

Alkohol og graviditet - guideline

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), 2016

Guideline-gruppens medlemmer

DSOG

Ulrik Schiøler Kesmodel, Niels Uldbjerg (formand), Maria Cathrine Schmidt, Merete Hein, Camilla Præstegaard.

Epidemiolog

Katrine Strandberg-Larsen.

Jordemoderforeningen

Pia Schiøler Kesmodel.

Yngre Pædiatere

Marcella Ditte Broccia.

Eksterne rewiwere

Margrethe Møller, Inge Olga Ibsen.

Korrespondance

Niels Uldbjerg

Afdeling for kvindesygdomme og fødsler

Aarhus Universitetshospital

Palle Juul-Jensens Boulevard 99

8200 Aarhus N

+45 2067 9420

uldbjerg@dadlnet.dk

Status

Første udkast:	12/12 2015
Diskuteret Obstetrisk guidelinemøde:	22/1 2016
Korrigeret udkast dato:	
Endelig guideline dato:	31/3 2016, lille korrektion 26/8 2016
Guideline skal revideres seneste dato:	31/3 2019

Resume og anbefalinger

Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen

- Prøver du at blive gravid: Undgå alkohol – for en sikkerheds skyld
- Er du gravid: undgå alkohol
- Amning:
 - Det anbefales, at ammende mødre er tilbageholdende med at drikke alkohol.
 - Ammende mødre bør ikke indtage mere end syv genstande om ugen.
 - Ammende kvinder bør ikke amme i to-tre timer for hver indtaget genstand.
 - Særligt mødre til nyfødte bør ikke drikke mere end én genstand fordi det vil forlænge tiden mellem amningerne.

Screening af gravide for alkoholforbrug

1. Screening for alkoholforbrug bør omfatte spørgsmål om gennemsnitligt forbrug, episodisk højt forbrug samt et kort screeningsredskab til detektion af problematisk alkoholforbrug. Der er næppe relevant klinisk forskel på anvendelsen af spørgeskema eller samtale/interview.
2. Det anbefales, at der anvendes:
 - 1 valideret spørgsmål om generelt gennemsnitligt forbrug (uden henvisning til alkoholtyper eller afgrænset tidsperiode).
 - 1 valideret spørgsmål om episodisk højt forbrug.
 - 1 valideret kort screeningsredskab. TWEAK anbefales primært pga. lidt højere sensitivitet og specificitet end øvrige metoder.
3. Et samlet bud på screeningsspørgsmål kan ses i appendix 1.

Risiko for fosterskade ved alkoholindtagelse under graviditet

Risiko for fosterskade ved alkoholindtagelse under graviditet		
Eksposering	Risiko for	Risiko
≥ 6 genstand dagligt	Føtalt alkoholsyndrom.	2,5 – 6% blandt børn af kvinder med højt dagligt forbrug
		Relativ risiko
> 14 genstande om ugen	Spontan abort Dødfødsel Død indenfor første leveår SGA Postnatal væksthæmning Præterm fødsel Medfødte misdannelser Neuropsykologiske udviklingsforstyrrelser Motoriske udviklingsforstyrrelser	2-6†
7-14 genstande om ugen	Spontan abort Dødfødsel Død indenfor første leveår SGA Postnatal væksthæmning Præterm fødsel Medfødte misdannelser Neuropsykologiske udviklingsforstyrrelser	2-4†
4-6 genstande om ugen	Mulig risiko for spontan abort* Mulig nedsat risiko for SGA* Mulig nedsat risiko for præterm fødsel*	1,0-2,8 0,8-1,0 0,8-1,0
1-3 genstande om ugen	Mulig risiko for spontan abort* Mulig nedsat risiko for SGA* Mulig nedsat risiko for præterm fødsel*	1,0-1,7 0,8-1,0 0,7-1,0
Episodisk højt forbrug > 3 gange under graviditet	Dødfødsel	1,6
† Systematisk beskrevne risikomål. Enkeltstudier kan have vist højere relative risici.		
* Øget eller nedsat risiko vist i et eller få studier, hovedparten af studier har ikke vist en sådan sammenhæng		

