

APRIL 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

Evaluering. Kortlægning af området for behandling af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer

APRIL 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

Evaluering. Kortlægning af området for behandling af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer

PROJEKTNR.

A091120

DOKUMENTNR.

1

VERSION

2

UDGIVELSESDATO

27.03.2019

BESKRIVELSE

ENDELIG

UDARBEJDET

SOJU, MEMK

KONTROLLERET

CCRN

GODKENDT

CCRN

INDHOLD

1	Indledning	1
2	Baggrund og formål	2
2.1	Baggrund	2
2.2	Formål med kortlægningen	3
3	Vurdering af målgruppens omfang	5
3.1	Familieambulatoriets funktion	5
3.2	Vurdering af omfanget af målgruppen for satspuljeinitiativet	6
3.3	Utilstrækkelig opsporing af målgruppen	6
4	Kendskab til og anvendelse af nye muligheder, jf. satspuljeinitiativet	8
4.1	Erfaring med brugen af de nye regler, jf. satspuljeinitiativet	9
4.2	Begrundelser for ikke at anvende mulighederne i lovændringen	10
5	Kompetenceafdækning	12
5.1	Ønsker til et specialiseret skærmet døgnbehandlingstilbud	12
5.2	Begrænset anvendelse af eksisterende døgnbehandlingstilbud og årsager hertil	14
5.3	Barrierer for at etablere et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud	18
5.4	Det nuværende arbejde på området	20
6	Konklusion	26
6.1	Vurdering af målgruppens omfang	26
6.2	Kommunernes kendskab til og anvendelse af satspuljeinitiativets muligheder	26

6.3	Kompetencer ved eksisterende døgntilbud i forhold til målgruppens særlige behov	27
-----	---	----

BILAG

Bilag A Behovsvurdering

Bilag B Dataindsamling

B.1 Kvantitativ dataindsamling

B.2 Kvalitativ dataindsamling

Bilag C Lovændring

1 Indledning

Med satspuljeaftalen¹ fra 2016-2019 på social- og indenrigsområdet blev der blandt andet afsat midler til at harmonisere og styrke indsatsen for gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer med initiativet "*En styrket indsats for gravide kvinder med et misbrug*". Formålet med initiativet er at forebygge og/eller reducere antallet af børn, som fødes med skader som følge af moderens forbrug af rusmidler under graviditeten.

I nærværende rapport kortlægges kendskabet til og brugen af de muligheder, som satspuljeinitiativet giver kommunerne på området. Formålet med kortlægningen er at 1) vurdere målgruppens omfang, 2) undersøge kommunernes kendskab til og brug af lovgivningen om at indgå kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse samt 3) kortlægge eksisterende kompetencer på området.

Kortlægningen er gennemført af COWI for Sundhedsstyrelsen. Den bygger på en lang række interview med fagprofessionelle ved familieambulatorier, behandlingstilbud og kommunale myndigheder, herunder rusmiddelcentre og social- og eller familieforvaltningen (interviewoversigt er vedlagt i Bilag B.2). Derudover har COWI gennemført en kvantitativ undersøgelse af kommunernes kendskab til og brug af de muligheder, som satspuljeinitiativerne giver.

Ud over denne indledning indeholder kortlægningen:

- > Kapitel 2, som præsenterer baggrunden for opgaven.
- > Kapitel 3, som indeholder en vurdering af målgruppens omfang.
- > Kapitel 4, der giver indblik i kendskabet til samt brugen af lovgivningen om at indgå kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer om behandling med mulighed for tilbageholdelse.
- > Kapitel 5, hvor resultaterne af kortlægningen præsenteres med baggrund i en SWOT-analyse.
- > Kapitel 6, som indeholder konklusionen af kortlægningen.

Rapporten indeholder desuden tre bilag: Bilag A – Behovsvurdering, Bilag B – Dataindsamling og Bilag C – Lovændring.

¹ Aftale om satspuljen på social- og indenrigsområdet 2016-2019, Social- og Indenrigsministeriet, 2015.

2 Baggrund og formål

Kapitlet præsenterer opgavens baggrund og formål.

2.1 Baggrund

Regeringen og satspuljepartierne afsatte i alt 27,5 millioner kr. i satspuljeaftalen på social- og indenrigsområdet fra 2016 til 2019 til at styrke indsatsen over for gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer. Formålet med satspuljeinitiativet "*En styrket indsats for gravide kvinder med et misbrug*" er at forebygge og/eller reducere antallet af børn, der fødes med skader som følge af moderens forbrug af rusmidler under graviditeten.

Satspuljeinitiativet er inddelt i tre overordnede spor²:

- 1 **Spør 1. Styrkelse af den eksisterende indsats** over for den brede målgruppe af gravide kvinder og kvinder i den fertile alder med en rusmiddelproblematik, der rummes inden for de eksisterende behandlingstilbud i såvel kommunal stof- og alkoholbehandling som de regionale familieambulatorier.
- 2 **Spør 2. Lovforslag**, der harmoniserer samt styrker kommunernes muligheder for efter sundhedsloven og lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere med kvindens samtykke at tilbyde gravide kvinder med et misbrug af alkohol og/eller stoffer døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse.
- 3 **Spør 3. Udvikling og gennemførelse af et metode- og kompetenceudviklingsforløb** for 1-2 døgnbehandlingstilbud målrettet gravide kvinder med et misbrug af rusmidler, herunder alkohol, så de sikres tilbud om højt kvalificeret behandling.

Satspuljens indsatser er primært målrettet fagprofessionelle i kommuner og regioner med kontakt til kvinder i den fertile alder og gravide, men hvor slutmålgrupperne for de forskellige initiativer dækker over følgende grupper i de forskellige spor³:

- > Målgruppen for spør 1 er alle kvinder i den fertile alder med et alkohol- og/eller stofmisbrug, samt alle gravide kvinder (ca. 56.000 årligt), hvoraf 40% har en eller flere episoder med et alkoholforbrug på fem genstande eller mere én eller flere gange efter befrugtningen – svarende til skønnet 22.400 gravide kvinder årligt, og gravide kvinder med et alkohol- og/eller stofmisbrug (skønnet 3.500 årligt).
- > Målgruppen for spør 2 og 3 er gravide med et misbrug, herunder kvinder med et betydeligt misbrug af alkohol og/eller stoffer, som er i en særlig sårbar og udsat livssituation, og som ikke kan fastholdes i den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorierne og i almindelig misbrugsbehandling (skønnet 10-15 årligt).

² Udmøntning af satspuljen for 2016-2019, Delaftale for social- og indenrigsområdet. <https://socialministeriet.dk/media/16889/udmoentning-af-satspuljen-for-2016-2019.pdf>

³ Udmøntning af satspuljen for 2016-2019, Delaftale for social- og indenrigsområdet. <https://socialministeriet.dk/media/16889/udmoentning-af-satspuljen-for-2016-2019.pdf>

2.2 Formål med kortlægningen

Eftersom udmøntningspuljen i spor 3 ikke blev udmøntet, blev det sammen med Sundhedsstyrelsen aftalt at gennemføre en kortlægning med det formål, at:

- > vurdere målgruppens omfang.
- > undersøge, om kommunerne dels kender til og dels bruger lovgivningen om at tilbyde gravide med alkohol- og/eller stofproblemer en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. I den forbindelse undersøges også, hvorfor/hvorfor ikke lovgivningen bruges, og hvem kommunerne samarbejder med i forhold til målgruppen.
- > kortlægge eksisterende kompetencer ved landets behandlingstilbud (oversigt over inkluderet behandlingstilbud i undersøgelsen, se Faktaboks 1). Der er fokus på at kortlægge, hvorvidt tilbudene kan varetage døgnbehandling af gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer og deres børn under og i tiden efter graviditeten. I den forbindelse kortlægges et eventuelt kompetencegab i forhold til de kompetencer og behov, som kommuner, rusmiddelcentre og familieambulatorier vurderer, er relevante i forbindelse med behandlingen af gravide med et betydeligt stof- og/eller alkoholproblem, der ikke forventes at kunne blive fastholdt i anden behandling end døgnbehandling.

Faktaboks 1 Oversigt over inkluderet behandlingstilbud

BEHANDLINGSTILBUD

Glostrup Observationshjem (familiebehandling)	Sct. Ols, Bornholm (rusmiddelbehandling)
Villaen Gladsaxe (familiebehandling)	KABS; Glostrup (rusmiddelbehandling)
Bagsværdsobservationshjem (familiebehandling)	Ungehuset i Arden, Blå Kors (rusmiddelbehandling)
Villaen Gladsaxe (familiebehandling)	
Holmegårdshuset (familiebehandling)	
Elmehuset, Køge (familiebehandling)	
Birkelund (familiebehandling)	
Vædderbo (familiebehandling)	

Kortlægningen tager bl.a. udgangspunkt i en såkaldt SWOT-analyse (se Figur 1). Det vil sige, at vi kortlægger styrker og svagheder ved tilgangen til behandlingen af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer og undersøger muligheder og barrierer for at etablere et specialiseret skærmet døgnbehandlingstilbud.

Figur 1 SWOT-analyse af indsatsen for gravide med alkohol- og/eller stofproblemer



3 Vurdering af målgruppens omfang

I dag bliver kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer⁴ under graviditeten ideelt set henvist til det regionale familieambulatorie (FA), hvor de får tilbud om svangreomsorg. Henvisningen kan enten komme fra den gravide kvindes praktiserende læge, kommunen, døgnbehandlingstilbud, akutmodtagelsen eller ved selvhenvendelse til familieambulatoriet.

3.1 Familieambulatoriets funktion⁵

De fem familieambulatorier er forankret i Gynækologisk-Obstetrisk afdeling og samarbejder yderligere med barsels-, børne-, og psykiatriske afdelinger samt smerteklinikker. Familieambulatorierne har følgende kompetencer tilknyttet: jordemoder, socialfaglig koordinator, socialrådgiver, psykolog, pædiater og obstetrikere.

Familieambulatoriet er et udvidet tværsektorielt og -fagligt tilbud til gravide kvinder og deres børn. Formålet med familieambulatorierne er at styrke den regionale forebyggelse og behandling af rusmiddelrelaterede medfødte fysiske, psykiske og sociale skader og sygdomme hos børn. Formålet med indsatsen er at opdage og reducere komplikationer i graviditeten. Dette gøres i samarbejde med moderen og evt. partneren og ved behov, i samarbejde med den kommunale familieafdeling. Frem til udgangen af 2018⁶ havde familieambulatoriet også til opgave at sikre gode opvækstbetingelser for og mindske rusmiddelskader hos børnene efter fødslen, og frem til de bliver seks år.

Målgruppen for familieambulatorierne er heterogen og består af:

- > Gravide i opioidbehandling på grund af kroniske smerter. (opioider er stærk smertestillende medicin f.eks. morfin)
- > Gravide med skizofreni, bipolar sygdom eller svær borderline-problematik
- > Gravide med et aktuelt forbrug af rusmidler/afhængighedsskabende medicin
- > Gravide med et tidligere forbrug af rusmidler/afhængighedsskabende medicin. Det vil sige inden for to år, men den gravide kan også tilknyttes Familieambulatoriet, hvis den gravide stadig har trang
- > Gravide, der drikker mere end tre genstande om ugen og/eller drikker mere end fem genstande på én gang efter graviditetsuge 8
- > Gravide, hvor barnets far har en rusmiddelproblematik
- > Børn, der i fostertilstanden har været eksponerede for rusmidler, substitutionsbehandling, morfica o.a.

