, vejledes hun i at give flaske. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en del mødre har en psykisk betinget modvilje eller ambivalens over for amning. Fx kan mødre, som har oplevet seksuelle krænkelser eller andre grænseoverskridende handlinger i deres opvækst, have vanskeligt ved at have den intime kropskontakt med barnet, som amning indebærer. Disse mødre bør støttes i ikke at amme og vejledes i at skabe en tæt og god situation med barnet ved at give flaske. Eventuelt kan moderen malke ud og give barnet sin mælk på flaske. Mødre, som ikke skal amme, får mælkestoppende medicin (parlodel eller dostinex).

Moderens helbredsmæssige tilstand følges og behandles efter behov under ophold på barselsafdelingen. Der rådgives om prævention, og den ønskede prævention gives så vidt muligt inden udskrivning (fx oplægning af spiral, sterilisation, p-sprøjte, p-stav). Ved behov for anden lægelig opfølgning kontaktes eventuelt relevante speciallæger eller andre behandlere i forbindelse med udskrivning (se tillige afsnittet om præventionsrådgivning side 63).

Familieambulatoriets læge og psykolog undersøger barnets tilstand, trivsel og reaktionsmønstre. I tilfælde af usikkerhed om moderens rusmiddelbrug inden fødslen observeres barnet mere intensivt, fx efter abstinensschema. Hvis der opstår abstinenssymptomer hos barnet, overflyttes barnet til videre observation og behandling på neonatal- eller børneafdeling.

Mor uden barn på barselsafdeling

Hvis barnet er indlagt på neonatal- eller børneafdeling, støttes moderen i at være mest muligt sammen med sit barn og deltage mest muligt i de daglige omsorgsfunktioner.

Moderen tilbydes ved behov afgiftning med metadon og/eller fenemal, eventuelt antabus, og der foretages urinscreening for stoffer og medikamenter 2 gange ugentligt. Er moderen efter 2 uger ikke rusmiddel- og medicinfri, udskrives hun til hjemmet eller til en behandlingsinstitution og kan besøge barnet i det omfang, hun ønsker og magter det. Praktisk støtte til besøg hos barnet etableres efter behov, fx transportordning o.l.

Gennemgang af fødselsforløbet

Familieambulatoriets jordemoder aflægger hurtigst muligt efter fødslen besøg hos moderen. En grundig gennemgang af fødslen indgår som en vigtig del af denne samtale. Jordemoderen gennemgår og forklarer det faktiske hændelsesforløb, og moderen fortæller, hvordan hun oplevede forløbet. Er moderen præget af en negativ oplevelse af fødselsforløbet, tilbydes hun en samtale med den jordemoder, der var til stede under fødslen, for at få mulighed for at sætte ord på og få en bedre forståelse af baggrunden for fødselsoplevelsen. Ved behov tilbydes hun tillige samtale med Familieambulatoriets psykolog.

Præventionsrådgivning

I barselsperioden sker der en opfølgning af den præventionsrådgivning, som blev påbegyndt i den sidste del af graviditeten. Der tales med kvinden om de forskellige præventionsmuligheder med henblik på at nå frem til, hvilken præventionsmetode der er mest velegnet til hende. I denne rådgivning indgår der, ud over de mere medicinske betragtninger, også en realistisk vurdering af, i hvor høj grad hun i sin aktuelle livssituation vil være i stand til at administrere anvendelsen af en given præventionsmetode.

Der foretages sterilisation i barselsperioden, såfremt kvinden har valgt denne mulighed. Spiral kan oplægges, eller kvinden kan få en p-sprøjte (depo-provera), som har virkning i 3 måneder eller en p-stav, som kan ligge i 3 år. Såfremt det ikke lykkes at etablere prævention i barselsperioden, kontaktes egen læge og/eller den behandlingsinstitution, som moderen bliver tilknyttet efter udskrivning, med henblik på aktivt at støtte moderen i at få relevant prævention. Hvis moderen har fået prævention, som skal følges op, skal dette ligeledes sikres i forbindelse med udskrivning.

Samarbejde med barselsafdelingen

Barselspersonalet vil som regel være bekendt med moderens/familiens problematik. I forbindelse med indlæggelsen gives en ajourført information, og der orienteres om særlige forhold. Er barnet indlagt på neonatal- eller børneafdeling, er det vigtigt at sikre en koordinering mellem de implicerede afdelinger, herunder moderens besøg hos barnet.

Er barnet indlagt sammen med moderen, aftales det, hvordan og i hvilket omfang personalet skal observere og beskrive barnet, moderen og mor-barn kontakten (fx abstinensskema, Bethlem samspilsobservation m.m., se side 132-134) og støtte og vejlede moderen.

Bethlems samspilsobservation (se bilag 5, side 132) er en metode til observation af moderens umiddelbare kontakt- og omsorgsevne over for barnet. Metoden systematiserer og 'objektiverer' de adfærdsmønstre, som har betydning for den tidlige kontakt, stimulation og omsorg. (Der henvises til beskrivelsen, anvendelsen og erfaringen med metoden i litteraturreferencerne).

Kontinuerlig tæt kontakt, gensidig orientering og en naturlig diskretion i forhold til barnets og moderens problematik er forudsætninger for et godt indlæggelsesforløb for moderen og barnet og i øvrigt grundlæggende principper i samarbejdet. Det er vigtigt at have klare aftaler om rolle- og kompetencefordeling bl.a. i forbindelse med eksterne samarbejdspartnere, hvilket Familieambulatoriet varetager. Familieambulatoriet fungerer som en form for bindeled både mellem moderen og socialforvaltningen og mellem hospitalet og socialforvaltningen. Dette betyder bl.a., at Familieambulatoriet koordinerer aftalerne mellem moderen og socialforvaltningen og udtaler sig om barnets og moderens tilstand på baggrund af de observationer og behandlingsforløb, som har fundet sted i samtlige de implicerede afdelinger. Moderen har tidligt i behandlingsforløbet givet samtykke til samarbejdet.

Psykologisk støtte til moderen

Psykologsamtaler tilbydes, hvis fx moderen har haft en traumatisk oplevelse i forbindelse med fødslen; fx hvis hun har fået et meget for tidligt født, sygt eller misdannet barn. Dette tilbud gives også til kvinder med sene spontane aborter. Har moderen været udsat for traumatiske oplevelser eller tab under graviditeten, tilbydes opfølgning af de samtaler, som blev påbegyndt under graviditeten. Hvis der er risiko for fødselsdepression eller anden form for efterfødselsreaktion, tilbydes kvinden ligeledes psykologsamtaler i barselsperioden med opfølgning efter behov, eventuelt i andet regi.

Støtte til moderen i kontakten med barnet

Familieambulatoriets opgave er at støtte moderen i hendes kontakt med og tilknytning til barnet.

Den psykologiske proces, som det er at blive mor, begynder normalt allerede under graviditeten. Den gradvise tilknytning til barnet udvikles gennem praktiske forberedelser samt tanker, forestillinger og bekymringer om barnet og fødslen. Dette fører normalt til, at kvinden ved fødslen på det psykiske plan er parat til at tage imod sit barn og indstillet på at yde en relevant kontakt og omsorg¹⁰⁵.

Kun enkelte af Familieambulatoriets patienter har det nødvendige psykiske og sociale overskud samt tilstrækkelig støtte fra omgivelserne til at gennemløbe den normale psykologiske tilpasningsproces. Da kvindens egne tidlige oplevelser af omsorg ofte har været negative og forbundet med afvisning eller overgreb, kan dette hæmme den følelsesmæssige udvikling og tilknytning til barnet under graviditeten.

Den konkrete udformning af støtten afhænger af kvindens problematik, personlige ressourcer, rusmiddelbrug og den plan, som er lagt for hende og barnet efter udskrivning. Der er nogle grundlæggende holdninger, som er vigtige, uanset i hvilket omfang moderen skal være sammen med sit barn. Det handler om respekten for kvinden som mor: At hun, uanset sine svage ressourcer og uanset den sociale virkelighed, er barnets biologiske mor. Hun vil blive ved med at være en vigtig og central person for sit barn. Det er vigtigt at være opmærksom på og tage hensyn til kvindens psykiske sårbarhed i denne periode. Hun kan eksempelvis have en oplevelse af nederlag, da hun imod egen forventning ikke kunne gennemføre den planlagte behandling, herunder den medicinske nedtrapning, og derfor bl.a. har skyldfølelse over for barnet. Sideløbende skal den sociale virkelighed formidles og fastholdes i kontakten med moderen, som støttes i at se realistisk på sin situation og på barnet og dets behov.

I forhold til samvær med barnet vejledes moderen i at varetage de praktiske omsorgsfunktioner, og hun støttes i at aflæse og tolke barnets signaler og behov. Desuden er formålet at styrke kontakten og samspillet mellem moderen og barnet, herunder øjen-, dialog- og kropskontakt.

Noget forenklet kan den støtte, som mødrene har brug for i barselsperioden, beskrives ud fra følgende generaliserende eksempler, som tager udgangspunkt i det kendskab, som Familieambulatoriet har til kvinderne og deres ressourcer allerede under graviditeten:

- Det drejer sig eksempelvis om en mor med tidligere rusmiddelbrug eller en mor, som under graviditeten har haft et mindre forbrug, som hun er ophørt med. Barnet fremtræder som et helt normalt og upåfaldende barn.

Risikofaktor for forstyrrelse i tidlig mor-barn-kontakt

Mor

Angst for barnets tilstand
Angst for myndigheder
Skyldfølelse
Rusmiddelpåvirkning
Abstinenser
Dårlig kontaktevne
Lav selvtillid
Lav selv vurdering
Eventuel psykopatologi
Faderskabssag
Aktuelle sociale situation
Ambivalens
Adskilt fra barn

Barn

Graviditets/fødselskomplikation
Abstinenser
Medicinsk behandling
Medicinpåvirkning
Andet (alkoholskade, lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, infektioner m.m.)

Det vurderes, at moderen har gode personlighedsmæssige ressourcer. I kontakten med barnet udviser hun glæde og omsorg. Moderen har brug for praktisk vejledning og støtte og bekræftelse i sin kontakt med barnet og i sin moderrolle i det hele taget. Denne mor kommer som regel hjem uden støtte eller med støtte i mindre omfang.

- Det vurderes, at moderen med betydelig støtte kan fungere som 'god nok' forælder. Støtten omfatter fx hyppig sundhedsplejerskekontakt, hjemmehos-funktion, tidlig daginstitutionsplads samt tilknytning til en rusmiddelbehandlingsinstitution (rådgivningscenter). Moderen har brug for hjælp til at 'se' barnet som et individ med egne behov. Hun hjælpes ligeledes til at betragte foranstaltningerne som støtte og aflastning og ikke som kontrol.
- Det vurderes, at moderen med intensiv støtte på døgnbasis måske vil kunne lære at fungere på et tilfredsstillende niveau. Der er dog usikkerhed om vurderingen, hvorfor støtte og observation på døgnbasis er påkrævet. Under indlæggelsen indgår den samme form for støtte som i den forrige gruppe: Hjælp til at se barnets behov, være opmærksom på barnet, 'skifte fokus' fra egne behov til barnets og reagere relevant på barnets signaler og behov.

- Det vurderes, at moderen, selv med intensiv støtte på døgnbasis, ikke vil være i stand til på forsvarlig måde at tage sig af barnet, som derfor anbringes på en døgninstitution eller i familiepleje. I barselsperioden støttes moderen i at have gode samværssituationer med barnet. Kontakten til barnet vil fremover foregå ved regelmæssige besøg hos barnet. Støtte til samvær skal etableres og tilpasses moderens ressourcer og barnets behov.

Observation af mor-barn-kontakten

For Familieambulatoriet er det en væsentlig opgave at observere, hvordan moderen og barnet har det sammen. Der ses især på moderens følelsesmæssige samspil med barnet, varetagelse af de praktiske omsorgsfunktioner, strukturering af dagligdagen og hendes evne til at sætte egne behov til side til fordel for barnets behov (se tillige side 132).

Udskrivning

Familieambulatoriet orienterer socialforvaltningen, så snart moderen har født. Barselsafdelingen kontakter sundhedsplejen og orienterer om udskrivning, når mor og barn udskrives til eget hjem, med mindre andet er aftalt. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt, at Familieambulatoriet varetager denne funktion.

Det tilstræbes, at der for alle kvinders vedkommende er etableret den behandling og støtte, de har behov for. Det kan dreje sig om tilknytning til rådgivningscenter, alkoholambulatorium, eller ophold på en døgninstitution. For nogle kvinder kan der være behov for psykologbehandling, hjemme-hos'er og hyppig sundhedsplejerskekontakt, eventuelt mødregruppe. Desuden tilstræbes det, at kvinden er sikret prævention.

I forbindelse med udskrivning får moderen tid til den første børneundersøgelse i Familieambulatoriet. Dette gælder også de kvinder, der udskrives til døgnregi med barnet. Hvis barnet udskrives i døgnregi uden moderen, skal det sikres, at socialforvaltningen har udarbejdet en samværsplan for moderen og barnet og støtter moderen i den fremtidige kontakt med barnet.

13. Intervention under barnets indlæggelse på neonatalafdeling

På baggrund af kendskab til moderens medicin- og rusmiddelbrug, helbreds-tilstand, graviditetsforløb og psykosociale situation samt barnets tilstand ved fødslen vurderes det, om barnet er i risiko for medfødte skader, herunder alkoholskade, abstinenser eller andre sygdomme, fx hepatitis B og C og hiv. Barnet overflyttes ved behov til neonatalafdeling til observation og behandling.

Nyfødtes reaktions- og adfærdsmønster

I den første tid efter fødslen har rusmiddeleksponerede børn ofte symptomer i form af uro og irritabilitet, sitren, eventuelt krampes, dårlig sutte- og spiseevne, gylpetendens, søvnforstyrrelser, kontaktforstyrrelser, skrigeture og vanskelig trøstbarhed. Børnene kan have forskellige grader og omfang af de nævnte symptomer, der ikke altid kræver medicinsk behandling, men som nødvendigvis gør særlige omsorgsrutiner, afpasset efter barnets tilstand og reaktionsmønster, og som stiller særlige krav til omsorgspersonens (personernes) kvaliteter og ressourcer.

Årsagerne til barnets symptomer og anderledes adfærds- og reaktionsmønster kan være mange. Barnet kan være præget af for tidlig fødsel, medfødt alkoholskade, abstinenser, asfyksi (iltmangel), infektionssygdomme, en vanskelig fødsel og lignende. Børnene taber ofte mere i vægt lige efter fødslen end andre børn og er længere om at komme i trivsel. Deres signaler og behov er ofte vanskelige at tolke, og de opleves som vanskelige børn helt fra fødslen. På grund af børnenes medfødte sansemæssige sarthed overstimuleres de let af sansepåvirkninger og reagerer med motorisk uro, kraftig gråd og vanskelig trøstbarhed. I den tilstand er de ikke tilgængelige for kontakt og stimulation, hvorfor de let understimuleres og frustreres. Risiko for forstyrrelse i den tidlige mor-barn-kontakt er stor, betinget dels af barnets tilstand, symptomer og behandling, dels af moderens konstitution, ressourcer, aktuelle tilstand og psykosociale situation samt eventuelt rusmiddelpåvirkning eller abstinenssymptomer.

Det abstinente og alkoholskadede barns adfærds- og reaktionsmønster er ofte betydeligt anderledes end det raske og normale barns. Kendetegnet for disse børns reaktionsmønster er, at deres sanser generelt er overfølsomme. Barnet er meget sansefølsomt og irritabelt på alle sanseområder. Det er ikke i stand til at strukturere, organisere og udelukke de mange sanseindtryk, som det udsættes for, så snart det er født. Barnet tager alle sanseindtryk ind og bliver derfor overstimuleret. Barnet bliver overvældet, kaotisk og grædende og er derfor ikke i stand til at profitere af den kontakt, stimulation og omsorg, som bliver tilbudt.



Abstinenssymptomer hos nyfødte kræver observation og behandling på hospital. Symptomerne viser sig bl.a. som sitren, uro, opkastninger og vejrtrækningsproblemer.

Det påvirker i betydelig grad barnets evne til at indgå i et normalt samspil med omgivelserne, både hvad angår samspil med mennesker og barnets reaktion på genstande (legetøj og lignende). Barnets signaler kan være vanskelige at tolke, og ofte reagerer det med et paradokst adfærdsmønster – modsat af, hvad der forventes¹⁰⁸.

Abstinenssymptomer (neonatal abstinens syndrom, NAS)

Alle rusmidler og afhængighedsskabende medikamenter kan medføre afhængighed hos fosteret. Allerede tidligt i fosterlivet har fosterets hjerne de receptorer, som de forskellige rusmidler sætter sig på, og som er forudsætningen for, at fysisk afhængighed, inkl. tolerans, kan udvikles. Alle de kendte rusmidler og afhængighedsskabende medikamenter er så lavmolekylære, at de frit passerer moderkagen fra den tidlige graviditet. Det betyder, at fosteret fysisk tilvænnes de samme stoffer, som moderen tilvænnes, og at fosterets tilstand svinger parallelt med moderens tilstand. Fødslen betyder en brat afbrydelse af tilførslen af de rusmidler og medikamenter, som barnet fysisk er tilvænnet. Barnet kan derfor udvikle akutte abstinenssymptomer, som kræver observation og behandling på hospital, ofte i en længere periode¹¹¹.

Abstinenser hos nyfødte involverer alle barnets organsystemer. Symptomerne udløses af en irritationstilstand i barnets hjerne. Barnet er motorisk uroligt og irritabelt, har øget muskelspænding og sitren, og nogle børn udvikler kramper. Børnene skrider skingert og vedvarende, og de er vanskelige at trøste og bringe

til ro. Søvn mønsteret og søvnrytmen er forstyrret. De sover meget lidt og har vanskeligt ved at falde i søvn, og når de endelig sover, er søvnen urolig, overfladisk og kortvarig. Børnene er forkvalmede og har vanskeligheder med at spise. Der er dårlig funktion af sutte- og synkerefleks og dårlig koordination mellem disse reflekser. Risikoen for fejlsynkning er derfor stor med efterfølgende risiko for lungebetændelse. Den hyppigste årsag til overdødelighed hos disse børn er lungekomplikationer¹¹².