Håndtering af gravide, der ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Alkoholindtagelse	Håndtering
≤ 3 genstande per uge	Ingen
4-6 genstande per uge	Oplysning om mulig øget risiko for tidlig spontan abort ved 1. henvendelse til sundhedsvæsenet. Påmindelse om SSTs anbefalinger
≥ 7 genstande per uge	Henvisning til regionalt familieambulatorium
Episodisk højt alkoholforbrug efter at kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥3 gange	Henvisning til regionalt familieambulatorium
TWEAK-score (se appendix) ≥2	Henvisning til regionalt familieambulatorium

Provokeret abort

1. En gravid, der indtager af ≥6-7 genstande per dag, har 10-15% risiko for alvorlig fosterskade, hvorfor det er relevant at diskutere muligheden for provokeret abort med hende.
2. Frygten for fosterskade ved et eller flere tilfælde med episodisk højt forbrug indikerer derimod ikke, at abortproblematikken tages op med den gravide.

Fetal Alcohol Spektrum Disorder

1. Alkoholindtag i graviditeten kan medføre en række fosterskader af fysiske såvel som psykiske skader som hører under den samlede betegnelse FASD. Den mest alvorlige tilstand under FASD er diagnosen FAS.
2. 13 børn i hver fødselsårgang får diagnosen FAS.
3. Familieambulatorierne varetager tværfaglig udredning af FASD.

Anbefaling for ammeperioden

En evt. risiko på lang sigt ved alkoholindtag i ammeperioden ikke dokumenteret.
Sundhedsstyrelsens anbefalinger er angivet ovenfor på side 2.

Tvangstilbageholdelse

1. Der er en juridisk mulighed for tvangstilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere, såfremt kvinden på forhånd frivilligt har valgt at lade sig tilbageholde. I 2015 er der en max tilbageholdelsestid på 3 måneder.
2. Tvangstilbageholdelse kan anvendes ved afrusning og vedligeholdelse af behandling.

3. Et tvangstilbageholdelsesophold bør indeholde fokus på afhængighed, somatisk og psykologisk udredning, opfølgning efter udskrivelse samt tilknytning til socialrådgiver.

Anbefaling mhp. obstetrisk kontrol

1. Gravide, der følges i Familieambulatoriet pga. alkoholforbrug, bør mht. kontrol af barnets vækst og trivsel som minimum tilbydes almindelig obstetrisk kontrol.
2. Da de som regel er i øget risiko for FGR også pga. yderligere risikofaktorer, vil det være rimeligt at tilbyde en ultralydsskanning f.eks. uge 32-34 og igen uge 40 mhp. fostervægt og biofysisk profil.
3. Overbåren graviditet håndteres som hos andre gravide.

Afgrænsning af emnet

Målgruppen for denne landsdækkende vejledning er obstetrikere, jordemødre, samt i et vist omfang praktiserende læger, pædiatere, sundhedsplejersker og andre, der arbejder med gravide og ammende.

Formålet er at

- Beskrive risikoen for fosterskade, hvis den gravide indtager alkohol.
- Beskrive risikoen for skade på det diende barn, hvis moderen indtager alkohol.
- Foreslå model til opdeling af gravide i risikogrupper afhængigt af deres alkoholforbrug.
- Foreslå strategi til screening af gravide for alkoholforbrug
- Foreslå strategi for håndtering af gravide og ammende, der indtager alkohol

Denne guideline fokuserer således ikke på de sociale aspekter af hverken kvindens eller partnerens alkoholforbrug, og den fokuserer ikke på alkoholindtagelse som markør for tilstedeværelse af andre problemstillinger som rusmiddelmisbrug, psykisk sygdom og dysfunktionel familie.