I arbejdet med de gravide kvinder etableres der et tæt samarbejde mellem medarbejderne i familieambulatorierne og de kommunale myndigheder, som har ansvaret for indsatsen på det sociale område og for stof- og alkoholbehandlingen. Samarbejdet med de kommunale myndigheder er essentielt for

⁴ Ved rusmidler forstås følgende: alkohol, illegale stoffer og afhængighedsskabende medikamenter.

⁵ Afsnittet er udformet på baggrund af situation for familieambulatorierne ved dataindsamlingstidspunktet, efteråret 2018.

⁶ Ved udgangen af 2018 ophørte satspuljemidlerne til børnedelen i familieambulatorierne og driften overgik til regionerne. Børnedelen i Region Nordjylland og Region Midtjylland er blevet reduceret, mens den i Region Hovedstaden og Region Sjælland er blevet lukket. I Region Syddanmark er børnedelen uændret.

familieambulatoriets arbejde, idet de har beslutningskompetencen i forhold til den gravide kvinde og barnets fremtid.

3.2 Vurdering af omfanget af målgruppen for satspuljeinitiativet

Det fremgår af forslaget til lovændringen, at målgruppen vurderes at udgøre 10-15 kvinder årligt på landsplan for både alkohol- og stofmisbrug.⁷ Det er dog ikke muligt at få be- eller afkræftet dette, da et estimat ikke umiddelbart kan foretages på baggrund af registerdata. Til brug i nærværende kortlægning har COWI derfor årligt for årene 2016, 2017 og 2018 bedt familieambulatorierne om at vurdere, hvor mange kvinder der faldt inden for rammerne af de nye regler om kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer om behandling med mulighed for tilbageholdelse.

Det er vigtigt at pointere, at vurderingerne alene er foretaget på baggrund af de kvinder, som familieambulatorierne har været i kontakt med i et givet år. Ikke alle kvinder i målgruppen henvises til familieambulatorierne, og det er samtidig almindeligt anerkendt, at der er et vist mørketal.

Som det fremgår af Bilag A, vurderer familieambulatorierne, at behovet på landsplan for et skærmet døgnbehandlingstilbud for gravide svinger mellem 19 og 51 kvinder pr. år. I dag visiteres meget få af disse til eksisterende døgnbehandlingstilbud. Familieambulatorierne anslår at mellem tre og ti kvinder pr. år bliver visiteret til eksisterende døgntilbud.

De kommuner, der er blevet interviewet i forbindelse med kortlægningen, vurderer, at de har én eller mindre end én gravid med alkohol- og/eller stofproblemer årligt, som kunne have behov for at få et specialiseret skærmet døgnbehandlingstilbud. Hos et par af landets større kommuner vurderes gruppen at udgøre omkring fem kvinder på årsbasis (se også afsnit 5.3).

Familieambulatorierne vurderer endvidere blandt den samme målgruppe, men efter fødslen, at 21-31 nybagte mødre, som har været fulgt i familieambulatorierne i graviditetsperioden, årligt visiteres til døgnophold i for eksempel familieinstitutioner sammen med det nyfødte barn.

3.3 Utilstrækkelig opsporing af målgruppen

En af de største udfordringer med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer er ifølge de adspurgte i kortlægningen, at der er kvinder, som de slet ikke har kendskab til i systemet. En undersøgelse gennemført af et familieambulatorie viser, at omkring en ud af 13 personer – eller ca. 7.5% - havde stoffer i urinen i forbindelse med den almindelige svangerskabsundersøgelse, mens de kvinder som følges i familieambulatorierne, udgør en langt mindre procentdel af samtlige gravide. Manglende opsporing udgør således en stor barriere for at få et retvisende billede af størrelsen af målgruppen. Ifølge informanterne gemmer de gravide med alkohol- og/eller stofproblemer sig eller undlader at oplyse om, at de har et forbrug af alkohol og/eller stoffer. De fagprofessionelle oplever, at det der er fælles er:

[...] at kvinderne ikke kommer til svangerskabskontrol, de udebliver, og de falder igennem systemet. De kommer kun ind og føder, prøver at skjule sig og udskriver sig hurtigt. Der er god mulighed for at

⁷ Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, Fremsat den 31. marts 2016 af sundheds- og ældreministeren. <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/201512L00165>

snige sig uden om, hvis der ikke er skrappe jordemødre og sygeplejersker. (Behandlingstilbud, interview).

Nogle informanter fortæller, hvordan de i nogle tilfælde først bliver opmærksomme på en moders misbrug, når barnet er seks, syv eller otte år, og barnet viser tegn på, at der har været misbrug under graviditeten. Dette opleves som en stor frustration hos de fagprofessionelle.

4 Kendskab til og anvendelse af nye muligheder, jf. satspuljeinitiativet

I aftalen om satspuljen på social- og indenrigsområdet for 2016-2019 blev der blandt andet afsat midler til: "*at harmonisere og styrke lovgivningen på social- og sundhedsområdet, bl.a. så der er samme forpligtigelse for kommunerne til at tilbyde gravide med misbrug af stoffer og/eller alkohol en kontrakt på baggrund af kvindens samtykke om behandling med mulighed for tilbageholdelse*".⁸

Folketinget vedtog en harmonisering og styrkelse af lovgivningen på sundheds- og socialområdet med virkning fra 1. januar 2017 med henblik på at styrke indsatsen for gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer. Lovændringen som følge af satspuljeinitiativet går på tværs af henholdsvis sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.

Inden for sundhedsloven om alkoholmisbrugsbehandling havde kommunerne frem til 1. januar 2017 mulighed for at kunne tilbyde gravide kvinder med alkoholmisbrug en kontrakt om mulighed for tilbageholdelse under graviditeten.⁹ Inden for tilbageholdelsesloven om stofmisbrugsbehandling havde kommunerne pligt til at tilbyde gravide kvinder med et stofmisbrug at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Dermed adskilte reglerne frem til 2017 på alkoholområdet sig fra reglerne på stofområdet, idet det var frivilligt for kommunerne, om de ønskede at benytte sig af kontrakter i forbindelse med tilbud om døgnbehandling til gravide kvinder med alkoholmisbrug.

Med lovændringen som følge af satspuljeinitiativet på sundheds- og socialområdet vil man således styrke hele indsatsen for gravide med et misbrug af både alkohol- og/eller stoffer og sikre ensartethed mellem regelsættene og indsats for kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer. En samlet oversigt over ændringerne fremgår af Bilag C.¹⁰

Ifølge lovændringen¹¹ kan tilbageholdelse som følge af en indgået kontrakt ske, når der er en begrundet formodning om, at den gravide kvinde med et alkohol- og/eller stofproblem vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, hvis:

- > den gravide kvinde med et alkohol- og/eller stofproblem frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.
- > udsigten til ophøret af misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet.
- > den gravide kvinde med et alkohol- og/eller stofproblem frembyder nærliggende fare for sig selv eller andre.

Tilbageholdelse kan kun ske, hvis mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige. Såfremt en tilbageholdelse sker, skal det indberettes til Sundheds- og Ældreministeriet, jf. § 4 i BEK nr. 1649 af

⁸ Aftale om satspuljen på social- og indenrigsområdet 2016-2019, Social- og Indenrigsministeriet, 2015.

⁹ Afrapportering - Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler. Social- og Indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. 2015.

¹⁰ LOV nr. 655 af 08/06/2016 (historisk) <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181753>

¹¹ Jf. § 141 c i LBK nr. 1286 af 02/11/2018 (Sundhedsloven) og Jf. § 5 i LBK nr. 972 af 08/08/2017 (Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling)

16/12/2016¹² og/eller til Børne- og Socialministeriet, jf. § 4 i BEK nr. 1677 af 16/12/2016¹³, afhængig af om det drejer sig om gravide alkoholmisbrugere eller stofmisbrugere.

En opgørelse fra Sundheds- og Ældreministeriet viser, at ministeriet ikke har modtaget indberetninger fra kommunerne, jf. § 4 i bekendtgørelse nr. 1649 af 16. december 2016 om magtanvendelse og indberetning ved tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling. Yderligere viser gennemgangen i forbindelse med opgørelsen, at der heller ikke efter § 8 i den dagældende bekendtgørelse nr. 227 af 11. februar 2008 om tilbageholdelse af gravide misbrugere i behandling er modtaget indberetninger.

Kortlægningen nedenfor af kommunernes kendskab til lovændringen og anvendelse af mulighederne i satspuljeinitiativet er baseret på en kvantitativ undersøgelse blandt 26 kommuner. De 26 deltagende kommuner er geografisk spredt ud over hele landet. Kvalitative data fra interview med familieambulatorier, relevante døgnbehandlingstilbud og kommunale myndigheder, herunder rusmiddelcentre, indgår ligeledes i denne delundersøgelse (se oversigt over inkluderede respondenter i Bilag 30B.2.)

Den kvantitative undersøgelse viser, at 25 ud af 26 kommuner kender til de nye regler om lovændringen fra 1. januar 2017 om mulighed for at indgå kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer ved behandling med mulighed for tilbageholdelse. Kun én kommune gav udtryk for ikke at have kendskab til lovgivningen på området og lovændringen. Ingen af de 25 kommuner angiver, at de benytter sig af muligheden for at indgå kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse.

4.1 Erfaring med brugen af de nye regler, jf. satspuljeinitiativet

Resultatet af den kvantitative undersøgelse svarer godt til det billede, der fremkommer af den kvalitative interviewundersøgelse blandt familieambulatorier, kommunale rusmiddelcentre og behandlingstilbud. Lovændringen er kendt, men anvendes generelt ikke af de adspurgte. Årsagen hertil angives primært at være, at der ikke indtil videre har været gravide kvinder som potentielt falder inden for målgruppen.

Få kommuner har konkret erfaring med brug af lovgivningen, herunder lovændringen. To kommuner har benyttet sig af den nye lovændring efter 1. januar 2017, og en tredje kommune har brugt muligheden for at indgå kontrakt med mulighed for tilbageholdelse af en gravid med stofproblemer, dog før lovændringen i 2017.

Den ene kommune, som har erfaring med lovændringen, mener dog, at lovændringen ikke fungerer i praksis, såfremt den gravide kvinde viser sig ikke at være indstillet på døgnbehandling. Det skyldes ifølge informanten, at den gravide kvinde har mulighed for at trække sit samtykke tilbage eller på anden vis undvige, og man har derfor ikke reelt mulighed for at tilbageholde kvinden, hvis det bliver nødvendigt.¹⁴

¹² Bekendtgørelse om magtanvendelse og indberetning ved tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling.

¹³ Bekendtgørelse om magtanvendelse og indberetning ved tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.