Det er derfor ofte nødvendigt at sondemåde børnene i den akutte fase. Børnene gylper meget, kaster op, og nogle har eksplosive opkastninger. De har løs eller tynd afføring, som hurtigt, i kombination med opkastninger, kan føre til dehydrering (væskemangel) – en tilstand, der hurtigt kan udvikle sig til at blive livstruende. Børnenes vejtrækning er påvirket. De trækker vejret overfladisk og hurtigt, ofte med indtrækninger, og respiratorbehandling kan i nogle tilfælde blive nødvendigt. Dertil har børnene ofte symptomer fra det autonome (det selvregulerende) nervesystem. De nyser, gaber, sveder og har vanskeligt ved at regulere legemstemperaturen samt blodtrykket. De fremtræder med vekslende hudfarve, og ofte fremtræder de marmorerede i hudkølørn.

Det akutte abstinensbarn kan således være meget dårligt, og tilstanden kan hurtigt udvikle sig til at blive livstruende, såfremt det ikke observeres og behandles intensivt. Observation og behandling på neonatalafdeling er derfor nødvendig.

Typen af rusmidler og abstinensernes varighed

Graden og varigheden af abstinenssymptomer er afhængig af, hvilke rusmidler og medikamenter moderen har brugt før og tæt på fødslen – og i hvilken dosis. Flere undersøgelser har vist, at den samlede indtagelse af rusmidler og medikamenter i de sidste 3 uger før fødslen er bestemmende for styrken og varigheden af barnets abstinenser¹¹³. Desuden har antallet af forskellige typer rusmidler og medikamenter betydning: Jo flere forskellige typer, moderen har indtaget, jo kraftigere og mere vedvarende abstinenssymptomer vil barnet udvikle, og jo vanskeligere bliver det at få under kontrol¹¹⁴. Da hvert enkelt rusmiddel og medikament kan udvikle egne abstinenssymptomer, ser man ofte et såkaldt fler-fasisk-forløb hos barnet. Selvom medicinsk behandling er påbegyndt, kan barnet have perioder med forværring af symptomerne.

Symptomerne er ens for de forskellige rusmidler og medikamenter, men symptom *debuten* kan være forskellig. De forskellige rusmidler har forskellig halveringstid (udskilleleshastighed). Derfor vil abstinenssymptomer fra rusmidler med kort halveringstid vise sig hurtigt efter fødslen, mens abstinenssymptomer fra rusmidler og medikamenter med lang halveringstid vil vise sig noget senere, i nogle tilfælde så sent som 3 uger efter fødslen.

Det er vigtigt at undersøge barnet for andre mulige årsager til symptomerne. Flere andre tilstande kan udløse abstinenslignende symptomer som fx lavt blodsukker, lavt calciumindhold i blodet, hjerneblødning eller medfødt alkoholskade. Barnet bør derfor undersøges med blodprøver (blodsukker, Se-calcium og Se-magnesium) og ultralydsscanning af hjernen for eventuelle blødninger, misdannelser m.m. I nogle tilfælde bør der tillige foretages MR-skanning af barnets hjerne.

Varigheden af behandling af abstinenser hos et nyfødt barn varierer fra ca. 10 dage til ca. 3 måneder med en gennemsnitlig varighed på 6 uger.

Vedvarende abstinenser

Barnet er udskrivningsklar fra hospitalet 5 dage efter, at den medicinske behandling er afsluttet, og når barnet er i trivsel. Men barnet kan fortsat være præget af abstinenssymptomerne i uger eller måneder. De symptomer, som kan fortsætte, er de samme, som var til stede i den akutte fase, men blot på lavere niveau, som ikke kræver medicinsk behandling, men som stiller særlige krav til barnets omsorgspersoner og til barnets tidlige opvækstmiljø. Barnet kan fortsat være et uroligt og irritabelt barn, som skriger meget og er vanskeligt at trøste. Barnet kan være dårligt til at spise, gylpe mere end andre børn, have tynde afføringer, sove overfladisk og kortvarigt og være længe om at finde en regelmæssig døgnrytme. Barnet kan fortsat være sanseirritabelt og afvise kropskontakt og øjenkontakt. Barnets signaler og behov kan være svære at tolke, og barnet opleves ofte af omgivelserne som et vanskeligt barn. Ofte beskrives disse børn af sundhedsplejersker og andre som 'kolikbørn'. Såfremt barnets omsorgspersoner ikke er i stand til at forstå barnets adfærds- og reaktionsmønster og at aflæse barnets signaler, vil der være risiko for udvikling af dårligt samspil mellem den voksne og barnet, dårlig tilknytningsudvikling og dermed risiko for fejludvikling¹⁰⁹. Hvis barnet samtidig vokser op i et ressourcesvagt og ustabil miljø med rusmiddelproblemer, vil der være stor risiko for alvorlig udviklingsforstyrrelse, omsorgssvigt og overgreb¹¹⁰.

Observation og behandling

Barnet observeres for abstinenssymptomer, såfremt barnet inden for de sidste 3 uger før fødslen har været udsat for alkohol, andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter (metadon, heroin, fenemal, benzodiazepiner, subutex m.m.). Barnet observeres efter abstinensskema (se bilag 6, side 134) i mindst 5 døgn efter fødslen. Forældrene skal informeres om barnets observations- og behandlingsbehov, så vidt muligt allerede under graviditeten, og være indforstået med, at barnet indlægges til observation og behandling. Såfremt forældrene modsætter sig den nødvendige observation og behandling af barnet, skal socialforvaltningen kontaktes.

Doseringsskema for behandling af abstinenser hos nyfødte børn

Score	Opiumsdråber, specialfremstillede	Fenemal*
8-10	0,8 ml/kg/dag fordelt på 4 doser	6 mg/kg/dag fordelt på 2 doser
11-13	1,2 ml/kg/dag fordelt på 4 doser	8 mg/kg/dag fordelt på 2 doser
14-16	1,6 ml/kg/dag 10 mg/kg/dag	10 mg/kg/dag fordelt på 2 doser
17 eller >	2,0 ml/kg/dag 12 mg/kg/dag	12 mg/kg/dag fordelt på 2 doser

Opiumsdråber (specialfremstillede) 5 ml indeholder 2 mg morfin = 0,4 mg morfin/ml dråber

* Initialt gives en støddosis på 10 mg/kg som injektion (i.m.). Efter 12 timer fortsættes behandlingen peroralt med mikstur.

Hvor længe barnet observeres, vil afhænge af moderens forbrugsmønster de sidste 3 uger op til fødslen. Hvis moderen har indtaget heroin eller andre opiater (morfin, ketogan, petidin), skal barnet observeres i min. 5 døgn. Hvis moderen har indtaget metadon, skal barnet observeres i 21 døgn. Hvis moderen har indtaget nervemedicin, fx benzodiazepiner, skal barnet observeres i 10-14 døgn. Hvis barnet udvikler behandlingskrævende abstinenser, sættes det i medicinsk behandling med morfin og/eller fenemal ifølge doseringsskema (se boks) og observeres fortsat efter skema under den medicinske nedtrappingsbehandling til og med 5 døgn efter, den medicinske behandling er afsluttet¹¹⁴.

Den observations- og behandlingsmetode, som anvendes, er udviklet af den amerikanske børnelæge Loretta Finnegan¹¹⁵. Metoden er afprøvet på flere store hospitaler i USA og er den metode, som internationalt anbefales til observation og behandling af nyfødte med abstinenser (NAS)¹¹⁶.

Undersøgelse og behandling af den nyfødte samt henvisning til eventuelle supplerende undersøgelser varetages af Familieambulatoriets læger i tæt samarbejde med neonatalafdelingens og børneafdelingens læger og sygeplejersker.

Andre sygdomme hos det nyfødte barn

Ud over abstinenser kan det nyfødte barn have andre medfødte tilstande, som kræver observation, undersøgelse og behandling. Det kan fx dreje sig om medfødte misdannelser (fx medfødt hjertefejl), for tidlig fødsel, iltmangel, infektioner (hepatitis B og C samt hiv), medfødt alkoholskade, lav fødselsvægt m.m.

De alkoholeksponerede børn bør blandt andet undersøges af øjenlæge, og nogle af børnene bør have foretaget EEG-undersøgelser eller andre neurofysiologiske undersøgelser. På mistanke om hjertefejl, bør der foretages en ekkokardiografisk undersøgelse (ultralydsscanning af hjertet) samt ekg (elektrokardiogram)¹¹⁷.

Det skal nævnes, at alkohol indgår i rusmiddelbruget hos langt de fleste rusmiddelafhængige, og derfor er alkohol ofte en betydelig ætiologisk faktor i barnets symptomatologi. En del af børnene vil have flere diagnoser som fx medfødt alkoholskade og abstinenser. Det vil som regel hos det helt lille barn ikke være muligt at skelne mellem abstinenssymptomer og medfødt alkoholskade. Derfor vil en del nyfødte, som udelukkende har medfødt alkoholskade, blive behandlet medikamentelt på mistanke om abstinenssymptomer. Det er imidlertid vigtigt at behandle barnet, såfremt der er mistanke om abstinenssymptomer, idet ubehandlede abstinenser hurtigt kan udvikle sig til en alvorlig tilstand^{118b}.

Observation af det nyfødte barns adfærds- og reaktionsmønstre

Ud over observation for abstinenssymptomer, alkoholskade, misdannelser og andre sygdomme er det vigtigt at danne sig et helhedsindtryk af barnets reaktioner og 'personlighed'. I denne sammenhæng ses der især på, hvor motorisk aktivt barnet fremtræder, hvordan dets døgnrytme er, hvordan det reagerer på stimulation, om det viser tegn på sansemæssig overfølsomhed. Tillige vurderes barnets evne til at fokusere og etablere øjenkontakt og dialogkontakt. Hvordan barnet reagerer i den enkelte situation, afhænger af, hvilken tilstand, barnet er i. Man skelner hos et spædbarn mellem 6 forskellige tilstande: Dyb søvn – uregelmæssig søvn – døsighed – opmærksom vågenhed – motorisk aktiv vågenhed – gråd (se uddybende Gretty Mirdal *Det ufødte barn, det nyfødte barn*¹¹⁸).

Barnets reaktionsmønster afhænger desuden af dets individuelle karakteristika, barnets 'adfærdsstil', som bl.a. viser, hvad barnet kræver af omgivelserne. Et barn, der fx er meget grædende og klynkende, stiller nogle helt andre krav til omsorgspersonerne end et mere roligt og tilfreds barn. Hvordan barnet fremover bliver, fx i forhold til irritabilitet, afhænger i høj grad af, hvordan omsorgspersonerne reagerer på barnets signaler.

En grundig observation kan anvendes som grundlag for vejledning af personale og forældre. En metode til en mere objektiv og systematisk beskrivelse af det nyfødte barns ressourcer og svagheder er *Brazelton-skalaen, The Neonatal Behavioral Assessment Scale*¹²⁰, som giver en nuanceret og kvalitativ beskrivelse af barnets individuelle måde at reagere og kommunikere på (se mere om dette på side 76ff).

Et barn, som har abstinenser efter fødslen, vil naturligvis i sit adfærds- og reaktionsmønster være præget af abstinenserne i form af bl.a. motorisk uro, irritabi-

litet, skrigeture og vanskelig trøstbarhed og de øvrige symptomer, som indgår i abstinensbilledet. Derfor er det ikke muligt at undersøge det abstinente barn i forhold til 'egen personlighed', før barnet er helt færdigbehandlet. Barnets afvigende adfærds- og reaktionsmønster indebærer risiko for forstyrrelse i samspil, kontaktetablering og tilknytning samt for understimulation og tidlig frustration.

Samarbejde med forældrene

For forældre kan det være belastende at have barnet indlagt på neonatalafdeling. Barnet udvikler måske abstinenser, er i medicinsk behandling og ligger i kuvøse med intensiv overvågning. Moderen er træt efter fødslen og psykisk sårbar, bekymret for barnet og ofte tynget af angst og skyldfølelser.

Der er ingen restriktioner i forhold til forældres mulighed for at være hos barnet, og der er kun få regler og rammer at forholde sig til. I denne situation med den 'løse' struktur kan forældre føle sig overladt til sig selv, have svært ved at finde ud af, hvad de rent konkret kan gøre for barnet, samtidig med at de i løbet af kort tid skal kunne forholde sig til de forskellige afdelingers (føde-, barsels- og neonatalafdelingens) normsæt, 'kulturer' og personale.

Til belastningen bidrager desuden den særlige omgangstone på en neonatalafdeling, hvor forholdet mellem personale og forældre samt mellem forældre indbyrdes oftest er præget af fortrolighed og intensitet, idet man mødes i bekymringen og plejen af det nyfødte barn. Forældre med svære rusmiddelproblemer har ofte vanskeligt ved at indgå i dette samvær og fællesskab på en naturlig måde. Dels er deres fremtoning, adfærd og kommunikationsform ofte afvigende på en måde, der bevirker, at andre forældre nemt bliver usikre, bange og frastødt og derfor undgår kontakt med dem. De professionelle kontakt kan, måske indirekte fx via kropssproget, være præget af den samme usikkerhed og afstandstagen. Da mødre med rusmiddelproblemer ofte har store psykosociale problemer, konfliktfyldte og ustabile samlivsforhold samt mangelfuldt familiemæssigt netværk, får de heller ikke den spontane og naturlige støtte fra familie og venner, som andre nybagte mødre får.

I denne situation er det Familieambulatoriets opgave at yde den tætte og kontinuerlige professionelle støtte og omsorg, som forældrene har behov for. Den kan ses som en naturlig forlængelse af den kontakt, som det tværfaglige team har etableret med forældrene under graviditeten. Forældrene skal have mulighed for at tale om, hvordan de har det, efter at barnet er født og er indlagt på neonatalafdeling. De har desuden brug for støtte i deres samarbejde med neonatalafdelingen og de involverede instanser uden for hospitalet.

Det tilstræbes, at der afholdes ugentlige konferencer med deltagelse af forældre, plejepersonale samt Familieambulatoriet. Ved denne konference evalueres den forløbe uge. Barnets tilstand samt observations- og behandlingsplan for den

kommende uge gennemgås, og der tales med forældrene om deres samvær med barnet. Ligeledes har forældrene mulighed for at tage egne spørgsmål, problemer, ønsker og eventuelle kritikpunkter op til drøftelse.

I hele forløbet er et højt informationsniveau en forudsætning for et godt samarbejde. Hovedprincippet bør være, at forældrene altid informeres hurtigt, når der sker justeringer eller ændringer, som har betydning for barn og forældre.

Diskretion i forhold til barnets og familiens problematik er vigtig. De professionelle bør være opmærksomme på deres sprogbrug og anvende neutral og faglig terminologi i enhver kontakt med og om barnet og dets familie. Forholdene er særlig sårbare på neonatalafdelingen, hvor barnet ligger omgivet af mange andre børn og deres forældre. At tale om barnets abstinensbehandling og moderens metadonbehandling, når der er andre forældre i nærheden, kan af forældrene opleves som dybt krænkende og 'stemplende' og bør ikke finde sted. Barnets forhold og behandling må ikke omtales eller drøftes, når der er uvedkommende personer, fx andre forældre eller pårørende eller andre besøgende, til stede hos barnet eller hos de andre indlagte børn.

Samarbejde med neonatalafdeling og barselsafdeling

Det tilstræbes, at neonatalafdelingen forud for barnets indlæggelse har fået en orientering om moderens graviditetsforløb og de væsentligste baggrundsforhold. Denne orientering er som regel givet på de månedlige samarbejds møder mellem Familieambulatoriet, barsels-, neonatal- og børneafdelingen samt på de tværfaglige møder under graviditeten, hvor disse afdelinger deltager. I forbindelse med indlæggelsen gives en ajourført orientering om de forskellige problemstillinger og hele tiden med fokus på barnet.

På baggrund af Familieambulatoriets kendskab kan der vejledes i forhold til forældrenes samvær med barnet og andre forhold. Det kan eksempelvis aftales, at plejepersonalet observerer moderens og evt. faderens kontakt- og omsorgsadfærd over for barnet (besøgshyppighed, madning, badning, pusling). Derudover observeres forældrenes tilstand, herunder stofpåvirkning og abstinenser m.m. samt deres evne til at overholde aftaler.

Højt informationsniveau, koordinering og personkontinuitet er de bærende elementer i det samarbejde, der er mellem neonatalafdeling, barselsafdeling, Familieambulatoriet og forældrene under barnets indlæggelse på neonatalafdeling. Foruden stuegang er en kontinuerlig kontakt nødvendig. Ofte er denne kontakt daglig og kan være præget af mange spontane henvendelser fra afdelingerne. Der kan være tale om akutte episoder, hvor man ønsker Familieambulatoriets øjeblikkelige medvirken og intervention, men der kan også være tale om, at personalet har behov for at drøfte vanskelige og for dem belastende problemstillinger.

Samarbejde med eksterne samarbejdspartnere

I denne periode er et tæt samarbejde med eksterne samarbejdspartnere – socialforvaltning, rådgivningscentre, alkoholenheder/-ambulatorier og distrikts-psykiatriske centre – nødvendigt med henblik på gensidig orientering og tilrettelæggelse af relevante hjælpeforanstaltninger for barn og forældre. Socialforvaltningen indtager en særstilling som samarbejdspartner. Det tilstræbes, at der allerede inden fødslen er sendt en skriftlig forløbsbeskrivelse til socialforvaltningen om Familieambulatoriets kendskab til graviditetsforløbet og forældrenes forhold i øvrigt.

Socialforvaltningen informeres regelmæssigt om barnets tilstand, behandling, eventuelt prognose, tidspunkt for forventet udskrivning og om forældrenes tilstand og kontakt med barnet. Det kan være nødvendigt at afholde flere tværfaglige møder for i fællesskab at drøfte forløbet og justere evt. planer for fremtiden. Forløbsbeskrivelsen suppleres med en skriftlig beskrivelse af barnets tilstand og behandling efter fødslen samt af forældrenes kontakt med barnet og deres aktuelle situation og funktionsniveau.

Barnefaderens og andre pårørendes samvær med barnet

Den eller de personer, der har forældremyndigheden, har den fulde bestemmelsesret over barnet, herunder barnets behandling, hvem der må se barnet, få oplysninger om barnet, hvor barnet skal opholde sig m.m. Hvis forældrene er gift, har de automatisk fælles forældremyndighed.