Indhold

Alkohol og graviditet - guideline	1
Guideline-gruppens medlemmer	1
Korrespondance	1
Status	1
Resume og anbefalinger	2
Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen	2
Screening af gravide for alkoholforbrug	2
Risiko for fosterskade ved alkoholindtagelse under graviditet	3
Håndtering af gravide, der ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger	4
Provokeret abort	4
Fetal Alcohol Spektrum Disorder	4
Anbefaling for ammeperioden	4
Tvangstilbageholdelse	4
Anbefaling mhp. obstetrisk kontrol	5
Afgrænsning af emnet	6
Indhold	7
Forkortelser og definitioner	9
Baggrund	10
Hyppighed af alkoholforbrug	11
Risiko for fosterskade ved alkoholindtagelse under graviditet	12
Alkohol og amning	14
PICO mhp. kritiske og vigtige udfald	14
Litteraturgennemgang vedrørende andre udfald i relation til alkoholindtagelse og amning	14
Fetal Alcohol Spectrum Disorder	16
Screening	18
PICO - Episodisk højt forbrug	20
Konklusion	23
Anbefalinger	24
Familieambulatorierne	25
Formål:	25
Baggrund	25
Henvisning pga. alkoholproblematik	26

Model:.....	26
Særlige fokuspunkter i Familieambulatoriet er:	27
Visitation:	27
Obstetrisk kontrol af gravide med alkoholmisbrug	28
Anbefaling mhp obstetrisk kontrol.....	28
Samtale/rådgivning/ vejledning som intervention (håndtering) hos gravide med alkoholforbrug.....	29
Evidens for effektivitet af BI hos gravide.	29
Håndtering.....	29
FRAMES:	29
Forslag til interventioner (BI).....	30
Provokeret abort	31
Alkoholbehandlingen i Danmark.....	34
Baggrund	34
Ansvarsfordeling og retningslinjer	34
Behandlingstilbud.....	34
Evaluerig.....	35
Medicinsk behandling	35
Stigmatisering.....	35
Abstinens og antabusbehandling	36
Tvangsbehandling af gravide med alkoholmisbrug.....	38
Appendix 1. Systematisk udspørgning	41
Appendix 2. Korte screeningsredskaber til detektion af problematisk alkoholforbrug (Burns et al., 2009).....	44
Appendix 3 - abstinensbehandling	48
(Fenemal = Phenobarbital): tbl. 50 - 100 - 200 mg).....	49
Antabusbehandling:	51
Vitamin tilskud ved alkoholmisbrug:	51
Væskebehandling:	51
Motorkøretøj.....	51
Referencer.....	52

Forkortelser og definitioner

- Episodisk højt alkoholforbrug Indtagelse af 5 eller flere genstande ved en lejlighed
- BI: Brief Interventions
- FAS: Føtalt alkoholsyndrom
- FASD: Fetal Alcohol Spectrum Disorder
- MI: Motiverende interview
- SST: Sundhedsstyrelsen

Baggrund

De sidste 15 år er andelen af erkendt gravide, der indtager alkohol, faldet markant[1]. SST har siden 2007 anbefalet total afholdenhed både under og før planlagt graviditet[2].

Mange obstetrikere, praktiserende læger og jordemødre er imidlertid usikre på, hvorledes de skal håndtere gravide, der ikke overholder denne anbefaling. Hvor farligt er det egentligt? Skal vi male fanden på væggen? Skal vi sige, at et glas i ny og næ næppe skader? Hvornår er det rimeligt at involvere familieambulatorierne? Hvornår bør der ske underretning til kommunen? Hvad findes der af offentlige tilbud som hjælper?

Formålet med denne guideline er derfor at belyse en række af disse spørgsmål, samt at formulere anbefalinger, der besvarer en række dagligdags spørgsmål, som ikke umiddelbart besvares af SSTs anbefaling.

Hyppighed af alkoholforbrug

Pennefører: Ulrik Schiøler Kesmodel

Andelen af gravide der drikker alkohol efter erkendt graviditet – i Danmark typisk målt i begyndelsen af 2. trimester, er faldet fra ca. 70% i 1998 til ca. 17% i 2013. Det største fald skete i perioden 2000 – 2007. 15% af alle gravide rapporterede i 2014 et forbrug på <1 genstand/uge. Kun 1,1% rapporterede i 2013 et forbrug på > 1 genstand/uge.

Andelen af kvinder, der rapporterer episodisk højt forbrug faldt i samme periode fra 56-58% i 1998-99 til 40% i 2013. I 2013 rapporterede 24% en enkelt episode, 11% 2 episoder, 5% 3 eller flere episoder. Forbruget toppe i uge 3 efter sidste menstruation, dvs. omkring ovulationen.