¹⁴ Jf. Børne- og Socialministeriets vejledning nr. 10327 af 14/12 2017 har borgeren dog ikke mulighed for at opsig kontrakten "i de perioder, borgeren aktuelt er tilbageholdt eller er i en situation, hvor betingelserne for tilbagehol-

4.2 Begrundelser for ikke at anvende mulighederne i lovændringen

Overordnet set viser undersøgelsen (både den kvalitative og kvantitative), at der er fire forklaringer på, hvorfor lovændringen ikke bliver anvendt hyppigere i praksis, end tilfældet er:

- > Manglende *behov* for et ophold på et døgnbehandlingstilbud. Størstedelen af informanterne fortæller, at de ikke har anvendt mulighederne i lovændringen, fordi de siden ændringen ikke har haft været nogle gravide kvinder, der har haft behov for et ophold på et døgnbehandlingstilbud. De fleste fagprofessionelle i kommunerne og rusmiddelcentre oplever, at de gravide selv ofte bliver motiveret til at stoppe deres misbrug, når graviditeten opdages. Og alene af den grund bliver et ophold på et døgnbehandlingstilbud slet ikke relevant. Et rusmiddelcenter forklarer det så-dan:

Jeg er ikke stødt ind i en konkret sag, hvor det ville give mening. (...) Der er ikke nogen oplagte sager. Jeg har også en fornemmelse af, at kvinderne også gerne vil i behandling, og derfor bliver lovgivningen ikke relevant. (Rusmiddelcenter, interview)

- > Faglig uenighed om, hvorvidt anvendelse af tvang gavner målgruppen. De fagprofessionelle i flere kommuner og rusmiddelcentre er ikke enige i, at metoden med at tilbyde gravide med alkohol- og/eller stofproblemer en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse er den rigtige metode. De mener ikke, at tilbageholdelse vil fungere i praksis, og at brugen af tvang på længere sigt ikke er nyttig i forhold til målgruppens udfordringer. De mener bl.a.:

Lovgivningen giver ingen mening. Det giver ikke mening at bure kvinderne inde. Man kommer til kort med tvang. Volumet er så lille. Det er skævt, og det rammer ikke. Vi vil gerne holde dem i kommunen. (Kommune, interview)

Jeg tror, at der er en hel del modstand mod tvang i systemet. Tvangstanken den er ikke så god. Derfor tror jeg ikke, at den [lovgivningen] bliver anvendt. (Rusmiddelcenter, interview)

- > Vanskeligt at anvende lovgivningen i praksis. Flere informanter peger på problemer med at anvende lovgivningen i praksis. Først og fremmest er det en udfordring at få gravide med alkohol- og/eller stofproblemer til at takke ja til at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Herunder påpeger en informant, at der mangler et format for det samtykke, der skal gives. Endvidere giver flere fagprofessionelle udtryk for, at samtykket har begrænset værdi, da det ville kunne trækkes tilbage, hvis den gravide ikke længere ønsker at indgå i behandling, såfremt kvinden ikke opfylder betingelserne for tilbageholdelse. Kortlægningen viser, at der er behov for at tydeliggøre mulighederne i lovgivningen. Flere fagprofessionelle er af den opfattelse, at den gravide kvinde kan trække sig ud af kontrakten, hvis hun ikke længere ønsker at være i døgnbehandling. Kortlægningen har således afdækket oplagte misforståelser i feltet og manglende kendskab til, at det faktisk i en sådan situation er muligt at fortsætte tilbageholdelsen, såfremt den gravide vurderes at være til fare for fosteret.
- > Mangel på et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud. Der findes ikke i dag et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud til gravide med alkohol- og/eller stofproblemer. Dette udgør en

delse efter lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling § 5 i øvrigt aktuelt er til stede." Ikke desto mindre giver flere informanter udtryk for, at opsigelse af kontrakten er afhængig af indstillingen hos den gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.

barriere for at tilbyde gravide med alkohol- og/eller stofproblemer en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse. Flere informanter beretter, at det kan være svært at finde et eksisterende behandlingstilbud til den gravide. Både fordi de eksisterende døgnbehandlingstilbud ikke opfylder kravene til et specialiseret, skærmet tilbud, og fordi kvinderne på mange eksisterende døgnbehandlingstilbud ikke må have et aktivt misbrug, når de indskrives.

5 Kompetenceafdækning

I dette kapitel præsenteres først, hvilke fagligheder og tilbud et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud ideelt set bør indeholde set med de fagprofessionelles øjne. Derefter præsenterer vi de fagprofessionelles syn på barriererne for at anvende lovgivningen i praksis samt for etableringen af et skærmet døgnbehandlingstilbud. Endvidere sættes der i kapitlet fokus på det nuværende arbejde med gravide rusmiddelbrugere.

Afdækningen er baseret på kvalitative interview med familieambulatorier, kommuner, rusmiddelcentre, behandlingssteder og -tilbud.

5.1 Ønsker til et specialiseret skærmet døgnbehandlingstilbud

Som beskrevet i kapitel 2 var der oprindeligt afsat satspuljemidler til metode- og kompetenceudviklingsforløb for 1-2 døgnbehandlingstilbud målrettet gravide kvinder med et misbrug. I nærværende afsnit præsenteres, hvilke ønsker der er til etablering af et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud, hvis det skal blive en realitet.

Kortlægningen viser, at familieambulatorier, kommuner, rusmiddelcentre, behandlingssteder og -tilbud mener, der bør tages højde for følgende elementer ved etablering af et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud:

1 Mulighed for at blive indlagt med et aktivt misbrug

Kortlægningen viser, at det bør være muligt at indlægge kvinderne, selvom de er i et aktivt misbrug. På nuværende tidspunkt er det flere steder bortvisningsgrund, såfremt borgeren har et forbrug på et døgnbehandlingstilbud. Behandlingstilbuddet bør således have kompetencer til at aftrappe kvinder og samtidig kunne tage vare på dem under deres graviditet.

2 Mulighed for at skærme den gravide kvinde fra andre

Behandlingstilbuddet bør have mulighed for at skærme den gravide kvinde fra andre. Dette er vigtigt, idet de er dobbelt sårbare, i og med de både er sårbare gravide og har en misbrugsproblematik. Eftersom disse kvinder er i en følsom livsposition – både grundet deres graviditet og deres misbrug – er det vigtigt, at de ikke behøver at skulle forholde sig til stimuli fra øvrige misbrugere og disses familier, som kan påvirke deres behandling.

3 Kompetencer til at tilbageholde den gravide kvinde

Kortlægningen viser entydigt, at for at behandlingstilbuddene kan anvende tilbageholdelse, bør de – ifølge de fagprofessionelle – oprustes med kompetencer til tilbageholdelse af målgruppen. På nuværende tidspunkt oplever informanterne, at de ikke har de rette kompetencer til at tilbageholde en gravide med alkohol- og/eller stofproblemer. Desuden vurderer informanterne, at behandlingstilbuddene ikke har de rette fysiske rammer for tilbageholdelse.

4 Alle relevante specialister/specialer/faggrupper på ét sted

For at alle den gravides problematikker kan blive varetaget på ét døgnbehandlingstilbud, er det en fordel, at alle fagspecialister inden for både graviditet, børn, rusmiddelområdet og familiebehandling ideelt set er tilgængelige på behandlingstilbuddet enten som fastansat personale eller via samarbejdsaftaler med eksterne, f.eks. familieambulatorier, psykiater eller andre faggrupper.

5 Fokus på den enkelte kvindes livssituation

For at sikre et holdbart forløb på både kort og lang sigt for kvinden og hendes barn, er det vigtigt, at personalet på behandlingstilbuddet kan tage udgangspunkt i den enkelte kvindes livssituation og hendes muligheder fremadrettet.

6 Fagligt fokus på både at være misbruger og på forældreparathed

Kortlægningen viser, at det er vigtigt, at der i behandlingstilbuddet er lige meget fokus den på gravidens misbrugsproblematik, som at gøre kvinden og evt. hendes partner parate til at blive forældre.

7 Mulighed for at have partner/familie med eller tilbud kun for gravide kvinder

Kortlægningen viser, at de fagprofessionelle vurderer, at der er behov for et sted, hvor de gravide kan have deres partner/børn med. Argumentet herfor er, at misbrugsproblemet ofte også er et problem for kvindens partner. Erfaringen viser også, at hvis kvinden har andre børn, som ikke kan indskrives sammen med moderen, kan dette alene være en grund til, at kvinden ikke vil lade sig indskrive i et døgnbehandlingstilbud.

Modsat viser kortlægningen også, at de fagprofessionelle vurderer, at der i nogle tilfælde er behov for et behandlingstilbud, som alene henvender sig til gravide/kvinder med nyfødte. Argumentet herfor er, at kvinden i visse tilfælde netop har brug for at blive taget væk fra sin hverdag og netværk, fordi det er skadeligt for hende.

For at sikre den bedst mulige behandling af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer bør det derfor være muligt at tage udgangspunkt i den enkelte gravidens behov, så nogle får tilbud med mulighed for at have en partner/familie med, mens andre får tilbud, som kun er målrettet gravide og kvinder med nyfødte.

8 Tæt samarbejde med de kommunale myndigheder

For at sikre kvindens situation på lidt længere sigt er det et krav, at det specialiserede, skærmede behandlingstilbud har et tæt samarbejde med de relevante kommunale myndigheder, bl.a. familieafdelingen og en socialrådgiver. Det tætte samarbejde skal sikre, at kvinden også har et trygt sted og hverdag for et barn at vende tilbage til, når hun udskrives fra behandlingstilbuddet.

5.1.1 Overblik over de nuværende tilbud

I Tabel 1 herunder sammenholder vi de behov, som de fagprofessionelle udtrykker, der er brug for i behandlingen af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer, med de to typer af eksisterende døgnbehandlingstilbud.

Tabel 1 Overblik over de to typer eksisterende døgnbehandlingstilbud og deres respektive dækning af målgruppens forskellige behov og/eller de krav man kan stille til et døgnbehandlingssted, jf. satspuljeaftalen

	Behandlingstilbud med fokus på familiebehandling	Behandlingstilbud med fokus på rusmiddelbehandling
Muligt at blive indlagt med et aktivt misbrug (som er under afvikling)	-	✓
Mulighed for at skærme den gravide kvinde fra andre	(✓)	-
Kompetencer til at tilbageholde den gravide kvinde	-	-
Alle relevante specialister/specialer/faggrupper på ét sted	-	-
Fokus på den enkelte kvindes livssituation	✓	(✓)
Fagligt fokus på både misbrug og forældreparathed	-	-
Mulighed for at have partner/familie med eller tilbud kun for gravide kvinder	✓	-
Tæt samarbejde med de kommunale myndigheder	✓	✓

5.2 Begrænset anvendelse af eksisterende døgnbehandlingstilbud og årsager hertil

På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud til gravide med alkohol- og/eller stofproblemer. Dog er der flere eksisterende døgnbehandlingstilbud, hvor gravide med alkohol- og/eller stofproblemer potentielt kan behandles. I dette afsnit stilles der skarpt på de barrierer, der ifølge de fagprofessionelle gør det vanskeligt at anvende de eksisterende døgnbehandlingstilbud til gravide med alkohol- og/eller stofproblemer, som vurderes at have behov for et skærmet, specialiseret døgnbehandlingstilbud. Barriererne kan kategoriseres under følgende seks overskrifter:

- > Forskellige faglige tilgange til målgruppen
- > Eksisterende behandlingstilbud – men ikke til kvinder med aktivt forbrug
- > Eksisterende døgnbehandlingstilbud har fokus på enten misbrugsproblematik eller graviditet – ikke begge dele
- > Geografiske hensyn
- > Økonomiske barrierer
- > Kvindernes manglende ønske om at tage imod døgntilbud.

5.2.1 Forskellige faglige tilgange til målgruppen

Kortlægningen viser, at kommunerne arbejder med forskellige tilgange til målgruppen. Tilgangen kan variere fra kommune til kommune, men også fra fagperson til fagperson, ligesom den kan være afhængig af kvinden, der skal modtage et tilbud, og hvorvidt det er alkohol- eller stofmisbrugsproblematikken der fylder mest. Der er således ikke en ensartet faglig tilgang til gravide med alkohol- og/eller stofproblemer på tværs af landets kommuner.