Hvis forældrene på anden måde har fælles forældremyndighed, indgår faderen på lige fod med moderen, når det drejer sig om ret til samvær med barnet og til at få oplysninger om barnets tilstand og behandling og få aktindsigt i barnets journal. Nogle forældre aftaler, at barnefaderen overdrages den fulde forældremyndighed. Dette medfører en ny juridisk situation, idet det så er ham, der har retten til at bestemme over barnet, inkl. besøg, oplysninger m.m., også i forhold til barnets mor.

Har faderen ikke del i forældremyndigheden, er det moderen, der afgør om og i hvilket omfang, han må have samvær med barnet eller få oplysninger om barnet. Moderen kan til enhver tid ændre den aftale, som hun i første omgang har indgået med faderen. Således kan hun med øjeblikkelig virkning nægte barnefaderen kontakt med barnet. Det ses ofte, at forældres indbyrdes konflikter påvirker deres samarbejde og aftaler om barnet. Familieambulatoriet forsøger med udgangspunkt i de juridiske bestemmelser at støtte forældrene i at fastholde opmærksomheden på, at det er afgørende, at det er barnets behov, som er bestemmende for de aftaler, der indgås.

For andre pårørende – fx bedsteforældre – gælder den samme lovgivning som for andre uden forældremyndighed, dvs. det er moderen eller evt. anden forældremyndighedsindehaver, der afgør, om bedsteforældrene må se barnet eller få oplysninger om det.

Overflytningskonference

Når barnet ikke længere har behov for intensiv overvågning på neonatalafdeling, overflyttes barnet til børneafdeling. Det tilstræbes at afholde en overflytningskonference mellem plejepersonale fra neonatalafdeling, børneafdeling, Familieambulatoriet og forældrene, inden barnet overflyttes. Der gives orientering om barnets hidtidige indlæggelsesforløb og baggrundsforhold samt observations- og behandlingsbehov med det formål at støtte personalet i at kunne forholde sig relevant til de forskellige problemstillinger, herunder specielle vanskeligheder hos barnet og forældrene. Endvidere orienteres om forældrenes situation og hidtidige samvær med barnet samt om den sociale handleplan, såfremt den foreligger.

I enkelte tilfælde bliver barnet udskrevet direkte fra neonatalafdeling hjem til forældrene, til en døgn- eller familieinstitution eller til en plejefamilie. I disse tilfælde bliver der tale om en udskrivningskonference, hvor plejepersonale fra neonatalafdeling, Familieambulatoriet og barnets primærpersoner deltager. Ved konferencen giver Familieambulatoriet, suppleret af neonatalafdelingen, en orientering om barnet til dem, der fremover skal have den daglige omsorg for barnet. Til en mere detaljeret beskrivelse af udskrivningskonferencen henvises til side 75 og 93.

14. Intervention under barnets indlæggelse på børneafdeling

Når barnets tilstand er stabiliseret, og når der ikke længere er behov for intensiv overvågning, overflyttes barnet til børneafdelingen.

Samarbejde med børneafdelingen

Børneafdelingens personale informeres om barnets aktuelle tilstand og baggrundsforhold i forbindelse med overflytningen. Information om moderen/familien er tidligere givet bl.a. på de månedlige samarbejds møder mellem Familieambulatoriet og barsel-, neonatal- og børneafdeling samt på de tværfaglige konferencer, som afholdes under graviditeten. Der afholdes ligeledes møde med biologiske forældre, børneafdeling og Familieambulatoriet om dagligdagen på afdelingen, reglerne for samvær med barnet m.m.

I det videre forløb er en kontinuerlig kontakt, et højt informationsniveau, personkontinuitet og tæt opfølgning de grundlæggende principper i samarbejdet, som fortsætter efter samme retningslinjer som på neonatalafdelingen (se side 83). Hvad angår samarbejdet med de eksterne samarbejdspartnere, fortsætter dette som beskrevet på side 84.

Undersøgelse og behandling af barnet

Observation af barnets abstinenser fortsætter efter de samme retningslinjer, som beskrevet på side 81. Barnet observeres fortsat efter abstinensskema. Behandlingen, herunder den medicinske, varetages af Familieambulatoriets læger i tæt samarbejde med børneafdelingens læger. Barnet tilses dagligt. Barnets fysiske trivsel – vægt, længde og hovedomfang – følges regelmæssigt. Det vurderes løbende, om der er behov for henvisning til supplerende undersøgelser, fx EEG, CT- eller MR-scanning, øjenbaggrundsundersøgelse, blodprøver m.m.

Der foretages ligeledes en fortsat observation af barnets udvikling samt adfærds- og reaktionsmønster, hvilket varetages af læge og psykolog. Der foretages observationer af barnets kontaktevne, både hvad angår øjen- og dialogkontakt samt kropskontakt, vitalitet, trøstbarhed, opmærksomhedsevne, irritabilitetsgrad, spise- og søvn mønster, følsomhed for sansemæssige stimuli (lyd/lys/berøring). Ud over den kliniske observation kan Brazelton-skalaen (BNAS)¹²⁰ anvendes eller – når barnet er blevet et par måneder gammel – dele af Griffiths udviklingskala¹²¹ anvendes. Der dannes herved et billede af barnets stærke og svage sider.

Om et givet symptom er et abstinenssymptom, der vil klinge af inden for et overskueligt tidsrum, eller et mere vedvarende problem, kan dog ikke fastslås med sikkerhed på dette tidspunkt. Derfor er fortsat observation af barnet nødvendig. Observationer og vurderinger bruges som grundlag for den medicinske behandling af barnet og vejledning og støtte til plejepersonalet, forældre eller plejeforældre, som alle har behov for vejledning i forhold til barnets konkrete vanskeligheder, fx med spisning, indsovning, samspilskontakt, skrigeture, trøst-barhed m.m. De vejledes i, hvordan kontakt, stimulation og omsorg afpasses barnets signaler og særlige behov.

Samarbejde med forældre

For mange forældre bliver det lettere at finde sig til rette på børneafdelingen end på neonatalafdelingen. Barnets tilstand og behandling er som regel stabiliseret, hvilket kan give mere ro og tryghed hos forældrene. På børneafdelingen kan barnet indlægges på enestue og tilknyttes en fast kontaktperson. Moderen er som regel udskrevet fra barselsafdelingen og er enten medindlagt eller kommer på besøg hos barnet. Barnet ligger nu i almindelig seng, er ikke mere helt så sart og dermed lettere at være omsorgsperson for. Den akutte og intensive stemning, som præger en neonatalafdeling, er nu afløst af et mere roligt, normalt og overskueligt miljø.

Højt informationsniveau, tæt kommunikation, personkontinuitet samt diskretion i forhold til barnets og familiens problematik er fortsat grundlæggende principper i samarbejdet med forældrene (se side 82). Familieambulatoriet har fortsat en tæt kontakt med forældrene, og ved de ugentlige samtaler har de mulighed for at fortælle, hvordan det er at være medindlagt eller besøge barnet, og om de på grund af egen behandling eller andre forhold har behov for ændringer i deres aftaler med afdelingen. Generelt er Familieambulatoriet et bindeled mellem forældrene og børneafdelingen. Desuden har forældrene behov for hyppig lægelig orientering om barnets tilstand, behandling og prognose.

På samme måde som under barnets indlæggelse på neonatalafdeling tilstræbes det fortsat, at forældre, plejepersonale og Familieambulatoriet mødes til en ugentlig konference, hvor der tales om, hvordan den forudgående uge er forløbet, hvad der forventes at ville ske i den efterfølgende uge, og om der er behov for justeringer i forhold til besøgsaftaler osv. Derudover kan der aftales yderligere forældresamtaler ved behov, fx i tilfælde af forskellig opfattelse af indgåede aftaler parterne imellem eller ændringer i barnets tilstand, behandling og undersøgelser.

Forældre har i denne periode ofte mange bekymringer om fremtiden. Ikke mindst er usikkerheden om, hvordan deres og barnets liv vil forme sig efter udskrivning, belastende. Familieambulatoriet tilstræber at formidle forældrenes bekymringer til socialforvaltningen med det formål, at der hurtigst muligt kan foreligge en

samlet plan for familien. Dette vil tillige medvirke til at skabe klarhed og ro hos plejepersonalet i den daglige kontakt med forældrene og vil modvirke tendens til overinvolvering og andre uprofessionelle reaktionsmønstre (se side 93).

Forældres medindlæggelse med barnet

Mødre med rusmiddelproblemer får på lige fod med andre forældre tilbud om indlæggelse sammen med barnet. Det er som regel moderen, som medindlægges, og hun skal være helt rusmiddel- og medicinfri. Dog er der ved administrering af denne regel mulighed for en vis fleksibilitet bl.a. ud fra et helhedssyn på barnets og familiens situation. I tilfælde af, at moderen ikke ønsker eller ikke opfylder betingelserne for medindlæggelse, har barnefaderen – såfremt han er rusmiddel- og medicinfri – mulighed for medindlæggelse.

Reglen om, at moderen/faderen skal være rusmiddel- og medicinfri som forudsætning for medindlæggelse, er indført af hensyn til børneafdelingens øvrige indlagte børn og forældre og personalets arbejde og ressourcer. (Jf. Forvaltningsrettens anstaltsordninger¹²³). Dette er sket på baggrund af Familieambulatoriets og børneafdelingens erfaringer.

Forud for medindlæggelse afholdes møde mellem moderen (evt. faderen), kontaktperson fra neonatal- og børneafdeling og Familieambulatoriet, hvor retningslinjer og regler for medindlæggelse gennemgås. Det er vigtigt, at der gives en grundig orientering om personalets opgaver og ansvar samt om forældrenes opgaver og ansvar i forhold til pasning og pleje af barnet.

Grundlæggende er det forældrene, der passer barnet under indlæggelsen, mens plejepersonalets opgave er at observere og behandle barnet samt støtte og vejlede forældrene i pasningen af barnet. Ønsker forældrene at gå fra barnet, skal dette aftales med personalet, der så overtager pasningen af barnet. Observation af barnets abstinenser, herunder udfyldelse af abstinensskemaet samt medicingivning og vejning af barnet, er personalets opgave og ansvar. Forældrene orienteres om, at personalet ligeledes observerer, hvordan forældrene tager sig af barnet, overholder aftaler og fremtræder på afdelingen.

For mange forældre er det en belastning at være indlagt gennem længere tid. Forældrene kan føle sig kontrolleret og mistænkeliggjort og kan opleve at få modstridende meldinger fra personalet. Samtidig kan deres egen situation være usikker og uafklaret ikke mindst med hensyn til, hvad der vil ske efter barnets udskrivning. En meget tæt opfølgning både i forhold til forældre og afdelingen samt intervention i opståede konfliktsituationer er en nødvendig forudsætning for, at indlæggelsesforløbet kan blive vellykket og til gavn for både barn og forældre. Interventionsformen afhænger af den konkrete problematik, men omfatter oftest afklarende og støttende samtaler med forældre eller fællessamtaler mellem forældre og personale.

Samvær med barnet

Opfylder ingen af forældrene betingelserne for medindlæggelse i form af rusmiddel- og medicinfrihed, eller ønsker de ikke at blive medindlagt, har de mulighed for at besøge barnet i det omfang, de ønsker og magter det. Ligeledes kan de deltage i pasning af barnet i det omfang, de ønsker og magter det, og få vejledning fra personalet.

Det er vigtigt at være opmærksom på, om forældrene har behov for praktisk støtte til at kunne besøge barnet i det omfang, de ønsker det. De kan have behov for økonomisk hjælp til at kunne benytte offentlige transportmidler, eller de kan have behov for, at en professionel ledsager dem under besøg hos barnet. Hospitalet kan ikke yde denne form for støtte, men ved behov kontakter Familieambulatoriet fx socialforvaltningen med det formål, at forældrene får den nødvendige støtte til at gennemføre de ønskede og vigtige besøg.

Det tilstræbes, at der indgås aftaler med forældrene, så deres besøgshyppighed og den tidsmæssige placering af besøgene er hensigtsmæssig i forhold til barnets døgnrytme, afdelingens rutiner eller evt. andre omsorgspersoners samvær med barnet. Der kan appelleres til forældrene om at tage hensyn til disse forhold, men rent lovgivningsmæssigt kan hospitalet ikke stille nogen begrænsninger for forældres adgang til at se deres barn. Socialforvaltningen har alene kompetencen til at træffe sådanne beslutninger, men der skal da være tale om, at forældrenes adfærd udgør en fare for barnets liv og helbred.

De fleste forældre er lydhøre over for det hensigtsmæssige i at have en fast plan for deres besøg, så barnet og de selv får så godt et samvær som muligt. Det er vigtigt, at planen er så realistisk som muligt i forhold til forældrenes mulighed for at overholde den, så de undgår skyld- og nederlagsfølelser. Forældrene opfordres til at kontakte afdelingen, hvis de ikke er i stand til at møde til aftalt tid.

Opstår der problemer i forbindelse med besøg – eksempelvis hvis forældrene møder i påvirket tilstand eller optræder truende – er det Familieambulatoriets opgave at gå aktivt ind i løsningen af den problematiske situation. Indsatsen kan bestå i en akut konfliktløsning og 'mæglerrolle' i en tilspidset situation eller – hvis den problematiske situation opstår uden for Familieambulatoriets arbejdstid – i en efterbearbejdning af en belastet situation med personalet og efterfølgende samtale med forældrene. Det har det vist sig at være et nyttigt redskab at nedfælde aftaler i skriftlig form, så forældre og personale kan se, hvilke aftaler, der er indgået, så misforståelser og 'splitting' så vidt muligt undgås.

Retningslinjer for samvær med og information om barnet

De retningslinjer, som gælder under barnets indlæggelse på neonatalafdeling, og som er beskrevet på side 84 gør sig også gældende under barnets indlæggelse

på børneafdeling. Det indebærer, at det er moderen, der afgør om og i hvilket omfang, barnefaderen eller andre pårørende må se barnet eller få oplysninger om barnet. Hvis forældrene har fælles forældremyndighed, har barnefaderen de samme rettigheder som moderen. Hvis barnefaderen eller andre har fået overdraget den fulde forældremyndighed, er det forældremyndighedsindehaveren, der bestemmer. Det gælder også i hvilket omfang moderen må være hos barnet. Er moderen ikke rusmiddel- og/eller medicinfri, når barnet indlægges på børneafdeling, vælger nogle mødre, at barnefaderen medindlægges, såfremt han er rusmiddel- og medicinfri.

Observation af mor-barn-kontakten

Familieambulatoriets opgave er bl.a. at foretage en observation af moderens, evt. også faderens, kontakt med barnet under dets indlæggelse. Disse observationer formidles til socialforvaltningen som en del af forløbsbeskrivelsen (se side 104). Igen må det understreges, at observationen sker af hensyn til barnet.

Den direkte observation sker ved, at der tales med moderen om barnet og ved at være til stede i forskellige situationer, når moderen er sammen med barnet. I denne observation fokuseres på moderens strukturering og varetagelse af de daglige omsorgsfunktioner, herunder i hvor høj grad hun er i stand til at tilsidesætte egne behov til fordel for barnets. Der ses på kvaliteten i hendes øjen-, dialog- og kropskontakt med barnet og på graden af hendes følelsesmæssige engagement. Endvidere observeres, om hun udviser indlevelse i og opmærksomhed på barnets signaler og behov, og om hun reagerer relevant på barnets uro og gråd. Tillige observeres, om barnet udsættes for risiko for fysisk overlast (fx efterlades alene på puslebord og lignende).

Den indirekte observation af mor-barn-kontakten foregår ved, at der tales med personalet om, hvilke iagttagelser de gør om moderens omsorg for og kontakt med barnet. Desuden anvendes samspilskalaen BMIS (*The Bethlem Mother-Infant Interaction Scale*, se bilag 5, side 132) som støtte for personalet til at foretage en objektiv og ensartet observation og beskrivelse. Samspilsskalaen er desuden velegnet til at sammenfatte personalets daglige observationer og optegnelser. Den er oprindeligt udviklet i England, men oversat og revideret af Familieambulatoriet til brug for observation og vurdering af mor-barn-samspillet.

Samspilsskalaen omhandler dels moderens bidrag til dialog med barnet – hendes øjenkontakt, fysiske kontakt, verbale kontakt samt sensitivitet i forhold til barnet – dels hendes generelle omsorgsrutiner og observation af fysisk risiko for barnet i hendes pasning af det. Til sidst ses på 'barnets bidrag' til samspillet, dvs. om det drejer sig om et sundt og opmærksomt reagerende barn eller et 'vanskeligt' barn, som har behov for meget mere støtte og indføling fra omsorgspersonen for at kunne profitere af kontakt og stimulation. Når man som professionel observerer og vurderer et samspil mellem barn og mor, er det altid væsentligt at



Hvis forældrebesøgene er sparsomme, får barnet tildelt en fast kontaktperson for at optimere dets mulighed for tidlig tilknytning. Pædagogen eller sygeplejersken mader og pusler barnet under indlæggelsen.

være opmærksom på, at barnet indgår som en aktiv part i samspillet, og at nogle børn er 'nemmere' at få en god og gensidig kontakt med end andre.

Kontaktetablering mellem barn og kontakt-/primærperson

I enkelte tilfælde er barnet indlagt på børneafdelingen i op til tre måneder. Besøger forældrene barnet ustabil, passes det således dagligt af flere forskellige personer. Barnet har derfor ringe mulighed for tilknytningsudvikling, forudsigelighed og kontinuitet i sit møde med omverdenen og risikerer hermed forsinkelse og forstyrrelse i den tidlige udvikling, inkl. relationsudviklingen.

For at forebygge fejludvikling tilstræbes det, at barnet så tidligt som muligt får en fast kontaktperson. I nogle tilfælde kan den til børneafdelingen tilknyttede pædagog knyttes til barnet nogle timer dagligt. I andre tilfælde ansætter socialforvaltningen en person, som dagligt kan være hos barnet. Hvis barnet skal på observationshjem, tilstræbes det, at barnets kommende primærpædagog etablerer kontakt med barnet snarest muligt under barnets indlæggelse.

I de tilfælde, hvor socialforvaltningen sammen med forældrene har besluttet, at barnet skal anbringes i familiepleje og har fundet en egnet plejefamilie, sørger socialforvaltningen for, at biologiske forældre møder plejeforældrene og på denne måde 'godkender' de personer, som fremover skal tage sig af barnet. Af hensyn til forældrenes sårbarhed i denne periode er det vigtigt, at denne kontakt finder sted, inden plejeforældrene har mødt barnet, så det så vidt muligt er forældrene selv, som fortæller om barnet og introducerer plejeforældrene til barnet.