Det er uvist hvor mange der har et problematisk alkoholforbrug. Men baseret på data fra forskellige registre kan problemets omfang nogenlunde indkredses[1].

- Der fødes i hver fødselsårgang (1994 – 2000) ca. 13 børn årligt med føtalt alkoholsyndrom. Tallet svarer nogenlunde til nye amerikanske tal.
- 0,4% af alle graviditeter havde i perioden 1995-2009 mindst én alkoholrelateret diagnose i perioden fra ét år før sidste menstruations første dag til op til ét år efter graviditetens afslutning.
- 0,1% af alle graviditeter blev i perioden 2007-2010 registreret med mindst 1 registrering i det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB) fra 1 år før sidste menstruations første dag til op til 1 år efter graviditetens afslutning.

Andelen af alkoholikere/misbrugere:

- a) Baseret på antallet af børn med FAS i perioden 1994-2001: 220-310 sv.t. ca. 0,37 – 0,52%
- b) Baseret på registreringer i NAB: 0,12 %
- c) Baseret på alkoholrelaterede diagnoser: 0,40%
- d) I Familieambulatorierne følges årligt ca. 55 gravide pga. alkohol indtag[3].
- e) Antallet af misbrugere, med ca. 55.000 fødsler årligt: 66 – 286

Risiko for fosterskade ved alkoholindtagelse under graviditet

Pennefører: Katrine Strandberg og Ulrik Schiøler Kesmodel

Højt dagligt alkoholindtag – minimum 14 genstande om ugen:

Den alvorligste fosterskadende effekt af alkohol er Føtal Alkohol Syndrom (FAS), som forekommer blandt børn eksponeret for ca. ≥ 6 genstande *dagligt* eller flere episoder, hvor moderen har indtaget mindst 5-6 genstande over kort tid[4]. Indtagelse af 14 genstande eller mere om *ugen* forøger risikoen for spontan abort[5], dødfødsel[6, 7], død indenfor første leveår[8, 9], intrauterin[10] og post-natal væksthæmning, præterm fødsel[10], medfødte misdannelser[11], neuropsykologiske (kognition og adfærd)[12, 13] og motoriske udviklingsforstyrrelser[14-17].

Moderat dagligt alkoholindtag – 7 til 13 genstande om ugen:

Må betragtes som et højt alkoholindtag under graviditeten. Øger risikoen for spontan abort[5, 18, 19], dødfødsel[19-21], død indenfor første leveår[22, 23], intrauterin og postnatal væksthæmning[10, 24, 25], præterm fødsel[10], medfødte misdannelser[7, 26-28], og neuropsykologiske udviklingsforstyrrelser[14, 29-33].

Moderat ugentligt alkoholindtag – >3-6 genstande om ugen:

Det er usikkert om moderat alkoholindtagelse under graviditeten øger risikoen for spontan abort, idet enkelte undersøgelser (hvor højindtagsgruppen er afgrænset af et maksimalt forbrug på 6 genstande/uge) på dette område viser en association, mens resten ikke viser en association[16]. Der er ikke beskrevet systematisk association med andre fosterskader[16].

Lavt alkoholindtag – >0-3 genstande om ugen:

Det er usikkert om lav alkoholindtagelse under graviditeten øger risikoen for spontan abort[16]. Alkoholindtagelse ned til 1-3 genstande om ugen er i enkelte studier vist at øge risikoen for tidlig spontan abort[34, 35], mens hovedparten af alle studier ikke viser en sådan association. Flere studier har vist nedsat risiko for SGA og præterm fødsel[7, 13, 16, 36, 37], men hovedparten af studier har ikke vist en sådan sammenhæng[1]. Der er ikke beskrevet systematisk association med andre fosterskader[16].