En faglig tilgang går på, at gravide med alkohol- og/eller stofproblemer er bedst rustede i deres lokalmiljø, og at det derfor er bedst at behandle dem så tæt på hjemmet og det sociale netværk som muligt. En anden tilgang er, at det er nødvendigt, at kvinden fjernes fra lokalmiljøet, fordi der skal skabes en ændring i deres livssituation – og fordi det sociale netværk kan fastholde kvinden i uhensigtsmæssig adfærd. En tredje faglig tilgang fokuserer på, at det er vigtigt at sætte ind med familiebehandling og at styrke mor og barnefaders forældrekompetencer, mens en fjerde faglig tilgang vil vægte rusmiddelbehandlingen højst: Misbruget skal afvikles, før der kan sættes ind med andre typer indsatser.

Kortlægningen har ikke kunnet kaste lys over, om der eventuelt er et mønster i, hvilke typer kvinder der tilbydes behandling efter henholdsvis den ene, anden, tredje eller fjerde tilgang, for eksempel om kvinder med massivt misbrug tilbydes rusmiddelbehandling, før familiebehandlingen efterfølgende kobles på, når rusmiddelforbruget er kommet under kontrol. Eller omvendt, om kvinder med et mere kontrollerbart rusmiddelproblem tilbydes familiebehandling, før rusmiddelbehandlingen efterfølgende kobles på. Kommunerne forklarer:

Generelt med døgninstitutioner, så er det jo et beskyttet miljø. Der er en generel problematik omkring det: Får man et reelt billede af sundhed og barnet? Nej, det er ikke reelt billede af, hvad sådan en mor kan. Når man er omgivet af pædagoger og andre fagprofessionelle, så er det svært at vurdere, hvad de kan, når de kommer ud. Vi tror ikke på døgninstitutioner. Vi arbejder på anden vis. (Kommune, interview)

Hvis en gravid formår at trappe ud af det [misbruget] og får andre ting på plads – beskæftigelse, bostøtte mm. – det er det bedste. (...) Det er ikke altid så godt at komme væk, hvis det er svært at komme hjem igen. (Kommune, interview)

Vi sætter hellere massivt ind i hjemmet, da der kan være i tvivl om, hvor stor effekt døgnbehandling har. (Kommune, interview)

Selvom det alene er i begrænset omfang, at kommunerne benytter sig af døgnbehandlingstilbud, er der flere, der giver udtryk for, at de synes, der er behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud til gravide med alkohol- og/eller stofproblemer ¹⁵ Et døgnbehandlingstilbud kommenterer også på tendensen til ikke at gøre brug af døgnanbringelser og pointerer, at tilgangen er forfejlet og går ud over børn og familier.

5.2.2 Eksisterende behandlingstilbud – men ikke til kvinder med aktivt forbrug

Kortlægningen viser, at der i dag er en række eksisterende døgnbehandlingstilbud, som ikke tager imod gravide med alkohol- og/eller stofproblemer – og dette udgør ifølge de fagprofessionelle en barriere. Det er der flere årsager til. Dels skyldes det, at kvinderne ikke må have et aktivt forbrug, når de indskrives, og på flere behandlingstilbud er det sågar bortvisningsgrund, dels er der flere behandlingstilbud, som vurderer, at de ikke har kompetencerne til at varetage målgruppen eller håndhæve lovgivningen i forhold til tilbageholdelse.

¹⁵ Se afsnit 5.4.3 for en uddybelse af dette behov.

Problemet opstår bl.a., når kommunerne ikke kan indskrive kvinder med et aktivt forbrug, idet kun få behandlingstilbud vil tage imod dem:

Jeg ved godt, hvem vi skal kontakte, men hvis vi stod med en aktivt misbrugende [gravid] kvinde, og hvis det var massivt misbrug, så ville jeg være i tvivl om, hvorvidt nogen ville tage hende. (Kommune, interview)

Ligeledes er det en barriere for anvendelsen af eksisterende behandlingstilbud, at flere af dem ikke har kompetencerne til at varetage målgruppen. Et familieambulatorie forklarer det sådan:

Døgninstitutioner kan i dag ikke rumme deres [kvindernes] problematikker. De kan ikke indgå i behandling på samme vis som andre, de kan ikke få fuldt udbytte (...). Der skal være nogle, der har forstand på rusmiddelbehandling ift. gravide, og nogle der har forstand på gravide både jordemoder, familiebehandlere og læger. Også nogle psykologer og nogle, som er gode til at skabe relationer. Der skal også være nogle, som har forstand på tilknytning og deres sundhed, særligt i forhold til røg, mad og soverytme. Der skal altså både være sundhedsfaglige- og sociale kompetencer. (Familieambulatorie, interview).

Kommunerne oplever endvidere, at der er få døgnbehandlingstilbud, som har kompetencerne og rammerne for at tilbageholde målgruppen og dermed anvende lovgivningen vedrørende tilbageholdelse i praksis. Ligeledes stiller også døgnbehandlingstilbuddene spørgsmålstejn ved, om de har kompetencerne for at tilbageholde gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.

Et behandlingstilbud forklarer sig således:

Vores institution er ikke gearet til det. Vi kan ikke bruge lovgivningen. Vi kan ikke leve op til de krav. Jeg ved faktisk ikke, hvem der kan. (Behandlingstilbud, interview).

Endelig viser kortlægningen, at hvis den gravide kvinde med et aktivt alkohol- og/eller stofproblem også har en psykisk diagnose, er der risiko for, at der ikke er noget eksisterende døgnbehandlingstilbud til hende. En informant forklarer det sådan:

Der er den udfordring i det, at kvinden kan risikere at ryge mellem to stole. Regionen vil ikke give behandling for psykisk sygdom, fordi der er et misbrug, og rusmiddelcentret vil ikke behandle for misbrug, fordi der er psykisk sygdom. Der har jeg oplevet, at nogle [døgnbehandlingstilbud] har afvist borgere. (Kommune, interview)

5.2.3 Eksisterende døgnbehandlingstilbud har fokus på enten misbrugsproblematik eller graviditet – ikke begge dele

Som pointeret tidligere er gravide med alkohol- og/eller stofproblemer dobbelt sårbare: Kvinden er gravid og har også et misbrugsproblem. Mange informanter giver udtryk for, at det er vigtigt, at døgnbehandlingstilbuddene understøtter begge 'sårbarheder':

Forældreevner og rusmiddelbehandling bør gå hånd i hånd. Der skal være særlige afdelinger, hvor man kan tage sig af både rusmiddelbehandling og af forældreevnerne. (Behandlingstilbud, interview)

Som det ser ud i dag, er der på eksisterende døgnbehandlingstilbud ofte alene fokus på enten graviditet eller misbrug – og dette udgør en barriere for anvendelsen af de eksisterende tilbud:

Hvis der var et sted, der kunne det hele, så ville jeg henvise til det, hvis det gav mening. For en ting er misbrug, men det er også vigtigt at gøre dem klar til morrollen. Der skal gøres en kæmpe indsats. (Rusmiddelcenter, interview)

Det [den almindelige misbrugsbehandling] skal kombineres med en forståelse for de mangler, som gravide i misbrug har – de mangler færdigheder om mad, økonomi, passe et hjem og have tilknytning til andre. Den terapeutiske bearbejdning og information om spædbørn og en kobling mellem, hvad de skal levere videre og fokus på dem som kommende forældre. (Familieambulatorie, interview)

5.2.4 Geografiske hensyn

En anden barriere i forbindelse med brugen af de eksisterende døgnbehandlingstilbud er disses geografiske placering.

Først og fremmest kan placeringen af tilbuddet have betydning for kvinden, hvis hun har et fungerende netværk og/eller familie, som hun bliver afskåret fra, hvis hun tager imod tilbuddet om døgnbehandling langt fra hjemmet. For det andet kan samarbejdet mellem behandlingstilbuddet og hjemkommune blive besværliggjort af, at samarbejdet skal foregå telefonisk, over mails, eller at kommunen skal bruge tid på at komme hen på behandlingstilbuddet for at holde møde. Den geografiske afstand kan således i nogle tilfælde udgøre en barriere for anvendelsen af de eksisterende døgnbehandlingstilbud.

Det er dog ikke i alle tilfælde, at tilbuddets geografiske placering udgør en barriere, jf. følgende citat:

Geografien kan have betydning. Men hvis det er indenfor døgninstitutioner, så mener jeg, at det er lige meget. Det er ikke et argument, vi hører, så er det fordi, de ikke ønsker at komme på en døgninstitution – det er min vurdering. (Rusmiddelcenter, interview).

5.2.5 Økonomiske barrierer

En anden barriere for brugen af eksisterende døgnbehandlingstilbud er finansieringen. I kortlægningen fortæller nogle kommuner, at det er dyrt at sende gravide med alkohol- og/eller stofproblemer på disse døgnbehandlingstilbud.

Nogle af de adspurgte familieambulatorier og døgnbehandlingstilbud mener dog, at en af grundene til, at de eksisterende behandlingstilbud anvendes i begrænset omfang, er de høje omkostninger forbundet med en indlæggelse på et døgnbehandlingstilbud for kommunerne. Et døgnbehandlingstilbud forklarer endvidere, at kommunerne ofte også er meget påpasselige med, hvor lang tid borgerne skal være i døgnbehandling:

De kommuner, der bruger os, har vi godt samarbejde med. Men vi kan godt mærke, at der ikke er så mange penge i kommunerne. Det er stramt, når vi har en familie, vi gerne vil hjælpe. Så siger de [kommunen]: Vi har tre måneder, så har vi den tid til at lave det hele. Når de siger 3 mdr., så er det 3 mdr., og det kan ikke bare ændres. Der var det tidligere noget længere. (Behandlingstilbud, interview)

Kortlægningen indikerer, at der generelt er udfordringer forbundet med prioritering af midlerne på området, både på kommunalt eller regionalt plan. Et behandlingstilbud forklarer:

Kommunerne prøver at lave analoge tilbud for at spare penge. (...) Før i tiden fungerede familieambulatorierne rigtig godt. Dengang hørte vi meget tidligere om de gravide kvinder og forberedte, at der skulle ske adskillelse mellem barn og moder, og børn lå til nedtrapning. Dem ser vi ikke mere. Det er ikke fordi, problemet er forsvundet, men fordi tilbuddene og mulighederne i familieambulatorierne til gravide kvinder er forsvundet. (Behandlingstilbud, interview)

Endelig viser kortlægningen endnu et aspekt af de økonomiske barrierer: Børneopfølgingsprogrammet på to ud af fem familieambulatorier er blevet lukket ned, og på yderligere to er det blevet reduceret - pga. sparekrav.¹⁶ De adspurgte kommuner og rusmiddelcentre forklarer, at de oplever, at familieambulatorierne har en specialviden om kvinderne og børnene, som man ikke kan forvente, at den praktiserende læge eller psykiater har. Muligheden for at følge op på barnet og moderen - også efter et eventuelt ophold på et døgnbehandlingstilbud - er dermed væsentligt reduceret.