Herefter påbegynder plejemoderen kontaktetableringen med barnet, og der fastlægges en plan for hendes samvær med barnet. Dette skal nøje koordineres med biologiske forældres samvær med barnet. Der skal ligeledes tages hensyn til barnets døgnrytme, sarthed m.m.

Det er vigtigt at være opmærksom på den følelsesmæssige belastning hos forældrene og forsøge at tilrettelægge samværet i tæt samarbejde med dem. Derfor er det hensigtsmæssigt at undgå, at plejemor og biologisk mor er alene sammen hos barnet på samme tid. Uanset at moderen har accepteret, at hun ikke er i stand til at varetage omsorgen for sit barn, er det følelsesmæssigt belastende at blive konfronteret med at se sit barn sammen med den person, der fremover skal være den primære omsorgsperson – varetage moderrollen – for barnet.

Læge og psykolog tilser barnet regelmæssigt og har kontakt med plejemoderen med henblik på at støtte hendes omsorg for og kontakt med barnet samt vejlede hende i forhold til barnets abstinenser, sansemæssige sarthed og andre vanskeligheder. En væsentlig opgave er at støtte den begyndende gensidige tilknytning mellem barnet og plejemoderen. Der kan være behov for at drøfte problemstillinger i forbindelse med plejemoderens rolle, ansvar i forhold til afdelingen, kommunikation med plejepersonalet og samarbejdet med de biologiske forældre.

Udskrivningskonference

Som afslutning på barnets indlæggelse afholdes et møde, hvor plejepersonale fra børneafdelingen, Familieambulatoriet og barnets kommende omsorgspersoner deltager. Det kan dreje sig om barnets biologiske forældre, primærpædagog fra en døgninstitution eller plejeforældre, der eventuelt allerede har etableret kontakt med barnet. På mødet giver Familieambulatoriet, suppleret af børne-

afdelingen og forældrene, en orientering om barnet til dem, der fremover skal varetage den daglige omsorg. I enkelte tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at afholde to møder i forbindelse med udskrivning: et, hvor kun de professionelle deltager og et, hvor de biologiske forældre også deltager. Der orienteres om barnets rusmiddelposition samt andre forhold under graviditeten, der kan have haft betydning for fosterets og barnets tilstand og udvikling. Det beskrives, hvordan fødslen og tiden umiddelbart efter har været for barnet, og om der har været komplikationer, der kan indebære en risiko for barnet. Barnets indlæggelsesforløb, herunder evt. abstinenser, den medicinske behandling og de foretagne undersøgelser beskrives. Ligeledes orienteres der om barnets vækstmæssige trivsel, spise- og søvnmonster, eventuel sansemæssig overfølsomhed, kontakt- og samspilsevne samt om særlige ressourcer eller problemer. Der lægges vægt på, at der ikke kan siges noget præcist om prognosen for det enkelte barn, men der tales om forskellige grader af risiko for udviklingsforstyrrelser, herunder hjerneskader.

Det understreges, at det drejer sig om en krævende opgave, der stiller store krav til omsorgspersonen, institutionen og – hvis barnet skal i en plejefamilie – til hele familien. I den første lange tid vil familiens dagligdag i høj grad være centreret om det lille barn, der kan have svært ved at klare de mest elementære funktioner som spisning, søvn, berøring, øjen- og kropskontakt. Familiens sociale liv vil ofte blive begrænset, da barnet kan reagere voldsomt på afvigelser fra den daglige rytme og ikke tåler så mange stimuli ad gangen.

Der aftales tid til første ambulante børneundersøgelse af barnet i Familieambulatoriet hos læge og psykolog. Det understreges, at de opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet supplerer, men ikke erstatter, de forebyggende undersøgelser hos den praktiserende læge.

Risiko for overinvolvering

At arbejde med gravide og mødre med rusmiddelproblemer stiller særlige krav til medarbejdernes kvalifikationer. Ud over de rent fagspecifikke kvalifikationer er der nogle menneskelige/personlige egenskaber, som er nødvendige for udførelsen af arbejdet. Det drejer sig om egenskaber som indlevelsesevne, evne til at lytte, være nærværende og opmærksom samt udvise omsorg og respekt. Som medarbejder skal man grundlæggende være personligt engageret i og kunne lide at arbejde med familier med rusmiddelproblemer.

Når det personlige engagement i arbejdet i for høj grad baserer sig på private, følelsesmæssige reaktioner og moraliserende vurderinger i stedet for objektive og faglige iagttagelser og vurderinger, opstår overinvolvering. I arbejdet med Familieambulatoriets målgruppe generelt og især i forbindelse med de lange forløb, hvor barnet i længere tid er indlagt på børneafdeling, er der risiko for, at

der opstår overinvolvering og uhensigtsmæssige, uprofessionelle reaktionsmønstre hos medarbejderen i forhold til patienter, kolleger og samarbejdspartnere.

Et reaktionsmønster, som psykologisk set synes at bygge på en form for overidentifikation med moderen, medfører en overdreven behandlingsoptimisme i forhold til moderen, hvilket også gælder observation af moderens pasning af og kontakt med barnet. Hvis moderen ikke lever op til den professionelle forventninger – fx får recidiv af rusmiddelbruget – kan medarbejderen have vanskeligt ved at forstå forløbet og opleve skuffelse, frustration, vrede og utilstrækkelighed.

I andre forløb har der udviklet sig en psykologisk overidentifikation med barnet, hvilket medfører et reaktionsmønster, hvor medarbejderen giver udtryk for medfølelse med barnet, som hun knytter sig følelsesmæssigt til. Der ses tendens til, at moderens funktionsniveau, herunder hendes forhold til barnet, beskrives i unuancerede, negative eller moraliserende vendinger.

Uprofessionelle reaktionsmønstre medfører hyppigt vanskeligheder i arbejdet og det tværfaglige samarbejde. Der sker nemt forskydninger i kompetence- og rollefordelingen, også i forhold til de aftaler, der er truffet på de tværfaglige møder. Den overinvolverede medarbejder kan have vanskeligt ved at bevare overblikket, fastholde sit faglige kompetenceområde og respektere andre faggruppers funktioner.

I denne situation er der risiko for, at moderen/faderen/forældrene får forskellige og modstridende meldinger fra de involverede fagpersoner og bliver usikre og forvirrede. Dette kan forstærke moderens tendens til at forsøge at danne 'alliancer' med bestemte fagpersoner og til at skabe splid og usikkerhed blandt de involverede fagpersoner ('splitting'). Den videre koordinering af sagen kompliceres yderligere af disse tendenser.

Risikoen for overinvolvering og deraf følgende uprofessionelle reaktionsmønstre er en konstant indbygget 'faldgrube' i arbejdet med Familieambulatoriets målgruppe. Grænsen mellem involvering og overinvolvering kan være hårfin, også for den erfarne medarbejder. I Familieambulatoriets tværfaglige teamarbejde lægges der vægt på, at det er muligt i fællesskab at drøfte problematiske indlæggelsesforløb, herunder medarbejderens aktuelle belastningsgrad med det formål at støtte medarbejderen i at bevare en professionel holdning til arbejdet og forebygge uprofessionelle reaktionsmønstre. Gensidig supervision er således en nødvendighed for at sikre kvalitet i arbejdet.

15. Opfølgende børneundersøgelser

Formål

Det overordnede formål med børneundersøgelserne er – i overensstemmelse med Familieambulatoriets arbejde som helhed – at fremme barnets sunde udvikling og sikre det opvækstbetingelser, der harmonerer med barnets særlige behov med udgangspunkt i barnets udviklingspotentiale og evt. medfødte vanskeligheder. Formålet er at opdage eventuelle sygdomme, fejludvikling og omsorgssvigt, så behandling og støtte kan sættes ind så tidligt, at alvorlige konsekvenser for barnets videre udvikling forebygges. Formålet er således at sikre, at hjælpeforanstaltninger løbende er afpasset efter barnets helbredstilstand, udviklingsniveau og sociale situation.

Målgruppen

Målgruppen er børn født af mødre med brug af rusmidler under graviditeten. De fleste af mødrene har været fulgt i Familieambulatoriet under graviditeten. Det er således hovedsageligt rusmiddelekspositionen i fosterlivet, der er bestemmende for, om barnet følges i Familieambulatoriet.

Familieambulatoriet modtager tillige henvisninger på børn under skolealder, hvis mødre ikke har været fulgt i Familieambulatoriet under graviditeten. Det drejer sig om børn, som den henvisende instans – som regel socialforvaltningen – formoder, kan have været rusmiddeleksponerede i fostertilværelsen, og som ønskes undersøgt med henblik på diagnostisk afklaring og tilrettelæggelse af en relevant behandlingsplan for barnet og familien.

Retningslinjer for undersøgelseshyppighed

I forbindelse med barnets udskrivning fra hospitalet efter fødslen gives der tid til den første børneundersøgelse hos lægen ca. en måned efter udskrivning. Herefter indkaldes barnet til børneundersøgelse hos læge og psykolog ved 3-måneders, 6-måneders, 9-måneders- og 12-måneders-alderen. Herefter ses barnet hvert ½ år indtil 3 års alderen og én gang årligt indtil afsluttende undersøgelse ved 6- eller 7-års-alderen.

Disse retningslinjer anvendes efter et individuelt, fagligt skøn af de enkelte børn. Børn med trivsels- og udviklingsproblemer samt børn, som bærer tydeligt præg af rusmiddeleksposition i fostertilværelsen, ses hyppigere. Dette gælder også børn, som lever i en ustabil hjemlig situation og uden tilstrækkelige hjælpeforanstalt-



Regelmæssige børneundersøgelser indtil skolealderen skal sikre, at hjælpeforanstaltninger er afpasset efter barnets helbredstilstand, udviklingsniveau og omsorgssituation.

ninger. Opfølgning af børn, der udvikler sig godt, og som lever i et stabilt opvækstmiljø, foretages med længere intervaller.

Børneundersøgelsens opbygning

Ved børneundersøgelserne ses barnet af læge og psykolog. Undersøgelsen omfatter en indledende samtale med barnets primærperson, en psykologisk undersøgelse, en lægelig undersøgelse samt en afsluttende samtale med konklusion og anbefalinger.

Som regel gennemføres hele undersøgelsen på én gang. I nogle tilfælde er det dog hensigtsmæssigt at dele undersøgelsen op og gennemføre den over flere

gange. Dette kan være nødvendigt med lidt større børn, som er urolige, ukoncentrerede og dermed svært testbare, og som har vanskeligt ved at samarbejde især om de mange opgaver i den psykologiske testning.

Diskretion i forhold til barnet nødvendiggør ofte en opdeling af undersøgelsesforløbet. Ved undersøgelsen skal barnets omsorgsperson beskrive barnets helbred, udvikling, reaktioner, adfærd og vanskeligheder, som de oplever dem i det daglige (se side 99). Samtidig er det vigtigt at undgå, at barnet oplever, at der eventuelt bliver talt negativt om det. Hvis undersøgelsesforløbet af praktiske grunde ikke kan tilrettelægges på en sådan måde, at både behovet for oplysninger om barnet i de hjemlige omgivelser, omsorgspersonernes behov for drøftelse og rådgivning og respekten for barnets integritet kan tilgodeses, indkaldes omsorgspersonerne til en senere, uddybende samtale uden barnet.

Indledende samtale

Undersøgelsen indledes med en samtale med den omsorgsperson, der ledsager barnet. Der etableres gradvis kontakt med barnet, og der skabes hermed forudsætninger for barnets deltagelse i den efterfølgende psykologiske testning og lægeundersøgelse. Ud over kontaktetablering og anamnestiske oplysninger giver den indledende samtale mulighed for observation af barnets adfærd og samspillet mellem barnet og dets primærperson.

Under samtalen tilstræbes følgende emner belyst:

- Daglige rammer: Pasningsforhold (hjemme, dagpleje, vuggestue, børnehave), deltagelse i aktiviteter (legestue, svømning). Evt. ændringer i familiens tilværelse, som har betydning for barnet: Flytning, nye søskende, sygdom, skilsmisse, partnerskift m.m.
- Barnets dagligdag: Søvnmonster, spisemonster samt eventuelle sygdoms-episoder.
- Primærpersonens beskrivelse af barnet: Motorik, sprog, kontakt, tilknytning, temperament, leg, evnen til at beskæftige sig selv, samvær med andre børn, adfærdsmønster og adfærd over for fremmede. Specielle problemer og sårthedsymptomer, opmærksomhedsevne, koncentrationsevne, aktivitetsniveau.
- Samvær med den forælder, der ikke bor i hjemmet eller – i tilfælde af plejebørn – samvær med biologiske forældre.
- Professionel støtte til familien og barnet. Aflastning og støtte i det uformelle netværk.

PSYKOLOGUNDERSØGELSE

Psykologisk udviklingsvurdering

Til vurdering af barnets udviklingsniveau anvendes Griffiths udviklingsskala I (3 mdr.-2 år) og II (2-8 år), som består af 6 delskalaer: Motorik, personlig og social adfærd, sprog og hørelse, øje-hånd koordination, performance samt fra 2-års-alderen tillige praktisk ræsonneren. Skalaen er udviklet i USA men standardiseret i forhold til svenske børn ¹²⁴ (Alin-Åkerman – Nordberg 1991). Der er tale om en bred udviklingsvurdering, der giver et billede af barnets udviklingsniveau sammenlignet med normalgruppen i forhold til de motoriske, sproglige, personlig/socialle, finmotoriske færdigheder og senere også visuelle samt begrebsmæssige og abstraktionsmæssige færdigheder. Testen består dels af delprøver, som barnet udfører i undersøgelsessituationen, dels af spørgsmål vedrørende barnets daglige færdigheder, som barnets primærperson besvarer.

På baggrund af testen kan der udregnes en kvantitativ udviklingsalder, både generelt, som 'gennemsnit', og specifikt for de forskellige udviklingsområder, hvilket placerer barnets færdigheder i forhold til normalgruppen.

Som supplement til den løbende vurdering med Griffiths udviklingsskala, erstattes denne ved 5½-års-alderen af udvalgte delprøver fra den neuropsykologiske test NEPSY ¹²⁵. Da det især er barnets opmærksomhedsfunktion, der fokuseres på ved denne undersøgelse, gennemføres hele deltesten *Opmærksomhed, kontrol og organisation* suppleret med enkelte delprøver fra områderne 'tale-sprogfunktioner', 'visuo-spatiale funktioner' samt 'hukommelse'. Den børneneuropsykologiske testning giver værdifuld viden om barnets specifikke neuropsykologiske dysfunktioner – viden som især er relevant i forbindelse med planlægning af barnets skoleplacering.

Observation i undersøgelsessituationen

Barnets adfærd og reaktioner observeres og beskrives, og der observeres især på følgende:

Vedrørende barnet:

- Adfærd i den indledende kontakt – er barnet reserveret eller ukritisk kontaktsøgende?
- Øjen- og dialogkontakt – er den langvarig, kortvarig, flagrende, har den dybde, eller er den overfladisk?
- Udstråling – fremtræder barnet vitalt, robust, sart, glad, tryk, tilfreds, alvorlig, trist?



Ved den indledende samtale med den omsorgsperson, der ledsager barnet, søges barnets dagligdag belyst. Samtidig etablerer psykologen kontakt med barnet.

- Interesse for og samarbejde omkring opgaveløsning?
- Opmærksomhed, koncentration, letafledelighed, trætharhed?
- Sansemæssig overfølsomhed – over for lyd, lys, kropskontakt, berøring?
- Behov for støtte, opmuntring, struktur, afgrænsning og pauser under testningen?
- Selvstændighedsytringer, udtryk for egne behov og grænser?
- Frustrationstærskel.

Vedrørende kontakten mellem barn og primærperson:

- Barnets tilknytningsadfærd – barnets brug af primærpersonen som følelsesmæssig base.
- Dialog- og samspilskontakt.
- Primærpersonens opmærksomhed på barnets signaler og behov, støtte til barnet under testningen og omtale af barnet.
- Hvordan primærpersonen generelt fremtræder – fysisk, psykisk og socialt.



Når kontakten er skabt, undersøges barnets adfærd og udvikling.

Der findes andre metoder til undersøgelse af børns udvikling. *Baileys Scales af Infant Development*¹²⁶ er en meget anvendt test i undersøgelse af børn i alderen 0-8 år. Den indeholder de samme deltest som Griffiths udviklingsskala I og II, men har derudover en systematiseret metode til observation af de forhold, som ligger uden for testens færdighedsmæssige del (barnets adfærd, samspil, tilknytning m.m.).

Lægeundersøgelsen

Den lægelige undersøgelse af barnet foregår i nogle tilfælde i kombination med den psykologiske undersøgelse. Lægens opgave er her at sikre, at lægefaglige spørgsmål bliver tilstrækkelig belyst under lægens og psykologens samtale med den person, som ledsager barnet, og at barnet gennemgår en relevant lægelig undersøgelse, og henvises til relevante supplerende undersøgelser og/eller behandling efter behov.

I andre tilfælde foregår den lægelige undersøgelse uden samtidig psykologisk undersøgelse. Her bliver lægens opgave at få belyst mange af de emner, som er nævnt under den psykologiske undersøgelse. Det drejer sig om kost, søvn, adfærd, færdighedsmæssig udvikling, fysiske og psykiske udvikling, renlighed,

omsorgssituation i hverdagen, eventuelle sygdomsepisoder siden sidste ambulante undersøgelse m.m. Under barnets ophold i undersøgelsesrummet iagttages barnets adfærdsmønster, opmærksomheds- og koncentrationsevne, samspils – og dialogkontakt, fysiske og psykiske udvikling, tilknytningsadfærd samt samspillet mellem barnet og den ledsagende omsorgsperson. Selve den somatiske (fysiske) undersøgelse skal omfatte måling af højde, vægt og hovedomfang, vurdering af ansigtstræk inklusiv øjne, mundhule og tænder, (vurdering af tegn på medfødt alkoholskade), hjerte- og lungestetoskopi, undersøgelse af muskelspænding og refleksforhold, og andet, der hører ind under en generel lægelig undersøgelse.

Afsluttende taler lægen med barnets omsorgsperson om resultatet af undersøgelsen og eventuelle anbefalinger.