Episodisk højt alkoholforbrug (binge drinking):

Undersøgelser blandt dyr indikerer, at de teratogene effekter af alkoholindtagelse under graviditeten afhænger af promillen og tidspunkt i graviditeten for eksponering. Derfor anbefales det således også, at gravide undgår episodisk høj alkoholindtagelse. Der er dog ikke overbevisende evidens for, at episodisk højt alkoholforbrug øger risikoen for spontan abort, intrauterin og post-natal væksthæmning, præterm fødsel, medfødte misdannelser og motorisk udviklingsforstyrrelser[16]. En enkelt undersøgelse har vist, at kvinder, der havde episodisk høj alkoholindtagelse minimum 3 gange under graviditeten, havde øget risiko for dødfødsel[38]. Forskningsresultaterne vedr. episodisk højt alkoholforbrug og neuropsykologiske udviklingsforstyrrelser er delvis inkonsistente[16]. En meta-analyse af 34

undersøgelser viste en skadelig effekt af episodisk høj alkoholindtagelse på barnets kognitive funktion i 6 mdr. til 14 års alderen. Denne effekt var kun at finde i analyser, hvor samtlige undersøgelser var inkluderet, men ikke når meta-analysen blev afgrænset til de undersøgelser, der var vurderet til at være af høj kvalitet. Ligeledes blev der i meta-analysen observeret det mønster, at det var undersøgelser af ældre dato, der viste effekt, mens effekten ikke var at finde i de nyeste[39]. Forskningsresultater publiceret efter meta-analysen er ligeledes inkonsistente, men alle danske studier viser entydigt ingen association[32, 33, 40-45]. Få undersøgelser opdeler episodisk højt alkoholforbrug i uerkendt og erkendt graviditet, og den biologiske effekt af episodisk høj alkoholindtagelse må formodes at være den samme uanset om kvinden ved hun er gravid eller ej. Det vides dog, at kvinder primært har episodisk høj alkoholindtagelse før end de erkender, at de er gravide, og at det er forskellige kvinder, der har episodisk højt alkoholforbrug mens graviditeten er hhv. uerkendt og erkendt[46]. Episodisk højt alkoholforbrug *efter* erkendt graviditet kan derfor betragtes som en mulig risikomarkør for problematisk alkoholforbrug.

Der er beskrevet mulig genetisk variation i alkoholfølsomhed hos gravide[47]. De beskrevne forskelle er imidlertid indtil videre af så beskeden karakter (ca. et IQ point hos barnet), at de ikke har klinisk relevans.

Evidensniveau: 2a-3b.

Alkohol og amning

Pennefører: Camilla Præstegaard

Sundhedsstyrelsen anbefaler[48]:

- Det anbefales, at ammende mødre er tilbageholdende med at drikke alkohol.
- Ammende mødre bør ikke indtage mere end syv genstande om ugen.
- Ammende kvinder bør ikke amme i to-tre timer for hver indtaget genstand.
- Særligt mødre til nyfødte bør ikke drikke mere end én genstand fordi det vil forlænge tiden mellem amningerne.

PICO mhp. kritiske og vigtige udfald

P: Ammende kvinder

I: Alkoholforbrug uanset niveau

C: Ammende kvinder der ikke drikker alkohol

O: Kritiske (spædbarnsdødelighed), vigtige (kognitive funktioner (intelligens, opmærksomhed, eksekutive funktioner) og adfærdsforstyrrelser)

Søgekriterier: Vi foretog en søgning på PubMed og anvendte følgende søgeord: alcohol, lactation og human milk. Kun engelsksprogede studier blev inkluderet. Efterfølgende anvendte vi en mere detaljeret søgestrategi, hvor vi kombinerede følgende MeSHtermer: breastfeeding, lactation og milk, human med MeSHtermen ethanol. Vi har ikke inkluderet case-reporter.

Resultat: Vi fandt ingen studier, som kunne belyse denne PICO.

Litteraturgennemgang vedrørende andre udfald i relation til alkoholindtagelse og amning

Højt dagligt - minimum 14 genstande i ammeperioden

- Ingen relevante studier.

Moderat dagligt alkoholindtag - 7-13 genstande per uge i ammeperioden

- Ingen relevante studier.

Moderat ugentligt alkoholindtag - >3-6 genstande per uge i ammeperioden

- Et moderat alkoholindtag gennem ammeperioden er i et studie af 58 ammende kvinder i Mexico associeret med lavere vækst ved 5 årsalderen[49].