5.2.6 Kvindernes manglende ønske om at tage imod døgntilbud

En af de største barrierer for anvendelsen af eksisterende døgnbehandlingstilbud er ifølge informanterne at få de gravide kvinder til at takke ja til tilbuddet:

I forhold til misbrugsbehandling har jeg ikke haft nogen indskrevet, og det er fordi, kvinderne ikke har villet deltage. Jeg har prøvet og prøvet og prøvet - og vi er villige til at betale. (...) Vi vil gerne lave samarbejde med døgninstitutioner, hvis ambulans behandling ikke er nok, men kvinderne tager ikke imod tilbuddet. (Kommune, interview)

Kortlægningen viser, at kvinderne som oftest selv ønsker at stoppe deres alkohol- og/eller stofmisbrug ved opdaget graviditet, og derfor er det ikke relevant og/eller nødvendigt for dem at takke ja til tilbuddet. Dog viser kortlægningen også, at der i enkelte tilfælde kan være tale om kvinder, som kunne have haft gavn af at have indgået en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, men også at disse ikke har ønsket det. Det kunne f.eks. være, i de tilfælde, hvor man allerede i graviditeten har vurderet, at barnet skulle tvangsfjernes ved fødslen, eller hvis kvinden er langt ude i sit misbrug. I den forbindelse mener de, at det kunne have været relevant at anvende regulær tvang, som man har mulighed for i Norge¹⁷.

5.3 Barrierer for at etablere et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud

Helt overordnet set, er det vurderingen blandt fagfolkene, at målgruppen med behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud er meget lille, jf. også den vurdering, som familieambulatorierne har foretaget, og som er refereret i Kapitel 3 ovenfor.

De kommuner, der er blevet interviewet i forbindelse med kortlægningen, vurderer, at de har én eller mindre end én gravid med alkohol- og/eller stofproblemer årligt, som kunne have behov for at få et

¹⁶ På det sidste familieambulatorie er børnedelen uændret.

¹⁷ I Norge har det siden 1. januar 1996 været muligt at tilbageholde gravide kvinder, der har et misbrug af rusmidler, i behandling mod deres vilje. Det kræver dog, at det er overvejende sandsynligt, at barnet vil blive født med skade, og at andre frivillige hjælpeforanstaltninger ikke er tilstrækkelige. Tilbageholdelse kan også ske med den gravide kvindes samtykke.

specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud. Hos et par af landets større kommuner vurderes gruppen at udgøre omkring fem kvinder på årsbasis. En kommune forklarer:

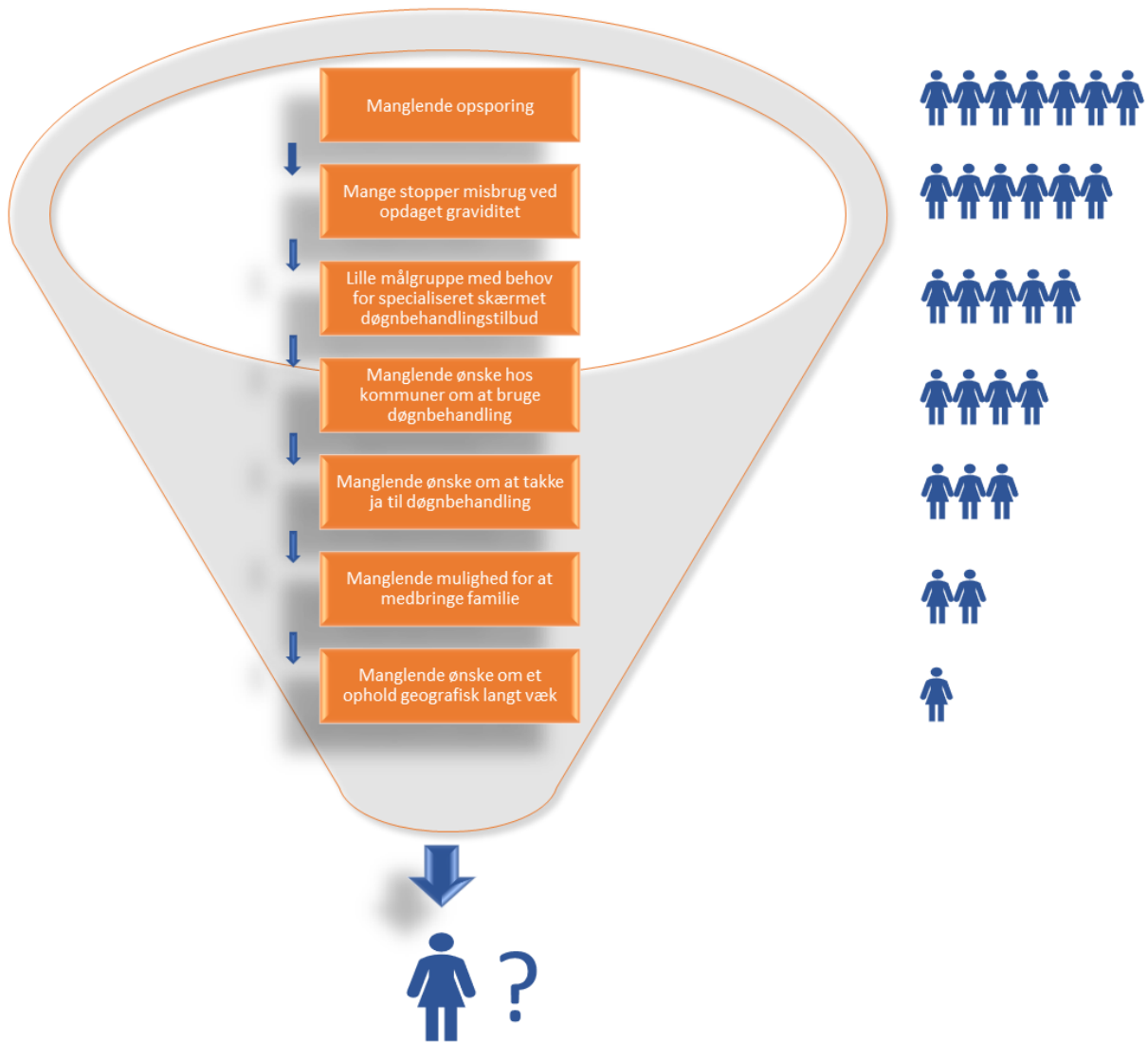
Blandt de, som har et aktivt forbrug, der er gruppen meget lille. Det er meget få, som ikke er i stand til at holde op. Langt de fleste får en motivation til ikke at skade barnet og skærer derfor ned på deres forbrug ved opdaget graviditet. (Kommune, interview)

I Figur 2 har vi illustreret, hvordan de forskellige faktorer spiller sammen med det resultat, at der sammenlagt er meget få kvinder, som af de fagprofessionelle vurderes at udgøre grundlaget for at drive et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud.

Figuren viser, at

- > der for det første er et problem med manglende opsporing, hvilket er almindeligt anerkendt. KL og de fagprofessionelle taler også om et mørketal på området. Af de, der bliver opsporet, er der mange, der af sig selv stopper deres misbrug ved opdaget graviditet.
- > ikke nødvendigvis alle, der fortsætter misbruget ved opdaget graviditet, vil tilhøre målgruppen med behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud.
- > men nogle vil. Af disse vil ikke alle få tilbud om døgnbehandling, bl.a. fordi nogle kommuner af faglige og andre årsager ikke tilbyder dette.
- > blandt de kvinder, der får tilbuddet, vil ikke alle takke ja. Nogle vil takke nej, fordi de ikke kan medbringe deres øvrige børn på døgnbehandlingstilbuddet – andre, fordi tilbuddet geografisk ligger langt væk fra deres hjemkommune.

Figur 2 Vurdering af målgruppegrundlaget for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud



Kilde: Figur udarbejdet af COWI

Selvom målgruppen således er begrænset, er det fortsat den fremherskende vurdering blandt de fagprofessionelle, at der bør etableres et eller to døgnbehandlingstilbud, som kan tilbyde en specialiseret, tværfaglig indsats af høj kvalitet med netop det indhold, som målgruppen har brug for. Netop fordi målgruppen er så lille, er det nødvendigt at samle ekspertisen ét sted for at opnå de bedste resultater. Denne holdning går igen på tværs blandt de adspurgte kommuner, rusmiddelcentre, behandlingstilbud og familieambulatorier.

5.4 Det nuværende arbejde på området

Som det fremgår af de ovenstående afsnit, er der en række krav til et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud, som ikke er opfyldt på nuværende tidspunkt. Endvidere er der en række barrierer for brugen af døgnbehandling og dermed også for etableringen af et skærmet, specialiseret døgnbehandlingstilbud. I dette afsnit præsenterer vi, hvordan de fagprofessionelle på nuværende tidspunkt arbejder med målgruppen inden for de eksisterende rammer.

5.4.1 De fagprofessionelles kompetencer

Kortlægningen viser, at personalet i mange kommuner og rusmiddelcentre føler sig rustet til arbejde med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer. Det skyldes i høj grad deres samarbejde med andre aktører, herunder særligt familieambulatoriet i regionen. Ingen af aktørerne kan alene håndtere målgruppen, men i et tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde vurderer informanterne, at de har de nødvendige kompetencer til at arbejde med og hjælpe målgruppen. Informanterne giver udtryk for, at de ved, hvem de skal kontakte, såfremt de har brug for hjælp, sparring eller yderligere kompetencer. De forklarer:

Vi har de rette kompetencer [til arbejdet med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer]. Det sker selvfølgelig i samarbejde med familieambulatoriet. (...) Jeg synes også, at vores kommunale misbrugsbehandling er god til at stå til rådighed. Så jeg føler, vi er ret godt klædt på. (Kommune, interview)

Jeg oplever, at når vi har den kommunale familiebehandler på, der har specifik viden om gravide/spædbørn, og har den brede viden i forhold til det at være familie mm. og så en misbrugsbehandler på også, så er der dækket ind i forhold til helheden. (Kommune, interview)

Vi har dem [de rette kompetencer til arbejdet med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer] ikke alene. Hvis der kommer en gravid, så vil vi have et nært samarbejde (...) med de andre kommunale og regionale aktører. Vi kan ikke behandle målgruppen alene. (Rusmiddelcenter, interview)

Nogle informanter giver dog udtryk for, at de alene har kompetencerne til at arbejde med målgruppen, så længe de gravide med alkohol- og/eller stofproblemer ikke er i et aktivt forbrug.

Familieambulatorierne fortæller, at deres tværfaglige personalegruppe går på tværs af social- og sundhedsområder og har specialiseret viden om og erfaring med at håndtere gravide med alkohol- og/eller stofproblemer. Familieambulatorierne føler sig derfor på mange måder rustede til at arbejde med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer og mener, de har de rette kompetencer til dette arbejde. Et familieambulatorie nævner dog, at de godt kunne tænke sig at have rusmiddelbehandlere, psykiatere eller smertelæger på konsulentbasis, og at de ville ønske, de havde mulighed for at behandle mere og ikke bare opfordre til behandling. Et andet familieambulatorie efterspørger flere lægekompetencer, mens et tredje og fjerde efterspørger flere psykologer.

Nogle behandlingstilbud fortæller, at de føler sig rustede til at arbejde med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer, men alle fortæller, at det er begrænset, hvor mange personer fra målgruppen de reelt har. Dette begrænser naturligt deres erfaringer med målgruppen. Desuden pointerer flere behandlingstilbud, at så længe kvinden har et aktivt misbrug, så kan de ikke have dem indskrevet i behandling.¹⁸ Familieambulatorierne vurderer desuden, at mange døgnbehandlingstilbud ikke besidder de rette kompetencer og erfaring til at arbejde med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.

De fagprofessionelle i kommunerne besidder en række generelle kompetencer, som kan bruges i arbejdet med målgruppen, og mange har også viden om misbrug, rusmidler, graviditet, familiebehandling osv., som er relevant for arbejdet. Ikke desto mindre fortæller flere, at de godt kunne ønske sig mere erfaring på området for at kunne hjælpe gravide med alkohol- og/eller stofproblemer bedst muligt.