Henvisning til yderligere undersøgelse og behandling

Hvis der ved undersøgelsen viser sig forhold hos barnet, der kræver yderligere undersøgelse eller behandling, orienteres primærpersonen om, at der er behov for at henvise barnet til relevant behandlingsinstitution med henblik på udredning, behandling og vejledning. Det kan fx være en afvigende vækstkurve, hvilket kan udløse en henvisning til nærmere udredning på en børneafdeling, eventuelt suppleret med en konsultation hos en diætist. Barnet kan fortsat være anspændt i sin muskulatur, så det påvirker barnets udvikling, motorik, leg og aktivitet, og en henvisning til en fysioterapeut kan være relevant. Børn med sproglig forsinkelse henvises til høreundersøgelse og sproglig vurdering på Børneklubben i Kristianiagade i København. Der kan tillige være behov for børneneurologisk undersøgelse, øjenundersøgelse, henvisning til skelektlinik, neurofysiologiske undersøgelser (EEG og andre specialundersøgelser af barnets hjernefunktion og funktion af sanserne som for eksempel syn og hørelse), CT-skanning eller MR-skanning, blodprøver, røntgenundersøgelser, hjerteundersøgelse, sanseintegrationstræning, specialbørnehave, observationsbørnehave m.m.

Afsluttende samtale

På baggrund af den samlede undersøgelse – psykologisk testning, lægeundersøgelse, observation af barnet og barn/primærpersonsamspillet kombineret med oplysninger om barnets dagligdag – fremstår et helhedsbillede af barnets styrkeområder og vanskeligheder. Ud over 'almene' lægelige og psykologiske vurderinger er der særlig fokus på, hvilke funktioner hos barnet, der kan være påvirket af rusmiddeleksposition i fostertilværelsen – enten i form af varige organiske skader fx føtal alkoholsyndrom (FAS), føtal alkoholeffekt (FAE) eller problemer i form af sansemæssig overfølsomhed, let afledelighed, opmærksomhedsproblemer, koncentrationsvanskeligheder, hyperaktivitet m.m.

Undersøgellesforløbet afsluttes med en samtale, hvor undersøgelsesresultaterne af barnets trivsel, udvikling og helbredsforhold formidles til forældrene eller andre primærpersoner. Desuden gives vejledning i, hvordan barnet bedst kan støttes i dagligdagen. De problemstillinger, som forældrene oplever med barnet, drøftes ligeledes.

Når barnet er anbragt uden for hjemmet

Børn, der er anbragt på observations- og behandlingshjem, undersøges som regel ikke i Familieambulatoriet under opholdet, da der er knyttet børnesagkyndig ekspertise til disse institutioner. Familieambulatoriet foretager dog en børneundersøgelse, såfremt institutionen vurderer, der er behov for dette som supplement til institutionens undersøgelser og observationer. Når barnet udskrives fra observationshjemmet, genoptager Familieambulatoriet den videre opfølgning af barnet. Familieambulatoriet deltager tillige i tværfaglige konferencer under barnets ophold i døgninstitutionen, således at Familieambulatoriet løbende er orienteret om barnets udvikling og sociale situation. Familieambulatoriet bidrager således med faglig ekspertise og erfaring og det langvarige kendskab til barnet og dets forældre i de tværfaglige drøftelser om hjælpeforanstaltninger vedrørende barnet og familien.

Det er barnet, der er hovedpersonen i forhold til børneundersøgelsen. Det tilstræbes, at de konkrete rammer for undersøgelsen muliggør, at barnet føler sig tryk og bruger sine psykiske kræfter til kravene i undersøgelsessituationen. Af denne grund er det vigtigt, at den/de voksne, der i det daglige er barnets primære omsorgspersoner, er til stede ved undersøgelsen, og at undersøgelsen ikke forstyrres ved tilstedeværelse af andre personer fx de biologiske forældre.

Børn, der er anbragt i familiepleje, møder med deres plejemor og eventuelt plejefar. Børn, der er anbragt på en døgninstitution, møder med deres primærpædagog. De fleste af de biologiske forældre, der ønsker at deltage i undersøgelsen, giver udtryk for forståelse for og accept af anbefalingen om ikke at være til stede under selve undersøgelsen, eller der indgås en acceptabel aftale om forældres delvise deltagelse. I enkelte tilfælde fastholder forældrene deres ønske om at deltage i undersøgelsen, og såfremt det vurderes, at dette vil umuliggøre en forsvarlig gennemførelse af undersøgelsen og/eller vil virke traumatiserende på barnet, kontaktes socialforvaltningen, som træffer den endelige afgørelse om rammerne for undersøgelsens gennemførelse.

Der lægges vægt på, at biologiske forældre bliver grundigt orienteret om undersøgelsesresultaterne. Afhængig af forældrenes aktuelle ønsker og livssituation bliver de enten indkaldt til orienterende samtale, får en telefonisk orientering, kopi af journalnotatet eller en orientering fra en anden behandler, der i det daglige har kontakt med dem. Reglen er, at biologiske forældre til enhver tid

kan henvende sig og få en orientering om Familieambulatoriets vurdering og beskrivelse af barnet.

Når et barn bor på en familieinstitution sammen med sine forældre, møder det sammen med sine forældre, evt. ledsaget af familiens kontaktperson fra institutionen. Rollefordelingen er i disse situationer klar, idet det er forældrene, der betragtes som barnets primærpersoner. Således er det primært dem, der spørges ud om barnets dagligdag, eventuelt suppleret af kontaktpersonen, og det er forældrene, der er til stede, når barnet undersøges.

En anderledes rollefordeling opleves i de tilfælde, hvor forældre og barn er parallelanbragt i familiepleje, dvs. bor sammen i en plejefamilie. I dagligdagen har barnet således ofte 3-4 mere eller mindre ligeværdige primærpersoner, hvad angår den praktiske omsorg og følelsesmæssige kontakt.

Af denne grund er det naturligt, at både biologiske forældre og plejeforældre møder med barnet.

Håndtering af denne situation – hvor der er risiko for mere eller mindre skjulte rollekonflikter de to 'forældresæt' imellem – forudsætter opbygning af en positiv og konstruktiv atmosfære, at barnet har det godt og trygt i situationen. Det er vigtigt at fastholde det faglige ansvar for, at forløbet ikke unødigt belaster barnet og, hvis det skønnes nødvendigt, være klar til at justere de konkrete rammer for undersøgelsens gennemførelse.

Aktindsigt og udveksling af oplysninger

Forældre har ret til aktindsigt. Hvis de ønsker en kopi af hospitalsjournalen, tilbydes de en gennemgang af journalen sammen med en læge inden udlevering af kopien. Hvis de ikke ønsker en gennemgang, har de krav på at få tilsendt kopi senest 10 dage fra anmodningsdatoen.

Anmoder socialforvaltningen om oplysninger på baggrund af en børneundersøgelse, er Familieambulatoriet forpligtet til at sende de ønskede oplysninger. Som regel udfærdiges en statusbeskrivelse på baggrund af journalnotaterne. Hvis andre samarbejdspartnere (fx observationshjem) beder om en statusbeskrivelse eller kopi af journalnotater, imødekommes ønsket, forudsat at der foreligger en skriftlig samtykkeerklæring fra forældrene eller en anmodning fra socialforvaltningen.

Vurderes det på baggrund af en børneundersøgelse, at barnet/familien har behov for støtte fra socialforvaltningen, drøftes dette med forældrene, inden henvendelsen finder sted. Hvis der er tale om en alvorlig bekymring for barnet, er Familieambulatoriet, ifølge lov om skærpet underretningspligt (se bilag 1, side 126), forpligtiget til at rette henvendelse til socialforvaltningen. I disse tilfælde kontaktes socialforvaltningen telefonisk, og undersøgelsesresultaterne tilsendes.

Statusbeskrivelser på baggrund af børneundersøgelserne

Statusbeskrivelser udfærdiges for det meste på baggrund af en anmodning fra socialforvaltningen, som i forbindelse med behandling af børnesagen har brug for en aktuel vurdering af barnet, fx hvis sagen skal forelægges Børn- og Ungeudvalget. I tilfælde af alvorlig bekymring for barnet sender Familieambulatoriet, som regel på eget initiativ, en statusbeskrivelse til socialforvaltningen.

Hvis barnets baggrundsforhold ikke er beskrevet tidligere, indledes med en kort beskrivelse af dette – det kan være rusmiddeleksposition i fostertilværelsen, graviditets- og fødselsforløb, barnets tilstand ved fødslen, abstinenser, evt. andre sygdomme, abstinensbehandling, barnets tilstand under indlæggelsen og ved udskrivning, barnets udvikling frem til den aktuelle undersøgelse. Den sidst foretagne børneundersøgelse beskrives grundigt, og der gives en helhedsvurdering af barnets fysiske trivsel, helbredsforhold, udviklingsniveau, stærke og svage sider, kontakt- og tilknytningsadfærd, samspil med primærperson, sårhedssymptomer samt eventuelle symptomer, der kan tyde på organisk skade. Til sidst gøres rede for anbefalinger i forhold til tilrettelæggelse af dagligdagen, eventuelt behov for supplerende undersøgelser og behandling samt eventuel støtte til barnets primærpersoner (supervision).

Udskrivning af barnet fra Familieambulatoriet

Kontakten med barnet afsluttes som regel ved 6-7-års-alderen, når barnet skal begynde i skolesystemet. I denne forbindelse er det væsentligt at formidle den viden, der er opnået om barnet, til relevante myndigheder. Familieambulatoriet indkalder til en udskrivningskonference med de relevante fagpersoner, som har eller får kontakt med barnet. Familieambulatoriet orienterer om barnets forløb og de aktuelle vanskeligheder, som kræver særlig støtte og hensyntagen i forbindelse med skoleplacering. De relevante konkrete skoletilbud præsenteres og diskuteres. Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) arbejder herefter videre med skoleplacering i samarbejde med barnets forældre/plejeforældre og socialforvaltning.

Hvis de biologiske forældre flytter fra Københavns Kommune og bosætter sig i en anden kommune med barnet, afsluttes barnets sag ofte af ressourcemæssige og praktiske grunde. Også i de tilfælde tilstræbes det, at den viden, Familieambulatoriet har om barnet, ikke 'går tabt' men kan udgøre et vidensmæssigt grundlag for den fortsatte støtte til barnet og familien. Det tilstræbes at afholde en udskrivningskonference, hvori relevante fagpersoner deltager. Ud over den information og de anbefalinger, der gives på denne udskrivningskonference, er der som regel behov for en statusbeskrivelse til den nye socialforvaltning.

Familieambulatoriet afslutter opfølgningen af en del børn før 6-års-alderen, enkelte ved 3-4-års-alderen. Det drejer sig om børn, som ikke har udvist rusmid-

delrelaterede trivsels- eller udviklingsproblemer, og som lever i stabile hjemlige forhold. Socialforvaltningen informeres skriftligt om, at barnets sag afsluttes, og at barnet kan genhenvises ved behov.

Børneundersøgelser og det tværfaglige samarbejde

Som nævnt i indledningen er det overordnede formål med børneundersøgelserne at bidrage til det enkelte barns sunde udvikling ved at sikre, at hjælpeforanstaltninger løbende er afpasset efter barnets helbredstilstand, udviklingsstatus og omsorgssituation. Ved at følge disse parametre regelmæssigt vil eventuel fejludvikling, sygdom og utilstrækkelig omsorg blive opdaget så tidligt, at støtte og behandling tidligt kan sættes ind og rette op på barnets tilstand og situation. Familieambulatoriets viden om og vurdering af det enkelte barn indgår derfor i socialforvaltningens grundlag for deres vurdering af behovet for hjælpeforanstaltninger til barnet og familien. Omfanget og formen af det tværfaglige samarbejde varierer, afhængigt af barnets vanskeligheder og andre forhold.

For enkelte børn er der ikke behov for tværfagligt samarbejde. Trods rusmiddeleksposition i fostertilværelsen udvikler barnet sig tilfredsstillende, og den hjemlige situation er stabil, hvilket i tilfælde af plejeanbringelse også gælder kontakten til biologiske forældre.

For en anden gruppe børn gælder det, at barnet kan have vanskeligheder, men i øvrigt udvikler sig tilfredsstillende, og de hjemlige forhold er stabile. Der kan i forløbet opstå nogle afgrænsede problemer, som kræver en begrænset indsats og tværfaglig koordinering, uden at det er nødvendigt at etablere et kontinuerligt tværfagligt samarbejde.

For børn, der i udtalt grad er organisk præget af moderens rusmiddelproblemer under graviditeten, er det nødvendigt at etablere et tæt professionelt netværk og kontinuerligt tværfagligt samarbejde, da børnene igennem hele deres opvækst har behov for en professionel, velstruktureret dagligdag, regelmæssige undersøgelser, eventuelt behandling, speciel træning og stimulation, og ikke mindst har barnets primærpersoner behov for supervision og aflastning. Familieambulatoriets børneundersøgelser bidrager sammen med eventuelle andre undersøgelser til at give et aktuelt billede af barnets tilstand og udviklingsniveau, hvilket danner grundlaget for den justering af handleplanen, der foretages på de tværfaglige møder.

Børn, som vedvarende lever under ustabile og utrygge hjemlige forhold, udgør en særlig problematik. Behovet for tæt tværfaglig koordinering og intensive hjælpeforanstaltninger er åbenlys, men vanskelig at effektuere. Det drejer sig om børn, der i varierende grad er skadet af moderens rusmiddelproblemer under graviditeten. En del af børnene udvikler efterhånden tillige en svær følelsesmæssig forstyrrelse og en svær adfærdspatiologi, da deres livsvilkår er præget af fx mange

flytninger, hyppige skift af omsorgspersoner, omsorgssvigt og andre traumatiske oplevelser, foruden at de ikke bliver set af hverken socialforvaltning, sundhedsplejerske, egen læge eller andre børnesagkyndige. Forløbet i Familieambulatoriet er ofte præget af hyppige udeblivelser og afbud. Familieambulatoriet tilstræber at holde hyppig kontakt med socialforvaltningen for at orientere om de gennemførte børneundersøgelser og udeblivelser samt formidle bekymringen om barnets livsvilkår og prognose.

Da omfanget og arten af vanskelighederne – både hos barnet og i miljøet – kan ændre sig, kan der blive behov for justering af interventionsniveauet. Kriser i familien kan vise sig at blive kroniske og på afgørende vis forværre familiens trivsel og forældrenes omsorgsevne, og det kan være nødvendigt at intensivere opfølgningen og det tværfaglige samarbejde. Ændringen i interventionsniveauet kan også bevæge sig den anden vej: Efter en periode med intensivt tværfagligt samarbejde skabes der afklaring i barnets situation, og i den efterfølgende periode kan intensiteten og omfanget af opfølgningen nedsættes til et lavere niveau.

16. Holdninger, kommunikation, professionalisme og etiske dilemmaer

Familieambulatoriets overordnede målsætning er at forebygge og behandle rusmiddelrelaterede skader hos børn, hvilket indebærer, at det er barnets sundhed og velfærd, der er i fokus, og at det er fostrene/børnene, der er den primære målgruppe fra det øjeblik, den første kontakt med en gravid kvinde etableres. Udgangspunktet er at få afdækket samtlige risikofaktorer i forhold til fosteret/barnet og få inter文eneret så tidligt, at risikofaktorerne reduceres i betydelig grad og så vidt muligt helt elimineres. Dette gøres ved en tidlig og tværfaglig indsats, der systematisk arbejder på at eliminere alle risikofaktorer af både lægelig, social og psykologisk karakter. Fx forbedres fosterets tilstand og udviklingsvilkår betydeligt, når den gravide rusmiddelafhængige kvinde kommer i kontrolleret substitutionsbehandling. At det er fosterets/barnets risiko og behov, der er i fokus, har vidtrækkende konsekvenser for holdningen til og kommunikationen med den gravide.

Af hensyn til fosterets tilstand er det vigtigt, at den gravide hurtigst muligt påbegynder og fastholder en kontrolleret behandling på tværfaglig basis. Der stilles ikke specifikke krav til kvinden for at blive indskrevet i Familieambulatoriet. Det er vigtigt, at hun mødes der, hvor 'hun er' i sin fysiske, sociale og psykiske situation med det formål at indgå en samarbejdsalliance til gavn for både hende selv og det ventede barns udvikling og sundhed. Når den gravide først er indskrevet i Familieambulatoriet, vil hun aldrig kunne udelukkes fra behandling, uanset at hun ikke overholder behandlingsplanen. Det ufødte barn er 'gidsel' i denne sammenhæng, da en afbrydelse af behandlingstilbuddet vil øge barnets risikograd betydeligt.

Det er af afgørende betydning, at kvinden altid mødes positivt og føler sig velkommen – uanset i hvilken tilstand og på hvilket tidspunkt, hun møder op. Kvinden skal grundlæggende mødes med medmenneskelig respekt og ligeværd og uden moraliserende eller fordømmende holdninger eller attituder. Familieambulatoriets målgruppe bliver i kontakten med andre behandlingssystemer oftest mødt med en identitet som 'misbruger'. I kommunikationen med kvinden er det vigtigt, at hun mødes med en identitet som 'gravid kvinde', 'vordende mor', som i samme grad som andre gravide ønsker det bedste for sit barn. Ved den første kontakt og ligeledes ved efterfølgende graviditetsundersøgelser, indledes kontakten altid med almene og neutrale emner. Behandleren bør være opmærksom på sit sprogbrug og anvende en faglig, saglig og neutral terminologi, som ikke vil kunne opfattes diskriminerende eller moraliserende, især når der tales om rusmiddelforbrug, prostitution, svære opvækstforhold, seksuelle overgreb m.m.

Arbejdet med gravide og mødre med rusmiddelproblemer stiller, ud over de faglige krav, særlige fordringer til fagpersonens personlige kvalifikationer. Det er vigtigt at kunne lytte, være opmærksom og nærværende i kontakten, udvise fleksibilitet samt rummelighed og tolerance over for anderledes normer og livsstil. Som behandler må man være i stand til at rumme en sammensat adfærd og til at arbejde med processer, hvor 'resultater' ikke er umiddelbart synlige. Det er vigtigt at være engageret, lytte og kunne vise omsorg og samtidig bevare en vis professionel distance, der muliggør objektive iagttagelser og realistisk forventningsniveau. Desuden er det nødvendigt at have en afklaret holdning til sin professionelle rolle og kompetence samt afgrænsning i forhold til andre faggrupper. Som behandler er det en vedvarende faglig og menneskelig udfordring at finde balancen mellem disse forskellige krav, der ud fra en umiddelbar betragtning kan virke modsætningsfyldte. Især balancen mellem nærvær og distance samt engagement og overinvolvering kan være svære at håndtere (se mere om dette side 93).