Lavt alkoholindtag - >0-3 genstande per uge i ammeperioden

- Søvn mønster: 3 Amerikanske studier har undersøgt, hvorvidt alkoholindtag gennem ammeperioden har indvirkning på barnets søvn mønster. I hvert af de enkelte 3 studier blev ammende kvinder eksponeret for et lavt alkoholindtag ved en enkelt lejlighed, hvorefter man registrerede barnets søvn mønster. Efter 1 uge målte man atter barnets søvn mønster, dog blev moderen denne gang ikke

eksponeret for alkohol. De enkelte studier har inkluderet henholdsvis 12, 13 og 23 kvinder. De 3 studier påviste alle, at et lavt indtag af alkohol gennem ammeperioden er associeret med mindre ændringer i barnets søvnmønster[50-52]. Betydningen af dette er dog uvis.

- Vækst: Et enkelt kohortestudie blandt 32 børn viste association mellem et lavt alkoholindtag gennem ammeperioden og nedsat vækst blandt 6 måneder gamle børn [53].
- Psykomotorisk udvikling: Et kohortestudie blandt 400 1-årige børn viste en association mellem lavt alkoholindtag gennem ammeperioden og nedsat psykomotorisk udvikling [54]. I modsætning til dette viste et andet kohortestudie ingen sammenhæng mellem et lavt alkoholindtag gennem ammeperioden og nedsat motorisk udvikling blandt 915 18 måneder gamle børn [55].

Episodisk højt alkoholforbrug (binge drinking) i ammeperioden

Et kohorte studie blandt 915 18 måneder gamle børn viste ingen association mellem episodisk højt alkoholforbrug og dårlig motorisk udvikling [55].

Konklusion

En evt. risiko på lang sigt ved alkoholindtag i ammeperioden er ikke dokumenteret[48, 56].

Evidensniveau 2b – 3b.

Fetal Alcohol Spectrum Disorder

Penneførere: Marcella Ditte Broccia og Camilla Præstegaard.

”Fetal Alcohol Spectrum Disorder” (FASD) er en samlet betegnelse for medfødte skader som følge af prænatal alkoholeksponering [57]¹. FASD omfatter fysiske og mentale skader samt adfærdsmæssige og kognitive forstyrrelser. Den alvorligste tilstand under FASD er diagnosen føtalt alkoholsyndrom (FAS)[57].

Forekomst af FASD og FAS

Antal børn som tilhører gruppen med FASD er i vesten estimeret til 2-5%[58]. I hver fødselsårgang registreres i gennemsnit ca. 13 børn med FAS i Danmark (Tabel 1)[16]. Hyppigheden svarer omtrent til nye tal fra USA[58]. Den gennemsnitlige alder på diagnosetidspunktet for FAS er 5 år (spændvidde 0 – 15 år)[1]

Diagnostiske kriterier

- Dymorfe ansigtstræk
- Væksthæmning
- Neuropsykologiske udviklingsforstyrrelser

Tilstedeværelsen af alle 3 kriterier er diagnostisk for FAS, mens FASD dækker over en bred variation og kombination af kriterier med og uden bekræftet prænatal alkoholeksponering [4, 59]. FASD er kompleks og vanskelig at udrede. Det kræver en tværfaglig indsats. Udredning foregår oftest i Familieambulatorierne og indebærer en børne- og neurologisk undersøgelse, neuropsykiatrisk- og psykologisk testning samt vurdering af barnets psykosociale miljø[3].