¹⁸ På mange døgnbehandlingstilbud er det blandt andet et krav, at man ikke må være i aktivt misbrug, ligesom misbrug er en bortvisningsgrund.

Et rusmiddelcenter forklarer:

Vi mangler nok noget af det mere sundhedsfaglige. Vi arbejder tæt sammen med familieambulatoriet. Men kunne nok godt bruge noget mere viden om graviditet – og kunne nok også bruge lidt mere på familiebehandlingsområdet. (Rusmiddelcenter, interview)

5.4.2 Samarbejde om målgruppen

Som beskrevet i ovenstående afsnit 5.4.1, giver flere udtryk for, at arbejdet omkring målgruppen kræver samarbejde, da ikke alle de rette kompetencer er at finde på ét sted.

Flere steder er der i dag et veletableret samarbejde om målgruppen på tværs af aktørerne. Nogle kommuner har udarbejdet samarbejdsaftaler med de regionale familieambulatorier, og mange aktører oplever også, at det overordnet set fungerer fint, og at de kan håndtere de gravide med alkohol- og/eller stofproblemer. Særligt kommunerne og rusmiddelcentrene fremhæver, at de ved, hvor de kan hente kompetencerne internt, eller hvorfra de skal hente kompetencerne eller sende de gravide med alkohol- og/eller stofproblemer hen.

Mange kommuner og rusmiddelcentre fortæller endvidere, at deres samarbejde med de regionale familieambulatorier er godt, og at der er tæt kontakt i de konkrete sager. De forklarer:

Vi har et meget tæt samarbejde. Et let og ukompliceret samarbejde, som primært bygger på uforpligtende, faglige drøftelser, faglig sparring, at tage telefonen og ringe ind og spørge [...] De [familieambulatoriet] er nemme at komme i kontakt med, og de har solid faglig viden, som de gerne deler ud af. (Kommune, interview)

Vi har et rigtig tæt samarbejde [med familieambulatoriet], de [familieambulatoriet] er rigtig gode til at underrette os med det samme, når de får kendskab til en problematik. Det er også typisk derfra, vi får viden om diverse gravidsager. Vi har også ofte møder med dem om den gravide, de er gode til at koble os på [...] (Kommune, interview)

Kortlægningen viser dog også, at der er steder, hvor samarbejdet ikke er ligeså velfungerende og derfor med fordel kunne blive forbedret. Eksempelvis vil nogle af kommunerne gerne i højere grad inddrages og få indblik i de konkrete sager i familieambulatorierne. Ligesom der er et ønske om, at det er mere klart, hvem der har hvilke roller i de konkrete forløb. En kommune nævner, at der tidligere ikke har været det store samarbejde med familieambulatoriet, som der ellers burde have været. Derfor har kommunen og familieambulatoriet diskuteret samarbejdet med henblik på at have en tættere kontakt fremadrettet. Dette er der også andre kommuner, der har valgt at gøre. På den måde har de forventningsafstemt med hinanden, så ønsker og roller fremstår klarere:

Vi har en samarbejdsaftale, som er lavet for mange år siden, og et forum, der har eksisteret i mange år. Det fungerer fint, men vi arbejder også hele tiden med at få det til at fungere bedre. Vi har jo mange forskellige fagområder og niveauer, og det kan derfor let komme til kun at være orientering mellem os. Vi vil også gerne kunne bruge hinanden i forhold til opsporing (...) og det tætte samarbejde omkring gravide kunne godt blive bedre. (Kommune, interview)

Familieambulatorierne fortæller, at der er stor forskel på deres samarbejde med kommunerne. Nogle kommuner bruger familieambulatorierne meget og spørger dem tit til råds og lytter, mens andre ikke gør det.

Da der næsten ikke er nogle gravide, der bliver sendt i døgnbehandling, er det også begrænset, hvor meget samarbejde der er om målgruppen mellem kommuner/rusmiddelcentre/familieambulatorier og døgnbehandlingstilbud. Det samarbejde, der er, beskrives som "fint". Flere behandlingstilbud påpeger dog, at de gerne ville inddrages tidligere i processen. De forklarer:

Generelt oplever jeg, at når først familierne er i vores hus, så har vi et givtigt samarbejde. Det betyder dog ikke, at vi altid er enige, men generelt er kommunerne lydhøre over for vores anbefalinger, og vi oplever også, at de følger de anbefalinger, vi kommer med. (Behandlingstilbud, interview)

Vi ville meget gerne klædes på tidligere, så vi kunne lave en tidlig indsats, så snart man kender til, at en kvindelig misbruger er gravid, så kan hun komme ind (hvis hun er misbrugsfri), og vi kunne støtte op, inden hun skulle føde. Men sådan er det ikke i virkeligheden - lige pludselig kommer hun bare. (Behandlingstilbud, interview)

5.4.3 Eksisterende tilbud

I dag eksisterer der forskellige dagtilbud i regi af kommuner og rusmiddelcentre på tværs af landet. På disse tilbud kan gravide med alkohol- og/eller stofproblemer blive behandlet, selvom behandlingen ikke nødvendigvis kun er målrettet gravide. Informanterne oplever, at dagtilbuddene fungerer godt i praksis, og de kender til målgruppen og deres problematikker:

De ambulante kommunale tilbud er bedre rustede [til arbejdet med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer] end mange døgnbehandlingssteder. (Rusmiddelcenter, interview)

Ovenstående informanter forklarer, at det er vigtigt for de gravide at være i de vante omgivelser og forberede sig på moderskabet der, da det også er der, de vil skulle være, når barnet er født. Dog kan informanterne også se visse udfordringer ved alene at håndtere målgruppen ambulant, idet de ikke hele tiden kan holde øje med dem.

I det følgende gives eksempler på eksisterende tilbud, som kortlægningen viser fungerer godt.

FAMKO er en tværsektoriel indsats til sårbare gravide i Odense Kommune, der startede i 2017. Målgruppen for indsatsen er blandt andet gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.¹⁹ Projektet er et samarbejde mellem Familieambulatoriet i Region Syddanmark, Gynækologisk Obstetriske afdeling på Odense Universitetshospital, Odense Kommune og en række frivillige organisationer. Projektets formål er at mindske ulighed i sundhed gennem et tværfagligt skræddersyet forløb til gravide, der er udfordrede af flere komplicerede problemstillinger f.eks. rygning og stofmisbrug. Under projektet er der etableret et medarbejdernetværk, hvor der skabes kendskab medarbejderne imellem, både personligt og fagligt (arbejdsområder, muligheder/ansvarsområder), samt gennemføres fælles kompetenceudvikling. FAMKO har skræddersyede forløb til sårbare gravide og deres familier, som er opbygget således, at de får tildelt en FAMKO-person, som sikrer sammenhæng i et forløb, allerede fra første gang de ser en jordemoder under graviditeten til barnets første skoledag. Herunder er en tidlig indsats vigtig, da den rette omsorg under graviditeten kan forbedre barnets sundhedstilstand. FAMKO-personen støtter den gravide og kommende mor, hvor behovet er, og det giver mening for den enkelte. FAMKO-personen kan formidle viden om de gravide og familien til resten af systemet og til børnenes institutioner. Fagligheden af personen afhænger af, hvilken hjælp der er brug for. Man kan læse mere om tilbuddet her: <https://www.vive.dk/en/projects/famko-vest-evaluering-2548/>

¹⁹ Niveau 4 i Sundhedsstyrelsens svangre-omsorgs inddeling fra "Anbefalinger for svangreomsorgen". Sundhedsstyrelsen, 2013.

Familieværkstedet er en specialiseret indsats i Københavns Kommune, der arbejder med familiebehandling, som er orienteret mod borgere med alkohol- og/eller stofproblemer. Målgruppen for tilbuddet er småbørnsfamilier og gravide, som har haft problemer med alkohol, hash eller andre stoffer. Familieværkstedet har til formål at hjælpe hele familien/den gravide med at komme oven på efter en alkohol- og/eller stofproblematik og sikre, at børnene/det kommende barn ikke kommer i klemme. Tilbuddet rettet mod småbørnsfamilier er til familier, som har gjort noget ved misbruget/forbruget, men endnu ikke har arbejdet med familielivet. Familieværkstedet tilbyder et familieorienteret 14-ugers forløb med barnet i centrum for familier med børn i 0-5-årsalderen og gravide. Forløbet består af tre ugentlige komponenter. Disse udgør 1) en børneaftale, hvor børnene møder op til spædbarnssamtaler, børnesamtaler eller legeterapi, der udgør en legende tilgang til at forstå og bearbejde børns oplevelser og følelser, 2) en forældresamtale, hvor der snakkes om det, børnene fortæller, og hvor forældrene selv får rum til fortælle, om, hvordan de har det, 3) en gruppeaftale, som kan være en spisegruppe eller legegruppe. Grupperne giver familierne mulighed for at spejle sig i andre familier og dele erfaringer og oplevelser. Tilbuddet rettet mod gravide kvinder består af samtaler med fokus på at forberede de gravide samt eventuelle partner på forældreskabet. Hvis den gravide selv eller partneren har haft et misbrug, kan der være store bekymringer forbundet med at blive en familie, f.eks. om hvordan man skal have et liv uden stoffer/alkohol, og hvordan livet vil ændre sig, når barnet kommer.

Familieværkstedet samarbejder med Rusmiddelcentret på Enghavevej (Familieorienteret Rusmiddelbehandling Enghavevej, Københavns Kommune), der henviser familier til tilbuddet. Derudover modtager indsatsen henvisninger fra Københavns Kommune og Familieambulatoriet i Region Hovedstaden. Familier og gravide kan også opsøge tilbuddet anonymt. Indsatsen er finansieret ved satspuljemidler fra Socialstyrelsen. Man kan læse mere om tilbuddet her: <https://familievaerkstedet.kk.dk/>.

Familieværkstedet
FOKUS PÅ FAMILIELIVET for familier med børn i 0-5 års alderen



Af kortlægningen fremgår det, at de fagprofessionelle som oftest oplever, at de nuværende tilbud til gravide med alkohol- og/eller stofproblemer er tilstrækkelige. De nuværende tilbud kommer til kort for en lille del af målgruppen, hvor det vurderes, at behandlingen ikke alene kan klares ambulant, men hvor der er behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud:

Gruppen er ikke stor, men når det så er [der er en], så er behovet der. [...] når de kommer, så er der brug for et specialiseret tilbud. Dem, der er blevet afhængige, de har brug for noget mere end det at være derhjemme (Rusmiddelcenter, interview)

Vi har egentlig tit snakket om muligheden for at indlægge gravide kvinder, ligesom i Norge. Jeg tænker, at når jeg har læst noget fra Norge, så tænker, jeg at det giver god mening, både fokus på misbrug, men også fokus på at hjælpe hende med at blive mor bagefter. Jeg ville ønske, vi havde noget mere døgnbehandling. (Kommune, interview)

5.4.4 Skelen til Norge

I forbindelse med kortlægningen er der mange informanter, der har refereret til lovgivningen i Norge, hvor det er muligt at tvangstilbageholde gravide med alkohol- og/eller stofproblemer uden samtykke.²⁰ Selvom flere af informanterne påpeger, at tvang ikke er vejen frem, har mange svært ved at lægge tankegangen helt fra sig.