Princippet om, at det er børnene, der er den centrale målgruppe for den forebyggende og behandlende indsats under graviditeten, kan være svær at forstå for nogle af mødrene, som efter fødslen kan reagere stærkt på deres oplevelse af, at fokus flyttes fra dem til barnet. De kan føle sig svigtet og afvist af behandlere, som de oplever har givet dem opmærksomhed og omsorg under graviditeten.

Særlig markant bliver dilemmaet mellem tillidsforholdet til forældrene og arbejdet for at sikre barnets helbred og udvikling – rollen som 'barnets advokat' – i de forløb, hvor socialforvaltningen skal beslutte, om barnet skal udskrives til forældrene eller skal anbringes uden for hjemmet. Familieambulatoriets vurdering, som forældrene løbende er orienteret om, indgår som en del af socialforvaltningens beslutningsgrundlag og er ikke altid i overensstemmelse med forældrenes opfattelse og ønsker. At fastholde den faglige vurdering med udgangspunkt i barnets behov og samtidig bevare kontakten, tilliden og dialogen med forældrene kan være en særdeles krævende og vanskelig proces såvel fagligt som menneskeligt.

Disse problemstillinger, hvor det grundlæggende drejer sig om, at der kan være konflikt mellem barnets behov på den ene side og forældrenes ønsker og interesser på den anden side, berører tillige nogle overordnede etiske dilemmaer, som er en uundgåelig del af arbejdet med gravide og mødre med rusmiddelproblemer. Hvordan forholder man sig som behandler til en situation, hvor kvindens juridisk sikrede ret til at bestemme over sin krop medfører en risiko for det ufødte barns liv, helbred, udvikling, velfærd og prognose – eksempelvis når en højgravid kvinde gentagne gange forlader hospitalet for at indtage illegale stoffer og gentagne gange indbringes til hospitalet i svært påvirket eller bevidstløs tilstand? Eller når en fødende kvinde modsætter sig at få foretaget akut kejsersnit, som lægeligt vurderes at være absolut nødvendigt for at redde barnets liv og førlighed? Eller når en gravid kvinde med alvorlig og langvarig rusmiddelafhængighed, som af hensyn til sit ufødte barn ønsker behandling på en luk-

ket afdeling, ikke kan tilbydes dette, da hun ikke anses for at være psykisk syg?
De eksisterende tilbud og den nuværende lovgivning giver ikke tilstrækkelige muligheder for at forebygge alvorlige skader på børnene i alle situationer.

17. Resultater af Familieambulatoriets intervention

Effektmåling

Megen viden er tilgængelig vedrørende børns udvikling og de faktorer, som har betydning i både negativ og positiv retning for børns udvikling og prognose.

Målet for Familieambulatoriets intervention er, at barnet:

- Er planlagt og ønsket.
- Fødes ukompliceret efter en normal graviditet til forventet tid med normal fødselsvægt og uden misdannelser, abstinenser eller andre sygdomme.
- Får normalt Apgar score (mål for barnets tilstand straks efter fødslen).
- Udskrives efter fødslen til rusmiddelfrit miljø til kompetente voksne, som er i stand til at yde barnet tryghed, stabilitet, kærlighed, forudsigelighed, tryk tilknytning, stimulation og omsorg tilpasset barnets behov.
- Fortsat vokser op under de beskrevne gode forhold og samtidig følger de almindelige helbredscontrollere og de anbefalinger, som bliver givet af de børnesagkyndige.

Hvis graviditet, fødsel, spædbarnsalder og udviklingen frem til 3-års-alder forløber godt, vil det aldrig kunne gå helt galt med barnets videre udvikling, med mindre der opstår alvorlig sygdom, ulykker, eller barnet bliver udsat for overgreb.

Børnenes prognose

Evalueret ud fra disse kriterier er der sket en radikal forbedring af disse risikobørns vilkår og prognose (se boks). Familieambulatoriet har reduceret antallet af for tidligt fødte børn fra 20 % til 7 % og børn med lav fødselsvægt fra 31 % til ca. 7 %, børn med iltmangel under fødslen fra 20 % til ca. 5 %, og børn med behandlingskrævende abstinenser fra 85 % til ca. 60 %¹²⁸. Tillige er sket en betydelig reduktion af antallet af børn født med føtalt alkoholsyndrom (FAS) og andre alkoholskader¹²⁹. Næsten alle børn udskrives til velordnede og stabile forhold i rusmiddelfrit miljø i samarbejde med socialforvaltningen. Nogle børn udskrives til plejefamilie direkte fra fødslen alene eller sammen med moderen, nogle børn udskrives til spædbørnsobservationshjem, nogle til familieinstitu-

Resultater af familieambulatoriets interventionsmodel

1. Gravide kommer tidligere i behandling.
(Abortmuligheder + hiv-test, hepatitis b og c-test).
2. Børnenes tilstand ved fødslen er forbedret.
Færre for tidligt fødte børn, vækstretardedede børn, børn med iltmangel og børn med andre medfødte skader (fx alkohol).
3. Antallet af abstinensbørn er faldet.
4. Ingen børn udskrives til kaotisk livssituation.
5. Børnene sikres fortsat professionelt netværk under opvæksten.
6. Fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb forebygges.
7. Kvinderne sikres antikonception.

tion sammen med moderen, og andre udskrives til hjemmet med støtte¹³⁰. 92 % af børnene følges op ambulant i Familieambulatoriet, hvilket sikrer børnene et professionelt netværk og forebygger fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb.

89 % af børnene udvikler sig normalt. De 11 % med udviklingsmæssige problemer er overvejende børn med medfødt alkoholskade og børn, som udskrives til hjemmet til ustabile forhold på trods af Familieambulatoriets anbefalinger til socialforvaltningen om anbringelse af barnet. De børn, som udskrives til plejefamilie, forbliver oftest i samme plejefamilie og bliver således ikke udsat for skift i omsorgspersoner og tilknytningspersoner eller udsat for omsorgssvigt.

Antikonception

Mødrene får prævention før udskrivning fra hospitalet efter fødslen og i forbindelse med eventuelt abortindgreb. De gravide kommer oftest meget tidligt i graviditeten i kontakt med Familieambulatoriet, hvorfor det bliver muligt at yde rådgivning og blive undersøgt tidligt nok til, at abort er en mulighed. Ca. 15 % af kvinderne vælger abort efter rådgivning. En tredjedel af disse har passeret 12. svangerskabsuge og søger tilladelse i abortsamrådet.

Børnenes omsorgssituation

De børn, som udskrives til plejefamilie umiddelbart efter fødslen med eller uden moderen, har de mest stabile opvækstvilkår sammenlignet med de børn, som enten udskrives til døgninstitution alene eller sammen med moderen eller til hjemmet med forskelligt omfang af hjælpeforanstaltninger. Sidstnævnte tre kategorier af børn har flere skift i opvækstmiljø, flere skift i primære omsorgs-

personer og bliver oftere udsat for omsorgssvigt og overgreb end de plejefamilieanbragte børn¹³⁰.

Effekt for samfundsøkonomi (cost – benefit)

Som bekendt koster det samfundet millioner af kroner at behandle og hjælpe et handicappet barn og dets familie, et barn som vil have hjælp behov resten af livet, også i voksenalderen. Derudover kommer de menneskelige omkostninger, som altid følger med et skadet barn. Har Familieambulatoriet reddet blot ét barn godt igennem, har samfundet tjent på indsatsen.

18. Perspektivering

Modellen kan anvendes over for andre risikogrupper

Familieambulatoriets interventionsmodel er også udviklet til brug for andre grupper af gravide med alvorlig psykosocial problematik, fx psykisk syge, psykisk udviklingshæmmede, tungt socialt belastede med flere. Interventionsmodellen er for så vidt ganske enkel og kan etableres langt de fleste steder. Det er overvejende et spørgsmål om prioritering af risikogrupperne samt organisering, strukturering og prioritering af eksisterende ressourcer som nævnt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg.

Interventionsmodellen har i Danmark (udover anvendelsen i Familieambulatoriet) gennem flere år blandt andet været anvendt i behandlingen af psykisk syge gravide og deres børn ved børnepsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital i København i samarbejde med fødeafdelingerne på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital.

Den negative sociale arv – hvordan kan den brydes?

Socialministeriet har i 2003 for regeringen udarbejdet et politisk oplæg til, hvordan den negative sociale arv kan brydes. I oplægget er der peget på Familieambulatoriets interventionsmodel som en effektiv metode, der anbefales etableret på landsplan. Indenrigs- og Sundhedsministeriet i Danmark anbefaler ligeledes, at Familieambulatoriets interventionsmodel etableres i alle amterne i Danmark (Folkesundhedsprogrammet *Sund hele livet*¹³¹). I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg peges tillige på, at der skal ydes en særlig indsats over for de svage grupper af gravide og deres børn på tværfaglig og tværsektoriel basis, og ressourcerne skal kanaliseres derhen, hvor de gør mest gavn. Med udgivelse af nuværende publikation anbefaler Sundhedsstyrelsen, at Familieambulatoriets model implementeres i svangreomsorgen på landsplan.

Forfatteren står sammen med Familieambulatoriets tværfaglige medarbejderstab til rådighed med råd og vejledning efter behov for det videre arbejde på landsplan og kan kontaktes på følgende adresser og telefonnumre:

May Olofsson, overlæge, telefon 36 32 34 90 eller 27 28 84 01.

E-mail: may.olofsson@hh.hosp.dk.

Familieambulatoriet, Hvidovre Hospital, 2650 Hvidovre.

Telefon 36 32 26 40, telefax 36 32 37 80.

Sundhedsstyrelsen har udsendt de af Familieambulatoriet anvendte spørgeskemaer vedrørende gravides brug af rusmidler til alle fødeafdelinger og jordemodercentre på landsplan.

Referencer og litteratur

- 1-3. Sundhedsstyrelsen (1998). *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode.*
4. Sundhedsstyrelsen (1992). *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer.* Forebyggelse og hygiejne, nr.18.
5. Sundhedsstyrelsen (1999). *Graviditet og alkohol.* Forebyggelse og sundhedsfremme, nr. 15, København.
6. Ogston SA, Parry GJ. EUROMAC. A (1992). *European concerted action, maternal alcohol consumption and its relation to the outcome of pregnancy and child development at 18 months. Results-strategy of analysis of pregnancy and outcome.* Int. J. Epidemiol.1992;21 Suppl 1:545-71.
Olsen J.(1993). *Alkohol og graviditet.* Månedsskrift Praktisk Lægegerning 1993;71:817-822.
7. Christensen E (1992). *Omsorgssvigt? En rapport om de 0-3-årige baseret på sundhedsplejerskernes viden* (Rapport 7) København: Socialforskningsinstituttet.
8. Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommuner (2004). *Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001.*
9. Sundhedsministeriet (1999). *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008.* København.
10. *Sund hele livet.* Regeringens folkesundhedsprogram 2002-2010.
11. Hagberg B, Hauberg G, Lewerth A, Lindberg U (1981). *Mild mental retardation in Swedish school children.* Acta Paediatr Scand, 70, 441-444.
12. Finnegan, L.P (1978). *Management of pregnant drug-dependent women.* Ann NY Acad Sci, 311, 143-156.
13. Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen B. (1983 b) *Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre.* Ugeskrift for Læger, vol. 145 (8): 567-570.
14. Finnegan LP, Kandall, SR (1992). *Maternal and Neonatal effects of Alcohol and Drugs.* I: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (red.). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
15. Finnegan LP, Kron RE, Connaughton JF, Emich JP (1975). *A scoring system for evaluation and treatment of the neonatal abstinence system: A new clinical and research tool.* I: Morcelli PL, Garattini S, Sereni F (red.). Basic and Therapeutic Aspects of Perinatal Pharmacology. New York: Raven Press, 139-155.
16. Kandall SR (1993). *Improving treatment for drug-exposed infants.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville. DHHS Publication no (SMA).
17. Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen B. (1983 b) *Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre.* Ugeskrift for Læger, vol. 145 (8): 567-570.
18. Udgår.
19. Finnegan LP, Kandall, SR (1992). *Maternal and Neonatal effects of Alcohol and Drugs.* I: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (red.). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
20. Finnegan LP, Kron RE, Connaughton JF, Emich JP (1975). *A scoring system for evaluation and treatment of the neonatal abstinence system: A new clinical and research tool.* I: Morcelli PL, Garattini S, Sereni F (red.). Basic and Therapeutic Aspects of Perinatal Pharmacology. New York: Raven Press, 139-155.

21. Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen B. (1983 b) *Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre*. Ugeskrift for Læger, vol. 145 (8): 567-570.
22. Christoffersen MN (2002). *The longterm consequences of parental alcohol abuse. A cohort study of children in Denmark*. Working paper. The Danish Institute of Social Research.
Hansen FA (red.) (1994a). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
23. Luthar S, Cushing P, McMahon J (1997). *Interdisciplinary interface: Developmental principles brought to substance abuse research*. I: Luthar S, Burack JA, Cicchetti D, Weisz JR (red.). *Developmental psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
Duncan DR, Saunders BE, Kilpatrick DG, Hanson RF, Resnick HS (1996). *Childhood Physical Assault As a Risk Factor for PTSD, Depression and Substance Abuse. Findings from a National Survey*, American Journal of Orthopsychiatry, 66 (3).
Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB (1995). *Physical and Sexual Abuse and Associated Mental Disorders Among Alcoholic Inpatients*. American Journal of Psychiatry, 152, 9, 1322-1328.
24. Christoffersen MN (2002). *The longterm consequences of parental alcohol abuse. A cohort study of children in Denmark*. Working paper. The Danish Institute of Social Research.
25. Zauchau-Christiansen B (1972). *The influence of prenatal and perinatal factors on development during the first year of life*. Helsingør: Poul A. Andersen.
26. Olofsson M (1998). *Prænatal omsorgssvigt*. Ugeskrift for læger, 160/19, 2906-2909.
27. Olofsson M (1997). *Consequences of drug misuse during pregnancy. Pregnancy and drug misuse. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)*. Strasbourg.
Finnegan LP (1994). *Perinatal morbidity and mortality in substance using families: Effects and intervention strategies*. Bulletin on Narcotics, vol. XLVI, no. 1, 19-43.
28. Erikson EH (1963). *Childhood and Society*. Norton, New York
29. Christoffersen MN (2002). *The longterm consequences of parental alcohol abuse. A cohort study of children in Denmark*. Working paper. The Danish Institute of Social Research.
Aronsen M, Hagberg B (1993). *Hur har det gått för de alkoholskadade barnen? Uppföljningsstudie av barn till alkoholiserade mödrar*. Läkartidningen.
30. Nordjyllands Amt(2002). *Interviewundersøgelse*. Baggrundsteam for gravide misbrugere.
31. Bjerglund L.(2000). *ISIS gruppen Storstrøms Amt. Børneafdelingen, Centralsygehuset, Nykøbing F*.
32. Olofsson M (1995). *Forebyggelse av medfødte alkoholskader hos børn i København*. Rapport fra et forskningsprojekt (upubliseret).
Olofsson M (1997). *Consequences of drug misuse during pregnancy. Pregnancy and drug misuse. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)*. Strasbourg.
33. Familieambulatoriet (1992). *Spørgeskema til gravide om forbrug af alkohol og andre rusmidler og nerve/sove medicin*.
34. Kjelsberg E (1999). *A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients*. Doctoral thesis. Oslo: Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Departement Group of Psychiatry, University of Oslo.
Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O (1997). *A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment Method and Findings*. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift, 14, 43-63.

- 34c. Finnegan LP, Kandall, SR (1992). *Maternal and Neonatal effects of Alcohol and Drugs*. I: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (red.). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
35. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P (2002). *Gender differences in the prevalence of Axis I and Axis II disorders among poly substance abusers and pure alcoholics*. Manus akseptert i Journal of European Addiction Research.
36. Olofsson M, Buckley W, Andersen GE, Friis-Hansen, B. (1983 a) *Tilstanden i neonatalperioden hos 89 børn født af stofmisbrugende mødre*. Ugeskrift for Læger, vol. 145 (8). 565-567.
Finnegan LP (1982). *Outcome of children born to women dependent upon narcotics*. I: Stimmel, B (red.). Advances in Alcohol and Substance Abuse: The effects of maternal alcohol & drug abuse on the newborn. Boston, Massachusetts: The Haworth Press, Inc. Vol. 1, nov. 3/4, 55-101.
37. Wohler M.(1989). *Biologiske, sociale og organisatoriske forholds betydning for komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel*. FADLs forlag.
Zauchau-Christiansen B. (1972). *The influence of prenatal and perinatal factors on development during the first year of life*. Helsingør: Poul A. Andersen.
Kærn T. (1959). *Den perinatale dødelighed*. Medicinsk håndbibliotek, Munksgaard, København
38. Larsen E. (2005). *Samarbejd på tværs til sårbare barns beste*. Lippe A, Wilkinson SR. *Risikoutvikling, tilknytning, omsorgssvikt og forebygning*. NOVA, Oslo.
39. Jappe E. (2004). *Børn og Unge Håndbogen. Servicelovens regler om børn og unge*. 6.udgave. Frydenlund. (Servicelovens § 35 og 36, se bilag 1).
40. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P (1973). *Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers*. Lancet, 1, 1267-1271.
Spohr H-L, Steinhausen H-C (1996). *Alcohol, pregnancy and the developing child*. Cambridge: University Press.
41. Sokol RJ, Clarren SK (1989) *Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring*. Alcohol Clin Exp Res, 13, 597-598.
Streissguth AP (1997). *Fetal Alcohol Syndrome*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
42. Olsen J, Frische S, Kirchheimer H, Poulsen AO (1987). *Alkoholvaner blandt gravide i Odense 1985-1986*. Ugeskrift for læger, 149, 1420-1422.
Olsen J, Frische S, Poulsen AO, Kirchheimer H (1989). *Changing smoking, drinking and eating behaviour among pregnant women in Denmark. Evaluation of a health campaign in a local region*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 17, 277-280.
43. Niemann I (1994). *Gravides alkoholforbrug – et studie af forbrugsstørrelse og validitet*. Diplomopgave. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet.
44. Hagberg B, Hauberg G, Lewerth A, Lindberg U (1981). *Mild mental retardation in Swedish school children*. Acta Paediatr Scand, 70, 441-444.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) (1987). *Sixth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
45. Mills JL, Graubard BI, Harley EE, Rhoads GG, Berendes HW (1984). *Maternal consumption and birth weight. How much drinking during pregnancy is safe?* JAMA, 252, 875-887.
Streissguth AP (1997). *Fetal Alcohol Syndrome*. Baltimore:Paul H. Brookes Publishing.
46. Streissguth AP (1997). *Fetal Alcohol Syndrome*. Baltimore:Paul H. Brookes Publishing.
Spohr H-L, Steinhausen H-C (1996). *Alcohol, pregnancy and the developing child*. Cambridge:University Press.