Kliniske fund

- Neonatale abstinenser kan udvikles ved maternelt alkoholindtag op til fødslen.
- Kongenitte misdannelser i hjerte, nyre, skelet, øjne og ører
- Dymorfe træk: kort øjenspalte, udvisket philtrum og tynd overlæbe indgår i de diagnostiske kriterier. Ptose, flad næseryg og epikantusfolder kan ses.
- Anomalier: ”railroad track” ear, ”hockey stick” konfiguration af palmare linjer[60].
- Neurologisk: lav intelligens, forsinket motorisk- og sproglig udvikling, indlærings- og opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og sansesarthed.
- Væksthæmning: IUGR, lav højdevækst, microcefali

Behandlingsmål

Målet er at identificere børn med FASD for bedst muligt at støtte op om en positiv udvikling og opvækst. Dette skal tilrettelægges og er en tværsektoriel opgave mellem pædiatere, psykologer, socialrådgivere, PPR, pædagoger mm. Dertil hører inddragelse, rådgivning og uddannelse af barnets omsorgsgivere, idet et trygt og velstimulerende miljø bedrer prognosen, mens omsorgssvigt, ustabilitet og en dårlig mor-barn relation kan påvirke barnets udvikling i negativ retning[3, 61, 62].

Sammenlignet med andre børn, bor børn med FAS oftere i ustabile og dysfunktionelle familier med øget risiko for anbringelse uden for hjemmet [4].

Prognose

Skaderne er irreversible. Voksne med FAS har svært ved at fungere på arbejdsmarkedet og er hyppigere involveret i kriminalitet og misbrug[62].

FASD har store sociale og samfundsøkonomiske konsekvenser[63].

Screening

Pennefører: Ulrik Schiøler Kesmodel

Screening er en systematisk undersøgelse af asymptomatiske befolkningsgrupper for en eller flere sygdomme eller tilstande med henblik på at vurdere om (det er sandsynligt at), de har sygdommen.

Screening for alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder kan danne grundlag for at identificere og vurdere kvinders og deres fostres mulige risiko.

Ifølge Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen, 2. udgave, 2013* gælder at ”Alle kvinder, der møder til første graviditetsundersøgelse, bør spørges om deres forbrug af alkohol. Der er behov for uddybende rådgivning ved et forbrug på 1 genstand eller flere om dagen, eller hvis den gravide drikker flere genstande på en gang efter graviditetsuge 8-9. ”Hvis sundhedspersonalet vurderer, at den gravide ikke selv er i stand til at ændre sit alkoholforbrug, er der behov for vejledning om de eksisterende muligheder for hjælp og støtte til at undgå alkohol under graviditet”[64]. I den tidligere udgave fra 2009 stod tilsvarende[65].

På denne baggrund er det nødvendigt, at der til alle gravide som minimum stilles spørgsmål, hvor svarene giver oplysning om gennemsnitligt forbrug og episodisk højt forbrug (*binge drinking*). Derudover er der udviklet en række korte screeningsredskaber med spørgsmål om tanker og følelser forbundet med alkoholforbrug, som har vist sig delvis egnede til at opspore personer med et problematisk alkoholforbrug.

Generelt gælder det, at validering af metoder er udført relativt i forhold til andre metoder. Der findes ingen guld-standard. Eksisterende sammenligninger af metoder bygger på den forudsætning, at den metode der giver det højeste forbrug, nok er den bedste, i alt fald blandt gravide.

PICO – gennemsnitligt forbrug

Hvordan screener vi bedst for gennemsnitligt alkoholforbrug?

P = Gravide kvinder

I = Screeningsinstrument til måling af gravides gennemsnitlige alkoholforbrug

C = Et andet screeningsinstrument til måling af gravides gennemsnitlige alkoholforbrug

O = Højest forbrug

Forudsætning: Det instrument, der måler det højeste forbrug er formentlig det mest valide.

Spørgsmål:

A. Er selvudfyldt spørgeskema bedre end personligt interview?

- B. Er papirspørgeskema bedre end internetbaseret spørgeskema?
- C. Er personligt interview (face-to-face) bedre end telefoninterview?
- D. Har antallet af spørgsmål betydning?
- E. Er det vigtigt at spørge til undertyper af alkohol?