Nogle informanter går ind for muligheden for at bruge tvang, når der er tale om misbrugere, som ikke er sig selv, når de tager stoffer eller drikker alkohol. Flere informanter beskriver et misbrug som noget, der overskygger alt andet. Problemet opstår, når en misbruger 'falder i', for så er det misbruget, der tager magten over misbrugeren. Derfor mener flere, at der er tale om en særlig situation, hvor tvang i nogle tilfælde kan være en mulighed, man kan bringe i anvendelse.²¹ Især når der er tale om situationer, hvor misbrugeren er gravid:

Jeg vil sige, at der er nogle tilfælde, hvor det kan være absolut nødvendigt med tvang (...) Tit så er man slet ikke i forbindelse til sig selv, når man er stofmisbruger. Og her er der en, der ikke har sin egen stemme, som vi burde lytte til. I den periode [graviditeten] ville jeg sige, det var vigtigst at prioritere barnet. Jeg kunne godt tænke mig, at det var velargumenteret at bruge tvang for at passe på barnet, når vi ser på hvilke skader de her børn risikerer at få. (Rusmiddelcenter, interview)

Jeg synes, vi skulle læne os op mod vores naboland, hvor man kan tvangsindlægge mod vilje. Det synes jeg, vi burde skele til. At vi turde sige, at vi har et ansvar på baggrund af den store viden, vi har. Hvordan passer vi på, at det her barn ikke bliver endnu mere dårligt. Barnets bedste må vi lægge for øje og lade det veje frem for hensynet til moren. Moren kan godt skrive under på en tvangsindlæggelse, men hun kan også bryde den og gå sin vej. Det er som at pisse i bukserne. Jeg synes lovgivningen passer bedre på mor end på barnet. Det er en afvejning, og kan vi tilgodese begge, vil vi selvfølgelig helst det. (...) Når barnet først er ude, er det jo for sent, for der er skaden sket (...) Typisk vil barnet jo blive anbragt lige efter fødslen pga. fortsat misbrug, dårlige forældrekompetence osv. som kan føre til tvangsanbringelse. (Kommune, interview)

Tvangsindlæggelse er ikke en mulighed i den danske lovgivning. Såfremt en borger giver samtykke til tilbageholdelse, og betingelserne for tilbageholdelsen er opfyldt, er det dog muligt at tvangstilbageholde en borger. Lovændringen som følge af satspuljeinitiativet fra 2017 betød, at reglerne for tilbageholdelse er blevet skærpet og ensartet på tværs af social- og sundhedsområdet. Endvidere er der tilføjet særskilte bestemmelser for gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.

²⁰ Jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapitel. 10: Tvangstiltak overfor rusmiddelafhængige

²¹ Mange informanter giver udtryk for, at de med den nuværende lovgivning ikke kan bruge tvang, selvom det teoretisk er muligt, såfremt der er givet samtykke hertil. Dette skyldes blandt andet, at mange ikke har kompetencerne til at tilbageholde den gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.

6 Konklusion

I det følgende præsenteres kortlægningens konklusioner under tre overskrifter svarende til opgavens tre formål: At vurdere målgruppens omfang, at undersøge, om kommunerne dels kender til, dels bruger lovgivningen om at indgå kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer om behandling med mulighed for tilbageholdelse, og at kortlægge eksisterende kompetencer ved landets behandlingstilbud.

6.1 Vurdering af målgruppens omfang

Det fremgår af forslaget til lovændringen, at målgruppen med behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud vurderes at udgøre 10-15 kvinder årligt på landsplan for både alkohol- og stofmisbrug. Kortlægningen har undersøgt, hvorvidt dette estimat er realistisk.

Der findes ikke registerdata på området, og der er samtidig tale om et område, hvor man må antage, at der er et betydeligt mørketal. En undersøgelse gennemført af et af familieambulatorierne viser, at omkring en ud af 13 gravide – eller ca. 7.5% - havde stoffer i urinen i forbindelse med den almindelige svangerskabsundersøgelse, mens de kvinder, som følges i familieambulatorierne, udgør en langt mindre procentdel af samtlige gravide. Manglende opsporing udgør således en vigtig barriere i forhold til at give et retvisende billede af størrelsen på målgruppen.

Familieambulatorierne vurderer, at behovet på landsplan for et skærmet døgnbehandlingstilbud for gravide med alkohol- og/eller stofproblemer svinger mellem 19 og 51 kvinder pr. år. I dag visiteres meget få af disse til eksisterende døgnbehandlingstilbud. Familieambulatorierne anslår, at mellem tre og ti kvinder årligt bliver visiteret til eksisterende døgnbehandlingstilbud. Familieambulatorierne vurderer endvidere (blandt den samme målgruppe), at 21-31 nybagte mødre, som har været fulgt i familieambulatoriet i graviditetsperioden, årligt visiteres til døgnophold i for eksempel familieinstitutioner sammen med det nyfødte barn. Samtidig er det vurderingen blandt de fagprofessionelle, som er interviewet i forbindelse med kortlægningen, at målgruppen med behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud er meget lille. Mange kommuner har gennemsnitligt mindre end én borger pr. år, der falder indenfor målgruppen, mens store kommuner kan have op til fem borgere årligt.

Kortlægningens samlede konklusion vedrørende målgruppens omfang er, at estimatet i forslaget til lovgivningen er realistisk og muligvis en smule underestimeret. Landets kommuner har årligt minimum 10-15 kvinder med behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud.

6.2 Kommunernes kendskab til og anvendelse af satspuljeinitiativets muligheder

Kortlægningen viser først og fremmest, at kommunerne har kendskab til den nye mulighed for at indgå kontrakt med gravide med alkohol- og/eller stofproblemer om døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse. Men kortlægningen viser også, at meget få kommuner har benyttet sig af denne mulighed.

Der er flere årsager til den manglende anvendelse (se rapportens afsnit 4.2 og 5.2):

- > Målgruppen er meget lille. Derfor har kommunerne ikke fået praksiserfaring med anvendelsen af de nye muligheder i lovgivningen.

- > Forskellige faglige tilgange til målgruppen på tværs af landets kommuner og blandt fagpersonerne i det hele taget; Eksisterende behandlingstilbud – men ikke til kvinder med aktivt forbrug og har ikke kompetencerne til at tilbageholde gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer, hvis det skulle blive nødvendigt.
- > De eksisterende døgnbehandlingstilbud har fokus på enten misbrugsproblematik eller graviditet – ikke begge dele.
- > De eksisterende døgnbehandlingstilbud kan være placeret langt fra hjemkommunen.
- > Hjemkommunen kan have økonomiske begrænsninger i forhold til at visitere til og finansiere et døgntilbud.
- > Der er mange gravide/kvinder med nyfødte børn i målgruppen, som takker nej til tilbuddet om behandling på et døgntilbud.

Kortlægningen viser ligeledes, at selvom kendskabet til de nye muligheder i satspuljeinitiativet generelt er højt, er kendskabet samtidig på et overordnet niveau, og kendskabet til de præcise og detaljerede muligheder ikke tilsvarende højt. Der er blandt mange fagprofessionelle usikkerhed om satspuljeinitiativets (dvs. døgnbehandling med mulighed for tilbageholdelse) praktiske implementering og konsekvenser. Af kortlægningen fremgår det, at der er behov for en tydeliggørelse af lovens intentioner og de rammer, den skaber. For eksempel vedrørende kvindens mulighed for at tilbagekalde sit samtykke og dermed afbryde den indgåede kontrakt. Flere fagprofessionelle giver for eksempel udtryk for, at så snart kvinden tilbagekalder sit samtykke, kan hun ikke længere tilbageholdes. Dermed synes de samme respondenter umiddelbart ikke at have kendskab til, at det faktisk i en sådan situation er muligt (jf. lovændringen) at fortsætte tilbageholdelsen, såfremt den gravide vurderes at være til fare for fosteret.

6.3 Kompetencer ved eksisterende døgntilbud i forhold til målgruppens særlige behov

De eksisterende døgnbehandlingstilbud kan kun sjældent rumme misbrugsproblematikken, samtidig med også skulle have fokus på det ufødte eller nyfødte barn og morens og farens forældreparathed (jf. Tabel 1). På mange eksisterende døgnbehandlingstilbud er det en forudsætning for ophold, at man ikke er i aktivt misbrug. Endvidere kan størstedelen af de eksisterende døgnbehandlingstilbud hverken skærme gravide med alkohol- og/eller stofproblemer, og de har heller ikke kompetencerne til at tilbageholde kvinderne i praksis.

Når en kvinde fra målgruppen (med behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud) i dag visiteres til behandling ved et af de eksisterende døgnbehandlingstilbud, løses opgaven af tilbuddet i samarbejde med eksterne partnere. Ingen af de eksisterende døgnbehandlingstilbud opfylder kravene til et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud – men ved at samarbejde med eksterne aktører (f.eks. familieambulatorier, psykiatere, misbrugsbehandlere, praktiserende læger og andre) lykkes det alligevel at sammensætte en behandlingspakke.

Endelig viser kortlægningen, at de fagprofessionelle i kommunerne har meget forskellige tilgange til og syn på målgruppens behov og til, hvorvidt behandling ved døgnbehandlingstilbud er at foretrække eller ej. Der er dermed ikke ensartethed i tilbuddene på tværs af landet – og vurderingen af behov kan variere fra fagperson til fagperson og fra kommune til kommune.

Bilag A Behovsvurdering

Tabel 2 Behovsvurdering af specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud af høj kvalitet målrettet gravide kvinder med rusmiddelproblemer – herunder alkohol, fordelt på regioner.

Region	Anslået antal gravide m. behov f. specialiseret, skærmet døgnbehandling			Heraf visiteret til ophold/behandling			Hvor mange afslog døgnbehandling?			Gravide/nybagte mødre m. barn i FA visiteret til ophold i f.eks. familieinstitution			Antal børn i FA i børneforløb			Andel FA børn anbragt			Andel FA børn med åbne børnesager		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Hovedstaden	8-12	<5	15*	4-5	0	3	0*	0	1	10	<5	-	410	334	350	15%*	25%*	20 %*	40%*	20%	50%*
Sjælland	2	5	3	2	1	0	0	0	1	11	6	5	264	307	0	20%	20%	-	60%	-	-
Syddanmark	5-8	12-20	12-20	-	-	-	-	-	-	-	5*	10*	500*	484	- ²²	20%	20-23%*	20-23%*	60%	60%	-
Midtjylland	3-4	6	12*	2	2	0	1	0	1	5	15*	2	382	409	382	24%	20%	18-20 %	17%	40%	40%
Nordjylland	1-2	4	0-1*	1	3	0*	0	0	-	1	0	4-5*	136	140	164	20-25%	21%	25%*	60-70%	33%	-
SAMLET	19-28	32-40	42-51	9-10	6	3	1	0	3	27	31	21-22	1.692	1.674	896	15-25%	20-25%	83-88%	17-70%	20-60%	40-50%

Note: Tal er enten faktiske eller baseret på skøn. Skøn markeret med (*). Ingen data markeret med (-).

²² Børnedelen varetages af de pædiatriske afdelinger

Bilag B Dataindsamling

I forbindelse med nærværende kortlægning er der blevet indsamlet både kvalitative og kvantitative data. Dataindsamlingen beskrives herunder.

B.1 Kvantitativ dataindsamling

B.1.1 Registreringsskemaer

Formålet med registreringsskemaet (se Bilag A) var at etablere en oversigt over, hvor mange kvinder der kan forventes at have behov for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud af høj kvalitet målrettet gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer. Desuden var formålet at skabe overblik over de døgnbehandlingstilbud, som aktuelt anvendes, når der er behov for det.