47. Spohr H-L, Willms J, Steinhausen H-C (1994). *The fetal alcohol syndrome in adolescence*. Acta Paediatr, 404, 19-26.
Aronsen M, Hagberg B (1993). *Hur har det gått för de alkoholskadade barnen? Uppföljningsstudie av barn till alkoholiserade mödrar*. Läkartidningen.
48. Aronson M, Olegaard R (1987). *Children of alcoholic mothers*. Pediatrician, 14, 57-61.
Aronson M, Kyllermann M, Saabel KG, Sandin B, Olegaard R (1985). *Children of alcoholic mothers: Developmental, perceptual and behavioural characteristics in children of alcoholic mothers as compared to matched controls*. Acta Paediatr Scand, 74, 27-35.
49. Strömmland K (1992). *Alkohol under graviditeten skadar ögon och synutveckling*. Nordisk Medicin, 107, 313-315.
Strömmland K, Hellström A (1996). *Fetal Alcohol Syndrome – An Ophthalmological and Socioeducational prospective study*. Pediatrics, 97, nr. 6, 845-850.
50. Aronsen M, Hagberg B (1993). *Hur har det gått för de alkoholskadade barnen? Uppföljningsstudie av barn till alkoholiserade mödrar*. Läkartidningen.
Streissguth AP, Aase JM, Clarren SK, Randels SP, La Due RA, Smith DF (1991). *Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults*. Journal of the American Medical Association, 265 (15), 1961-1967.
51. Rubin DH, Krasilnikoff PA, Leventhal JM, Bergel A, Weil B (1988). *Cigarette smoking and alcohol consumption during pregnancy by Danish women and their spouses – a potential source of fetal morbidity*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14, 405-417.
52. Zingenberg HJ (1984). *En undersøgelse af hyppigheden i Danmark af føtalt alkohol syndrom*. Guldmedaljeafhandling, Københavns Universitet (upubliceret).
53. Larsson G (1983). *Prevention of fetal alcohol effects. An antenatal program for early detection of pregnancies at risk*. Acta Obstet Gynecol Scand, 62, 171-178.
54. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)(1999). *Seventh special reports to the U.S. Congress on alcohol and health*. (From the Secretary of Health and Human Services, U.S. Department of Health and Human Services DHHS Publication No.(ADM)90-1656). Washington, DC: U.S.Government Printing Office.
55. Lee M-J (1998). *Marihuana and tobacco use in pregnancy*. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 25, 1, 65-83.
Finnegan LP (1985). *Smoking and its effect on pregnancy and the newborn*. I: Harel S, Anastasiow NJ (red.). *The at risk infant: Psycho/Socio/Medical Aspects*. Baltimore: Brookes, 127-136.
56. Finnegan LP (1985). *Smoking and its effect on pregnancy and the newborn*. I: Harel S, Anastasiow NJ (red.). *The at risk infant: Psycho/Socio/Medical Aspects*. Baltimore: Brookes, 127-136.
57. Sundhedsstyrelsen (1995). *Graviditet og rygning*.
58. Lee M-J (1998). *Marihuana and tobacco use in pregnancy*. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 25, 1, 65-83.
59. Sundhedsstyrelsen (1995). *Graviditet og rygning. Dokumentation og intervention. Forebyggelse og sundhedfremme*, nr.5, København.
60. Cnattingius S, Haglund B, Meirik O (1988). *Cigarette smoking as risk factor for late fetal and early neonatal death*. BMJ, 297, 258-261.
61. Nielsen ST, Lærdal Å (1991). *Krybbedød og røyking i svangerskapet*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 111, 3493-3495.

62. Hegaard HK, Kjærgaard H, Møller LF, Wachmann H, Ottesen B.(2003). *Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy*. Acta Obstet Gynecol Scand 82 (2003): 813-819
Hegaard HK, Kjærgaard H, Jørgensen MFK (2004). *Kvindens evaluering af et jordemodercenters tilbud om rygeafvænning i graviditeten*. Projekt Røgfri Nyfødt, Gyn/Obst Afdeling 546, Hvidovre hospital.
63. Finnegan LP (1985). *Smoking and its effect on pregnancy and the newborn*. I: Harel S, Anastasiow NJ (red.). *The at risk infant: Psycho/Socio/Medical Aspects*. Baltimore: Brookes, 127-136.
64. Rementaria JL, Nunag NN (1973). *Narcotic withdrawal in pregnancy. Stillbirth incidence with a case report*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 116, 1152.
65. Connaughton JF, Reese DS, Schul J, Finnegan LP (1977). *Management of the pregnant opiate addict: Success with a comprehensive approach*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 129, 679.
66. Finnegan LP, Kandall, SR (1992). *Maternal and Neonatal effects of Alcohol and Drugs*. I: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (red.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
67. Finnegan LP (1986). *Neonatal abstinence syndrome: Assessment and pharmacotherapy*. Neonatal Therapy. I: Rubatelli FF, Granati B (red.). An Update. Amsterdam, New York: Oxford: Excerpta Medica.
68. Naeye RL (1965) *Malnutrition, a probable cause of fetal growth retardation*. Pathology, 79, 284.
69. Naeye RL (1965) *Malnutrition, a probable cause of fetal growth retardation*. Pathology, 79, 284.
70. Kaltenbach K, Finnegan LP (1987). *Perinatal and developmental outcome of infants exposed to methadone in utero*. Neurotoxicology and Teratology, 9, 311-313.
71. Finnegan LP (1994). *Perinatal morbidity and mortality in substance using families: Effects and intervention strategies*. Bulletin on Narcotics, vol. XLVI, no. 1, 19-43.
72. Olofsson M (1997). *Consequences of drug misuse during pregnancy. Pregnancy and drug misuse*. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Strasbourg.
73. Fudala PJ et al. (1990). *Use of buprenorphine in the treatment of opiod addiction*. Clin Pharmacol Ther, 47, 525-534.
74. Fischer G (2000). *Treatment of Opioid dependence in pregnant women*. Addiction, 95, 8, 1141-1144.
75. Schering-Plough A/S (2002). *Subutex, Buprenorphin. Informationsguide*, 18.
76. Chasnoff IJ (1989). *Cocaine, pregnancy and the neonate*. Women and health, 15 (3), 23-35.
77. Mitchell JL (1993). *Pregnant, Substance-Using Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 46.
78. Kandall SR, Gaines J, Davidson G, Jessop D (1993). *Relationship of maternal substance abuse to subsequent sudden infant death syndrome in offspring*. Journal of Pediatrics, 123, 120-126.
79. Eriksson M, Larsson G, Winblach J, Zetterström R (1978). *The influence of amphetamine addiction on pregnancy and the newborn infant*. Acta Paediatr Scand, 67, 95-99.
80. Larsson G, Eriksson, M, Zetterström R (1979). *Amphetamine addiction on pregnancy: psycho-social and medical aspects*. Acta Psychiatr Scand, 60, 334-345.

81. Little BB, Snell LM, Gilstrap LC (1988). *Methamphetamine abuse during pregnancy: Outcome and fetal effects*. Obstetrics and Gynecology, 72, 541-544.
82. Mirdal GM(1976). *Det ufødte barn, det nyfødte barn*, København, Munksgaard.
83. Balle J, Olofsson M, Hilden J (1999). *Cannabis og graviditet*. Ugeskrift for læger, 16/36, 5024-5028.
84. Briggs G, Freeman RK, Sumner JY (1994). *Drugs in Pregnancy and lactation*. Baltimore: Williams & Wilkins, 267-273 og 519-530.
85. Dahl RE, Secher MS, Williason DE, Robles N, Day N (1995). *A longitudinal study of prenatal marijuana use. Effects on sleep and arousal at 3 years*. Arch Pediatr Adolesc Med, 149,145-150.
86. Nordegren T, Tunving K (1999). *Gads Rusmiddelleksikon*. København: Gads Forlag.
87. Lindemann R (1991). *Congenital renal tubular dysfunction associated with maternal sniffing of organic solvents*. Acta Paediatr Scand, 80, 882-884.
88. Thormodsen M, Hjortdall P, Farberot T, Jacobsen OV, Nenningsland JB, Nielsen BB (1999). *Fra valium til lykkepille*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 119, 2157-2160.
89. Nijhuis IJM, Kok-Van, Rooy GW, Bosschaart AN (2001). *Withdrawal reactions of a premature neonate after maternal use of paroxetine*. Arh Dis Child Fetal Neonatal Ed, 84, F 77.
90. Nordeng H, Lindemann R, Perminow KV, Reikvam Å (2001). *Neonatal Withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors*. Acta Paediatr, 90, 288-291.
91. Aronsen M, Hagberg B (1993). *Hur har det gått för de alkoholskadade barnen?* Uppföljningsstudie av barn till alkoholiserade mödrar. Läkartidningen.
92. Lemoine P, Lemoine P (1992). *Avenir des enfants de mères alcooliques (etude de 105 cas retrouvé à l'âge adulte) et quelques constatations d'intérêt prophylactique*. Annales de Pédiatrie, 39, 226-235.
93. Streissguth AP, Barr, HM, Kogan J, Bookstein FL (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE)*. Final report from the Centers for Disease Control and prevention on Grant, No. RO 4/CCROO8518 (Tech. Report No. 96-106). Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit.
94. Spohr H-L, Willms V, Steinhausen H-C (1993). *Prenatal alcohol exposure and longterm developmental consequences*. Lancet, 341, 907-910.
95. Sundhedsstyrelsen (1999). *Graviditet og alkohol. Forebyggelse og sundhedsfremme*, nr. 15, København.
96. Se bilag 3 side 128.
97. Zauchau-Christiansen B (1972). The influence of prenatal and perinatal factors on development during the first year of life. Helsingør: Poul A. Andersen.
98. Finnegan LP (1986). *Neonatal abstinence syndrome: Assesment and pharmacotherapy*. Neonatal Therapy. I: Rubatelli FF, Granati B (red.). An Update. Amsterdam, New York: Oxford: Excerpta Medica.
99. Finnegan LP (1990). Neonatal abstinence. I: Nekon NM (red.). *Current therapy in neonatal perinatal medicine*. Philadelphia: BC Decker, 314-323.
100. Gaulden EC, Littlefield DC, Putoff OE, Seivert AL (1964). *Menstrual abnormalities associated with heroinaddiction*. Am J Obstet Gynecol.90: 155. Finnegan LP, Connaughton JF, Emich JP, Wieland, WP (1972).

101. Lauritzen G (1998). *Barn som trengte bedre vern. En nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling – Analyse av oppvekstforhold*. Oslo: Høgskolen i Oslo, avd. Ø.K.S, seksjon for forskning, hovedfag og videreutdanning.
102. Bar J, Greenwald E, Caterini H, Kaminetzsky H.(1974). *Drug related menstrual aberrations*. *Obstet Gynecol* 44:713.
103. Finnegan LP, Connaughton JF, Emich JP, Wieland, WP (1972). *Comprehensive care of the pregnant addict and its effect on maternal and infant outcome*. *Contemporary Drug Problems*, 1, 795.
104. Kumar R, Hipwell AE (1996). *Development of a Clinical Rating Scale to assess Mother-Infant Interaction in a psychiatric Mother and Baby Unit*. *British Journal of Psychiatry*, 169, 18-26.
105. Brodén M (2004). *Graviditetens muligheter*. Akademisk forlag, København.
106. Jessen-Petersen B (1994). *Psykotiske patienter med misbrugsproblemer*. Doktorgradsavhandling. København: Foreningen for Danske Lægestudenters Forlag.
107. Lier L, Buhl-Nielsen B, Knudsen H.(2000). *Psykisk syge forældre og deres børn*. Det tværministerielle udvalg/Socialministeriet, København.
108. Finnegan LP (1990). Neonatal abstinence. I: Nekon NM (red.). *Current therapy in neonatal perinatal medicine*. Philadelphia: BC Decker, 314-323.
109. Finnegan LP (1986). *Neonatal abstinence syndrome: Assesment and pharmacotherapy. Neonatal Therapy*. I: Rubatelli FF, Granati B (red.). An Update. Amsterdam, New York: Oxford: Excerpta Medica.
110. Jaudes PK, Ekwo E, Voorhis JV (1995). *Association of drug abuse and child abuse*. *Child Abuse & Neglect*, 19.9, 1095-1075.
111. Finnegan LP (1986). *Neonatal abstinence syndrome: Assesment and pharmacotherapy. Neonatal Therapy*. I: Rubatelli FF, Granati B (red.). An Update. Amsterdam, New York: Oxford: Excerpta Medica.
112. Finnegan LP (1994). *Perinatal morbidity and mortality in substance using families: Effects and intervention strategies*. *Bulletin on Narcotics*, vol. XLVI, no. 1, 19-43.
113. Finnegan LP, Kandall, SR (1992). *Maternal and Neonatal effects of Alcohol and Drugs*. I: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (red.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
114. Finnegan LP (1986). *Neonatal abstinence syndrome: Assesment and pharmacotherapy. Neonatal Therapy*. I: Rubatelli FF, Granati B (red.). An Update. Amsterdam, New York: Oxford: Excerpta Medica.
- 115-118. Finnegan LP (1990). *Neonatal abstinence*. I: Nekon NM (red.). *Current therapy in neonatal perinatal medicine*. Philadelphia: BC Decker, 314-323.
119. Mirdal GM(1976). *Det ufødte barn, det nyfødte barn*. København, Munksgaard.
120. Brazelton TB (1973). *Neonatal Behaviour Assessment Scale*. Philadelphia. Lippincott.
121. Alin-Åkerman B, Nordberg L (1980). *Griffiths Utvecklingsskalor I og II*. Stockholm: Psykologiförlaget. For yderligere information, søg www.dp.dk
122. Basse EM, Garde J, Jensen OF, Jensen CH, Madsen HB, Mathiesen J, Revsbech K, Sejr L. *Forvaltningsret, Almindelige emner*. Jurist og økonomforbundets forlag.
123. Se bilag 5 side 136-137.
124. Alin-Åkerman B, Nordberg L (1980). *Griffiths Utvecklingsskalor I og II*. Stockholm: Psykologiförlaget. For yderligere information, søg www.dp.dk
125. Korkman M (1990). *NEPSY manual*. Göteborg: Psykologiförlaget.

126. Bayley N (1993). *Bailey Scales of Infant Development*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace and Company, San Antonio.
127. Jappe E. (2004). *Børn og Unge Håndbogen. Servicelovens regler om børn og unge*. 6.udgave. Frydenlund. (Servicelovens § 35 og 36, se bilag 1).
128. Olofsson M (1997). *Consequences of drug misuse during pregnancy. Pregnancy and drug misuse. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)*. Strasbourg.
Olofsson M (2004). *Familieambulatoriets årsrapport 2004*. Familieambulatoriet, Hvidovre hospital.
129. Møller GL (2004). *Prenatal Alcohol Exposure as Predictor of Attention Deficit and other Behavioral Problems at and to 6 years of Age*. Ph.D.afhandling ved Familieambulatoriet, Hvidovre hospital og Københavns Universitet.
Olofsson M. *Forebyggelse af medfødte skader hos børn i København* (1995). Forskningsrapport. (Kan rekvireres hos forfatteren).
Olofsson M (1999). *Tilbud til Børnefamilier med Alkoholproblemer i København S*. Projektrapport, 19-24.
Olofsson M (2000). *Børn i familier med alkoholproblemer*. Forskningsrapport. København: Sundhedsdirektoratet.
130. *Evalueringsrapport fra Familieambulatoriet 2002*. (Upubliceret, kan rekvireres hos forfatteren).
131. *Sund hele livet*. Regeringens folkesundhedsprogram 2002-2010.

Supplerende læsning:

Sårbare børn. Børn, forældre og rusmiddelproblemer. Redigeret af Kari Killén og May Olofsson. Akademisk Forlag.

Register

A

Abortrådgivning 42f
Abstinenser, hos barnet 77ff
ADHD 36
Afdækning af forbrugsmønster 40
Afgiftning 42, 53
Aktindsigt 103
Akut henvendelse 38
Alkoholambulatorier 38
Alkoholproblemer, tal 7
Alkoholrelaterede skader 26f
Amfetamin 32
Amning 58, 62
Anamnese 43f
Anbringelse af barnet 102
Anonym henvendelse 39
Ansigtstræk, ved FAS 27
Ansvarsfordeling 57
Antidepressiva 35

B

Barnefader 55, 84
Barnet efter fødslen 76f
Barnet i barselsperioden 70ff
Barnets behov 23
 symptomer 76
 udvikling 98
Barselsafdelingen, samarbejde med 72
Barselsperioden 70ff
Behandling af barnet 79f, 86f
Behandlingsplan 21, 44
Benzin 35
Benzodiazepiner 34f
Bethlems samspilsobservation 90
Brazeltonskalaen 81, 86
Buprenorphin 31
Børn af rusmiddelbrugere 17
Børn og unge teams 5
Børneundersøgelse 72, 95ff
 og samarbejde 105
 opbygning af 96
 samtale 97

C

Cannabis 33f

D

Designerdrugs 33
Dialog med gravide 22
Diazepam 34

Distriktspsykiatri 21, 57
Dobbeltdiagnose 12, 67f
Doseringsskema 80
Dødfødsel 17
Døgninstitution 102

E

Ecstasy 33
Effekt af intervention 110ff
Epiduralbloade 60
Etik 107ff

F

FAE 27f, 36
Familieambulatoriemodellen 9, 12f, 19, 37ff
Familien 55
Familiepleje 102
Familierrådslagning 56
Family Center 9
FAS 27f, 36
Fencyclidin 34
Fenemal 80
Fentanyl 33
Finnegan, Loretta 9
Fortynder 35
Forældremyndighed 84
Forældreorientering 61
Fødsel, plan for 59
Fødselsforberedelse 58
Fødselsforløbet 71
Føtal alkoholdefekt og -syndrom 27f, 36

G

Gravide med dobbeltdiagnose 67
Gravide rusmiddelbrugere 17
Griffiths udviklingsskala 86

H

Hallucinogener 33
Handleplan 21
Hash 33f
Henviisning af gravide 37ff
Hepatitis B 65f
Heroin 30f
Hiv 65
Hjerneskaade 26ff
Hjertefejl 80
Hjælpeforanstaltninger 56
Holdninger 22, 107ff

I

Ice 33
Inddragelse af pårørende 55
Indlæggelse, af den gravide 52f
Infektioner, kroniske 65ff
Intervention 16
 i barselsperioden 70
 målsætning for 37
 neonatalafdeling 76
 resultater af 110ff
 ved graviditet og fødsel 37
Interventionsmodel 12f

J

Jordemoder 46
Jordemoderundersøgelser 46

K

Ketogan 30
Kodein 35
Kokain 32
Kommunikation 107ff
Konference 20, 57, 82, 86, 92
Konsekvenser, menneskelige 8f, 11, 26 ff
Kontakt med gravide 37ff
Kontakt- og primærperson 91
Kontrol 53
Kriminalforsorg 21, 38
Kroniske infektioner 65ff

L

Lav fødselsvægt 17
Lightergas 35
Lim 35
LSD 34
Lykkepiller 35
Læge 45
Lægeundersøgelse 100f

M

Marihuana 33f
Medindlæggelse af forældre 88
Mescaline 34
Metadon 31
Misdannelser 80
Mor-barn-kontakten 73, 90, 100
Mælkestoppende medicin 70

N

Narkotika 30ff
Negativ social arv 113
Nervemedicin 34f
Nikotin 29

O

Observation af barnet 79f, 81, 99f
 af mor-barn-kontakt 72f 90, 100
Omsorgssvigt 11, 17
Opioider 30 ff
Opiumsdråber 80
Oplysningspligt 24
Opsøgende arbejde 41
Opvækst i rusmiddelmiljø 11, 17
Organisation 14
Overinvolvering 93

P

Personale, sammensætning af 14
Plan for fødslen 59
Plejemor 92
Praktiserende læge 21, 38, 57
Proces, hos gravide 23
 hos professionelle 23
Procesorienteret arbejde 22
Prognose, barnets 110f
Prævention 63, 70f, 111
Psilocybin 34
Psykisk syge 67ff
Psykolog 49
Psykologisk støtte 72
Psykologundersøgelse 98f
Pædagog 91
Pårørende 55, 84

R

Reaktions- og adfærdsmønster, barnets 76, 81
Ressourcer, barnets 81
 moderens 70f
Resultater af intervention 110ff
Retningslinjer for samvær 89
Risikofaktorer 17f
Risikogrupper 6, 18
Risikomiljø 11
Rosset Questionnaire 40
Rusmiddelbrugere, børn af 17, 26 ff
 de gravide 17, 26 ff
Rusmidlers indvirkning 26 ff
Rygning 29
Rådgivning om prævention 63f, 70f
Rådgivningscenter 21, 38

S

Samarbejde med forældre 82, 87
 med barselsafdeling 83
 med børneafdeling 86ff
 med eksterne 84
 med neonatalafdeling 83

Samarbejdsrelationer 15, 82f
 Samfundsøkonomi 8, 12, 112
 Samtale, afsluttende 101
 den første 42
 ved børneundersøgelse 97
 Samvær med barnet 89
 Screening for infektionssygdom 43
 for rusmidler 53
 Sekretær 50
 Seksuelle overgreb 11
 Senfølger 36
 Skader, rusmiddelrelaterede 26ff
 Smertelindring 59
 Smertestillende medicin 35
 Snifning 35f
 Socialforvaltningen 5, 57, 72, 87, 103
 Socialrådgiver 48f
 Sovemedicin 34f
 Spørgeskema 40
 Statusbeskrivelse 103f
 Sterilisation 63
 Stesolid 34
 Stoffer 30ff
 Stofmisbrug, tal 7
 Struktur, Familieambulatoriet 15
 Støttebehov og muligheder 11, 72f
 Subutex 31
 Svampe, euforiserende 34
 Svangreafdeling, samarbejde med 52
 Svangreomsorg 6

Symptomer, nyfødtes 76
 Sårbare gravide 6, 23
 børn 11

T

Tal, alkohol 7, 27, 29
 dobbeltdiagnose 67f
 Familieambulatoriets resultater 110f
 narko 7, 33f
 rygning 29
 Tavshedspligt 24f
 Teammøde 19f, 44
 Tidlig opsporing 16
 Tillid 22
 Tobak 29
 Tværfaglighed 5, 19, 24, 45
 Tværsektoriel 5, 20, 24, 56

U

Udskrivning 72, 92, 104
 Udviklingsmæssige skader 17
 Underretningspligt 24
 skærpet 25, 41
 Undersøgelse af barnet 86f
 Urinscreening 53

V

Valium 34
 Visitation 14
 Væksthæmning 28

Bilag 1-6

Bekendtgørelse af lov om social service

LBK nr 280 af 05/04/2005 (Gældende)

Enkeltpersoners underretningspligt m.v.

§ 35. Socialministeren kan fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.

Stk. 2. Socialministeren kan fastsætte regler om underretningspligt for andre grupper af personer, der under udøvelse af deres erhverv får kendskab til forhold, som bevirker, at der kan være anledning til foranstaltninger efter denne lov.

Stk. 3. Socialministeren kan fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres tjeneste eller hverv får kendskab til en gravid kvinde med alvorlige misbrugsproblemer, der giver formodning om, at der er behov for støtte. Socialministeren kan fastsætte tilsvarende regler for andre grupper, der under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til sådanne forhold.

Stk. 4. Socialministeren kan fastsætte regler, hvorefter

- 1) praktiserende læger, speciallæger og andre, der virker inden for social- og sundhedsvæsenet, kan videregive oplysninger om børn og unge under 18 år med nedsat synsfunktion til Statens Øjenklinik, for at klinikken kan varetage sine behandlingsmæssige og administrative aktiviteter, og
- 2) Statens Øjenklinik kan videregive de i nr. 1 nævnte oplysninger til social-, sundheds- og undervisningsmyndigheder for at sikre, at nødvendige foranstaltninger til afhjælpning af nedsat synsfunktion kan iværksættes.

§ 36. Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

Bilag 2

Til alle gravide i København

For at kunne yde alle gravide den bedste rådgivning og behandling og dermed de bedste muligheder for en normal graviditet og et sundt barn, er der ved fødeafdelingens *Familieambulatorium* ansat personale (læger, jordemødre, socialrådgivere og psykologer) med særligt kendskab til, hvordan alkohol, medicin, tobak, hash og andre rusmidler indvirker på graviditeten og barnets udvikling.

Derfor vil alle gravide ved første undersøgelse hos læge eller jordemoder blive spurgt om deres forbrug af medicin, alkohol og andre rusmidler og få udleveret en pjece om alkohol og fosterskader.

Alle gravide, som har et forbrug af alkohol og andre rusmidler, vil blive indkaldt til en rådgivende samtale hos læge eller jordemoder.

Alle gravide, som har et forbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler, tilknyttes Familieambulatoriet, hvor de bliver tilbudt rådgivning, støtte og behandling i graviditeten og efter fødslen.

Gravide og andre, som har spørgsmål til disse emner, kan henvende sig til **Familieambulatoriet, Hvidovre Hospital, tlf. 36 32 26 40.**

Med venlig hilsen

Fødeafdelingen

Bilag 3

Spørgeskema til gravide om forbrug af alkohol, medicin og stoffer

Cpr-nr.: _____

Dato: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Lægens navn, adresse og tlf. nr.: _____

SPØRGSMÅL OM ALKOHOL

Øl

Hvor mange gange har du drukket i sidste uge?

Hvor mange øl drak du i alt i sidste uge?

Drikker du nogensinde mere end det i graviditeten?

Vin

Hvor mange gange har du drukket vin i sidste uge?

Hvor mange glas vin drak du i alt i sidste uge?

Drikker du nogensinde mere end det i graviditeten?

Spiritus

Hvor mange gange har du drukket stærkere alkohol (f.eks. whisky, gin, cognac, Gl. Dansk, snaps) i sidste uge?

Hvor mange genstande stærk alkohol drak du i alt i sidste uge?

Drikker du nogensinde mere end det i graviditeten?

Har dine drikkevaner ændret sig, siden du blev gravid?

Har dine drikkevaner ændret sig inden for de sidste år, før du blev gravid?

SPØRGSMÅL OM MEDICIN OG STOFFER

Ryger du hash?

Har du røget hash, før du blev gravid?

Bruger du nervemedicin (hvis ja, hvilken type)?

Har du brugt nervemedicin, før du blev gravid?

Bruger du narkotiske stoffer (heroin, morfin Ketogan)?

Har du brugt narkotiske stoffer, før du blev gravid?

Bruger du amfetamin (speed)?

Har du brugt amfetamin, før du blev gravid?

Bruger du kokain?

Har du brugt kokain, før du blev gravid?

Hvor mange cigaretter ryger du pr. dag?

Bilag 4

HVIDOVRE HOSPITAL

CPR nr.	Alder	FAMILIEAMBULATORIET Resumeark til brug ved fødslen
Ellers navn		
Fornavn(e)		

HENVISNINGSTIDSPUNKT (Svangerskabsuge) _____

HENVISNINGSÅRSAG

ART AF RUSMIDLER I GRAVIDITETEN

BEHANDLING I GRAVIDITETEN

1. Metadon _____
2. Fenemal _____
3. Antabus _____
4. Andet _____

RUSMIDDELSTATUS VED FØDSLEN

1. Stoffri/alkoholfri/medicinfri _____
2. Metadondosis _____
3. Fenemaldosis _____
4. Antabusdosis _____
5. Alkohol (antal genstande dagligt) _____
6. Cannabis (antal gram ugentligt) _____
7. Benzodiazepin (mg dagligt) _____
8. Heroin _____
9. Amfetamin _____
10. Kokain _____
11. Tobak (antal dagligt) _____
12. Andet (hvilket) _____

INFEKTIONSSTATUS

1. HIV-antistof _____ Dato for sidste prøve _____
2. Hepatitis-B-antistof _____ Dato for sidste prøve _____
3. Hepatitis-B-antigen _____ Dato for sidste prøve _____
4. Hepatitis-C-antistof _____ Dato for sidste prøve _____
5. Hepatitis-C-antigen (PCR) _____ Dato for sidste prøve _____
6. Ikke undersøgt for HIV _____
7. Ikke undersøgt for hepatitis _____

PRØVER VED FØDSLEN

- | | | |
|----|---|-------|
| 1. | Urinscreening for stoffer og medikamenter | _____ |
| 2. | HIV-antistof | _____ |
| 3. | Hepatitis -B-Antigen | _____ |

OBSERVATION AF BARNET

- | | | |
|----|-----------------------------------|--------------------|
| 1. | I barselsafdeling | _____ |
| 2. | I neonatalafdeling | _____ |
| 3. | I børneafdeling | _____ |
| 4. | Vaccination for hepatitis-B | Ja _____ Nej _____ |
| 5. | Observation efter abstinensschema | Ja _____ Nej _____ |
| 6. | Vedr. HIV | Ja _____ Nej _____ |

AMNING

Anbefales Ja _____ Nej _____

SOCIALPLAN

Foreligger Ja _____ Nej _____

PLAN FOR UDSKRIVNING

- | | | |
|----|--------------------------------|-------|
| 1. | Til hjemmet | _____ |
| 2. | Til familieinstitution med mor | _____ |
| 3. | Til familiepleje med mor | _____ |
| 4. | Til børnehjem uden mor | _____ |
| 5. | Til familiepleje uden mor | _____ |
| 6. | Andet | _____ |

ANTIKNONCEPTION

Sterilisation	Ja _____ Nej _____
Spiral	Ja _____ Nej _____
P-piller	Ja _____ Nej _____
P-sprøjte	Ja _____ Nej _____
P-stav	Ja _____ Nej _____
Kondom	Ja _____ Nej _____
Andet	_____

Vedr. sterilisation. Papirer er skrevet Ja _____ Nej _____

FORÆLDREINFORMATION

Pt. er d.d. informeret om afdelingens observations- og behandlingsprocedurer vedr. rusmiddeleksponerede børn og er indforstået med, at barnet observeres og behandles efter de gældende retningslinier.

_____ Dato _____ Lægens initialer

SUPPLERENDE BEMÆRKNINGER

Bilag 5

Bethlems skema til observation af mor-/barn-samspil

Bethlem	Observation af mor/barn-samspil (se detaljeret vejledning på bagsiden)				
Dato, tidspunkt:					Mors navn:
Udfyldt af:					Mors cpr.nr:
					Barnets navn:
					Barnets cpr.nr:

Øjenkontakt	A relevant øjenkontakt	B med afbrydelser	C lange afbr., undgår øjenkontakt	D meget ringe øjenkontakt	E kan ikke udfyldes
Beskrivelse/kommentar:					

Fysisk kontakt	A afslappet, kompetent, opmærksom	B af og til ude af rytme med barnet, mekanisk ad gangen	C vedvarende usensitiv, kun relevant få min. ad gangen	D holder kun barnet relevant få øjeblikke	E kan ikke udfyldes
Beskrivelse/kommentar:					

Verbal kontakt	A mor tager initiativ, passende VK i mængde, tonefald, styrke og indhold	B som A, men korte afbrydelser fra mor	C længere afbrydelser, ringere kvalitet af kontakt	D uhensigtsmæssig verbal kontakt	E kan ikke udfyldes
Beskrivelse/kommentar:					

Sensitivitet (følelsesmæssig kontakt)	A afslappet, varm, følsom, accepterer utilfreds barn	B korte afbrydelser med manglende følelsesm. svar	C mors egen tilstand dominerer, korte relevante perioder	D for det meste ude af harmonie med barnet	E kan ikke udfyldes
Beskrivelse/kommentar:					

Almindelig rutine	A velorganiseret, handler selvstændigt	B mislykkes af og til, ingen alvorlige vanskeligheder	C pasningen mislykkes oftere, personalet må intervenere	D meget desorganiseret, kræver betydelig intervention	E kan ikke udfyldes
--------------------------	--	--	--	--	------------------------

Beskrivelse/kommentar:

Fysisk risiko for barnet	A sikker, ingen oplevet risiko	B af og til uopmærksom, men reagerer hurtigt ved risiko for barnet	C utilsigtet ignorerede/ hårdhændet, potentielt farlige situationer. BESKRIV	D truer med/frygter selv at hun vil skade barnet, personale må intervenere. BESKRIV	E aktuel skade er påført barnet. BESKRIV
---------------------------------	--------------------------------------	---	--	--	---

Beskrivelse/kommentar: (hændelsen i detaljer, mors psykiske tilstand)

Babyens bidrag til interaktion	A sundt, opmærksomt, responderende	B af og til 'vanskeligt', evt. sundheds- problemer	C vanskeligt barn eller sundhedsproblemer det meste af tiden. BESKRIV	D vanskeligt eller sundhedsproblemer hele tiden. BESKRIV	E kan ikke udfyldes BESKRIV
---------------------------------------	--	---	---	--	-----------------------------------

Beskrivelse/kommentar:

Bilag 6

Observationsskema

Observationsskema for nyfødte børn, som før fødslen har været eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter.

Journalnr.:										
Navn:										
Fødselsdag:										
Dato										
Klokkeslæt										
Kontrol hver 2. eller 4. time										
Højt skingert skrig	2									
Vedvarende skingert skrig	3									
Sover <1 time efter måltid	3									
Sover <2 timer efter måltid	2									
Sover <3 timer efter måltid	1									
Hyperaktiv mororeflex	2									
Betydelig hyperaktiv mororeflex	3									
Mild tremor, forstyrret	1									
Betydelig tremor, forstyrret	2									
Mild tremor, uforstyrret	3									
Betydelig tremor, uforstyrret	4									
Øget muskeltonus	2									
Myoclon trækninger (ryk i ekstremiteter)	3									
Kramper (uriverselle)	5									
Intens sutten på hænder	1									
Dårlig til at spise	2									
Gylpen	2									
Eksplorative opkastninger	3									
Løse afføringer	2									
Vandtynde afføringer	3									
Dehydrering	2									
Hyppig gaben	1									
Nysen	1									
Tilstoppet næse	1									
Svedende	1									
Marmorering (farveskift)	1									
Temperatur 37.2 - 38.2	2									
Temperatur > 38.2	1									
Respirationshastighed > 60/m.	2									
Respirationshastighed > 60/m. indtrækn.	1									
Motorisk urolig										
Total timescore (sum over 2 el. 4 ti.)										
Gennemsnitsscore										
Medicinering +↑↓+										
Medicinart										
Signatur										

OMSORGFOR GRAVIDE OG SMÅBØRNSFAMILIER MED RUSMIDDELPROBLEMER

Familieambulatoriets interventionsmodel

Bogen giver en indgående beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsmetode, der anvendes i Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital og Rigshospitalet over for gravide med rusmiddelproblemer og deres børn. Formålet er at inspirere og vejlede fagpersoner i sundhedsvæsenet og i det sociale system med henblik på at optimere indsatsen på landsplan over for de børn, gravide og børnefamilier, som er berørt af alkohol- og andre rusmiddelproblemer. Interventionsmodellen kan imidlertid også anvendes over for andre risikogrupper inden for svangreomsorgen.

Fra bogens indhold:

- De enkelte rusmidlers indvirkning på graviditet, fødsel og barnets udvikling
- Gravide med dobbeltdiagnose: psykisk sygdom og rusmiddelproblemer
- Det tværfaglige og tværsektionelle samarbejde
- Samarbejdet med forældrene
- Intervention før, under og efter fødslen
- Børneundersøgelser – vurdering af barnets trivsel, udvikling og omsorgssituation
- Holdninger, kommunikation og etiske dilemmaer
- Helhedsorienteret behandling og målrettet handling.

www.sst.dk