Skemaet blev udsendt til lederne på de fem familieambulatorier årligt med henblik på at udfylde skemaet for henholdsvis år 2016, 2017 og 2018.

Ved udfyldelse af skemaet er familieambulatorierene blevet bedt om at gøre opmærksom på, om der er tale om faktiske tal eller skøn.

B.1.2 Kvantitativ undersøgelse blandt kommuner

Formålet med at indsamle data hos kommuner var at få indblik i kendskabet til og brugen af lovgivningen blandt små, mellemstore og store kommuner rundt om i landet.

Indsamlingen blev foretaget telefonisk, og alle de kontaktede kommuner blev stillet følgende spørgsmål:

- > Kender du lovændringen om tilbageholdelse af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer?
- > Bruger du lovgivningen om tilbageholdelse af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer?
- > Hvorfor/hvorfor ikke?

Der blev indsamlet data hos 26 kommuner i alt. Kommunerne fordelte sig på følgende vis størrelsesmæssigt (se Tabel B-1):

Tabel B-1 Fordeling af respondenter på baggrund af størrelse på kommuner

Lille	3
Mellem	8
Mellem/Stor	3
Stor	12

B.2 Kvalitativ dataindsamling

Oversigt over interview med familieambulatorier, kommuner og rusmiddelcentre og behandlingstilbud.

Region	Kommune	Rusmiddelcenter	Behandlingstilbud
Hovedstaden	Hvidovre	Familieværkstedet	Sct. Ols, Bornholm (rusmiddelbehandling)
	Frederiksberg	Enghavevej, Familieorienteret Rusmiddelbehandling	Glostrup Observationshjem (familiebehandling)
	København		Villaen Gladsaxe (familiebehandling)
			Bagsværdsobservationshjem (familiebehandling)
			KABS; Glostrup (rusmiddelbehandling)
			Villaen Gladsaxe (familiebehandling)
Sjælland	Guldborgsund	Odsherred Rusmiddelteamet	Holmegårdshuset (familiebehandling)
		Guldborgsund Rusmiddelcenter	Elmehuset, Køge (familiebehandling)
		Slagelse Rusmiddelcenter	
Syddanmark	Odense	FAMKO	Birkelund (familiebehandling)
	Kolding		
	Svendborg		
	Vejen		

Midtjylland	Herning	Hernings Misbrugscenter	Vædderbo (familiebehandling)
		Aarhus rusmiddelcenter, projekt BRUS (børn og unge)	
Nordjylland	Brønderslev	Aalborg Rusmiddelcenter	Ungehuset i Arden, Blå Kors (rusmiddelbehandling)
	Hjørring	Behandlercenter Vest	

B.2.1 Interview med familieambulatorier

Formålet med at interviewe familieambulatorier var at få indblik i familieambulatoriernes og døgnbehandlingstilbuddenes kompetencer, hvilke døgnbehandlingstilbud de anbefaler kommunerne at samarbejde med samt deres samarbejde med både kommuner og døgnbehandlingstilbud.

Interviewene blev gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide omhandlende følgende emner:

- > Kompetencer (og mangel på samme) i familieambulatorierne
- > Vurdering af behov for et specialiseret skærmet døgnbehandlingstilbud
- > Brug af døgnbehandlingstilbud
- > Samarbejde med kommuner
- > Kompetencer (og mangel på samme) i døgnbehandlingstilbud
- > Brug af ny lovgivning i kommuner.

Der er gennemført interview med alle fem regionale familieambulatorier i Danmark, og ved hvert interview deltog mellem en og fem informanter, som hovedsageligt havde læge- eller jordemoderbaggrund.

B.2.2 Interview med kommuner og rusmiddelcentre

Formålet med at interviewe kommuner og rusmiddelcentre var at få indblik i, kommunens kompetencer samt vurdering af behovet for et specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud. Endvidere var ønsket at få viden om, hvordan de samarbejder med øvrige aktører om gravide med alkohol- og/eller stofproblemer.

Interviewene blev gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide omhandlende følgende emner:

- > Kompetencer (og mangel på samme) i kommunerne
- > Vurdering af behov for specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud
- > Samarbejde med kommuner

- > Samarbejde med familieambulatorie
- > Samarbejde med døgnbehandlingstilbud
- > Brug af ny lovgivning i kommuner.

Der er gennemført interview med 11 kommuner samt med 10 kommunale rusmiddelcentre/tilbud. Informanterne var typisk socialrådgivere af baggrund og flere med en efteruddannelse inden for børne- og ungeområdet. Interviewene blev gennemført telefonisk.

Der er derudover gennemført et interview med en repræsentant fra Kommunernes Landsforening ud fra samme interviewguide.

B.2.3 Interview med behandlingstilbud

Formålet med at interviewe behandlingstilbud var at få indblik i, hvorvidt de har de rette kompetencer til at håndtere gruppen af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer samt få deres vurdering af behovet for specialiseret skærmet døgnbehandlingstilbud. Desuden fokuserede interviewene på deres samarbejde med kommuner og familieambulatorier.

Interviewene blev gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide omhandlende følgende emner:

- > Kompetencer (og mangel på samme) på døgnbehandlingstilbuddene
- > Vurdering af behov for specialiseret, skærmet døgnbehandlingstilbud
- > Samarbejde med kommuner
- > Samarbejde med familieambulatorier
- > Brug af lovgivning i kommuner.

Der er gennemført 10 telefoninterview med behandlingstilbud. De interviewede behandlingstilbud omfatter stofmisbrugsbehandling, rusmiddelbehandling (altså både alkohol- og stofmisbrugsbehandling, og familiebehandling). Nogle af familiebehandlingstilbuddene har også særskilt fokus på gravide.

Bilag C Lovændring²³

Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling

(Styrket indsats for gravide med et misbrug af rusmidler)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 383 af 24. april 2016, foretages følgende ændringer:

1. § 141 a ophæves.
2. I § 141 b, stk. 1, ændres »kan kommunen« til: »skal kommunalbestyrelsen«.
3. I § 141 b, stk. 2, ændres »kommunen« til: »kommunalbestyrelsen«.
4. I § 141 b indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:
»Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan delegere sin kompetence til at indgå kontrakt, jf. stk. 2, til behandlingsinstitutionen, jf. § 141, stk. 3.«
Stk. 3 og 4 bliver herefter stk. 4 og 5.
5. I § 141 b, stk. 3, der bliver stk. 4, ændres »kan indgås for en periode af ikke over et halvt års varighed fra indgåelsen« til: »skal indgås for perioden frem til fødslen«.
6. § 141 b, stk. 5, ophæves.
7. I § 141 c, stk. 1, nr. 3, indsættes efter »for sig selv«: »eller andre«.
8. § 141 d, stk. 1, affattes således:
»Afgørelse om tilbageholdelse træffes af behandlingsinstitutionens leder og skal snarest muligt meddeles den gravide alkoholmisbruger.«
9. I § 141 d, stk. 2, 1. pkt., ændres »afgørelse skal« til: »afgørelse, jf. stk. 1, skal straks«.
10. I § 141 d, stk. 3, 2. pkt., ændres »14 dage« til: »21 dage«, og »2 måneder inden for en periode på 6 måneder« ændres til: »3 måneder inden for kontraktperioden«.
11. I § 141 f, stk. 1, udgår »i forbindelse med behandling for alkoholmisbrug efter §§ 141 b-141 e«.
12. I § 141 f, stk. 2, udgår »forhindre den gravide alkoholmisbruger i at forlade behandlingsstedet og«.

§ 2

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011, som ændret bl.a. ved lov nr. 1257 af 18. december 2012, § 2 i lov nr. 1638 af 26. december 2013 og § 7 i lov nr. 523 af 29. april 2015 og senest ved § 18 i lov nr. 395 af 2. maj 2016, foretages følgende ændring:

1. I § 5 indsættes efter nr. 6 som nyt nummer:
»7) manglende tilbud til en gravid kvinde om at indgå kontrakt om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tilbageholdelse efter § 141 b, stk. 1, i sundhedsloven,«.
- Nr. 7-11 bliver herefter nr. 8-12.

²³ LOV nr. 655 af 08/06/2016 (historisk) <https://www.retsinformatio.n.dk/Forms/R0710.aspx?id=181753>

§ 3

I lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, jf. lovbekendtgørelse nr. 1128 af 20. oktober 2014, foretages følgende ændringer:

1. I § 3, 1. pkt., ændres »botilbuddet« til: »kommunalbestyrelsen«.
2. I § 3 indsættes som stk. 2:
»Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan delegere sin kompetence til at indgå kontrakt med stofmisbrugeren, jf. stk. 1, til botilbuddet.«
3. I § 4, stk. 1, indsættes efter »fra indgåelsen«: », jf. dog stk. 2«.
4. I § 4 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:
»Stk. 2. En kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse af den gravide stofmisbruger skal indgås for perioden frem til fødslen.«
Stk. 2 bliver herefter stk. 3.
5. I § 4, stk. 2, der bliver stk. 3, ændres »jf. dog § 5« til: »når betingelserne for tilbageholdelsen efter § 5 ikke er opfyldt«.
6. I § 5, stk. 1, nr. 1, ændres »forringet eller« til: »forringet,«.
7. I § 5, stk. 1, nr. 2, ændres »andre.« til: »andre, eller«.
8. I § 5, stk. 1, indsættes som nr. 3:
»3) den gravide stofmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.«
9. I § 5, stk. 2, ændres »såfremt mere lempelige« til: »hvis mindre indgribende«.
10. I § 6, stk. 1, ændres »Den foreløbige beslutning« til: »Afgørelse«.
11. § 6, stk. 2, affattes således:
»Stk. 2. Lederens afgørelse, jf. stk. 1, skal straks forelægges for kommunalbestyrelsen, som senest 3 hverdage efter iværksættelsen af en tilbageholdelse afgør, om tilbageholdelsen skal opretholdes, eller om den skal ophøre, såfremt den ikke allerede er ophørt. Stofmisbrugeren skal straks have meddelelse om kommunalbestyrelsens afgørelse, som skal være skriftlig.«
12. § 7 affattes således:

»§ 7. Tilbageholdelsen, jf. § 5, skal ophøre, når betingelserne i § 5 ikke længere er til stede. Den enkelte tilbageholdelsesperiode kan ikke vare over 14 dage fra afgørelsen i henhold til § 6, stk. 2, og den samlede tilbageholdelsesperiode kan ikke overstige 2 måneder inden for 6 måneder, jf. dog stk. 2.
Stk. 2. For en gravid stofmisbruger kan den enkelte tilbageholdelsesperiode ikke vare over 21 dage fra afgørelsen i henhold til § 6, stk. 2, og den samlede tilbageholdelsesperiode kan ikke overstige 3 måneder inden for kontraktperioden.
Stk. 3. Afgørelse om ophør af en tilbageholdelse træffes af botilbuddets leder og skal meddeles kommunalbestyrelsen. Stofmisbrugeren skal straks have meddelelse om ophøret af tilbageholdelsen.«
13. § 8 affattes således:

»§ 8. Kommunalbestyrelsen skal efter anmodning fra stofmisbrugeren indbringe en afgørelse om tilbageholdelse for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.
Stk. 2. Stofmisbrugeren skal både i forbindelse med indgåelse af kontrakten, jf. § 3, og i forbindelse med at den pågældende får meddelelse om en afgørelse efter § 6, vejledes om muligheden for at få afgørelsen indbragt for retten.«