Studietyper: Tværnsitsstudier

Inklusionskriterier: Kvinder, gravide, alle sprog, alle år

Databaser: PubMed

Der er beskrevet et meget stort antal metoder til beskrivelse af gennemsnitligt forbrug, bl.a.:

1. Dagbøger
2. Time-line-follow-back
3. Quantity-frequency-metoder
4. Perodespecifik normaluge
5. Quantity-frequency-variability-metoder
6. Within-location-metoder

Ad 1, Dagbøger

Udfyldes løbende enten en gang dagligt eller for hver genstand. I publicerede versioner er dagbogen udfyldt imellem 1 og 12 uger. Dagbøger er generelt beskrevet som enkle at udfylde[66], og de opfattes ikke som tidskrævende[67]. Dagbøger giver systematisk højere mål for forbrug end personlige interviews og selv-udfyldte spørgeskemaer[68]. I klinisk praksis er dagbøger imidlertid omstændelige, og svar foreligger ikke umiddelbart.

Ad 2, Time-line-follow-back

En retrospektiv version af en dagbog. Ved hjælp af en kalender angives et retrospektivt estimat af en persons daglige alkoholforbrug igennem en specificeret tidsperiode op til udfyldesen, ofte 1-12 måneder[69]. QFV-metoder (pkt. 5) er vist at give et højere indtag end time-line-follow-back over en 30-dages periode. Der er copyright på Time-line-follow-back men ikke på retrospektive dagbøger som sådan.

Ad 3, Quantity-frequency-metoder

Spørgsmål om hvor meget man drikker kombineret med spørgsmål om hyppighed – alternativt spørgsmål der direkte kombinerer denne information (fx spørgsmål om antal genstande per uge) er den mest anvendte og velbeskrevne metode blandt gravide. Flere variationer er beskrevet mht. a) tidsaspekt (genstande per uge eller per dag), b) spørgsmål om gennemsnitligt forbrug generelt vs. specificeret tidsperiode, fx den sidste uge og c) antal spørgsmål (overordnet forbrug vs. forbrug af undertyper af alkohol).

Blandt gravide er der modstridende resultater vedr. interviews og selv-udfyldte spørgeskema, idet 3 danske studier har vist hhv. at interview er bedst [68], at der ikke er forskel [70] og at spørgeskema er bedst [71]. Ved at spørge til generelt forbrug opnår man både et

højere gennemsnitligt forbrug, færre der rapporterer at være afholdende, og flere med et stort forbrug [68]. Der synes ikke at være betydende intervieweffekt, hverken ved personlige interviews [68] eller telefoninterviews [72]. Der foreligger kun upublicerede oplysninger om, at summering af svar på spørgsmål om undertyper af alkohol er bedre end overordnede spørgsmål.

Ad 4, Perioodespecifik normaluge

En væsentlig kritik af QF-mål er, at de ikke indeholder et mål for variabilitet. Den perioodespecifikke normaluge kombinerer QF-mål og dagbog, således at man for undertyper af alkohol angiver, hvor meget man gennemsnitligt drikker på de enkelte ugedage i en normal uge [73]. Metoden giver højere mål for indtag end QF-metoder, men er ikke afprøvet på gravide.

Ad 5) En række forsøg er gjort på at skabe et index, der omfatter QF-metoder med et mål for variabilitet. Bl.a. volume-variability-index[74], Khavari alcohol test[75] og volume-pattern-index[76]. Metoderne er ikke udviklet til gravide.

Ad 6, Within-location-metoder

En variant af QF-metoden, hvor man først spørger, hvilke specifikke steder personen har drukket alkohol inden for en given periode, efterfulgt af QF-spørgsmål for hvert enkelt sted [77]. Metoden giver højere forbrug end standard QF-metoder, men dette skyldes muligvis et vist overlap mellem steder og sammenhænge.

Evidensniveau: 2.

PICO - Episodisk højt forbrug

Hvordan screener vi bedst for episodisk højt alkoholforbrug (binge drinking)?

P = Gravide kvinder

I = Screeningsinstrument til måling af episodisk højt alkoholforbrug blandt gravide

C = Et andet screeningsinstrument til måling af episodisk højt alkoholforbrug blandt gravide

O = Højest forbrug

Forudsætning: Det instrument, der måler det højeste forbrug er formentlig det mest valide.

Spørgsmål:

A. Er selvudfyldt spørgeskema bedre end personligt interview?

B. Er papirspørgeskema bedre end internetbaseret spørgeskema?

C. Er personligt interview (face-to-face) bedre end telefoninterview?

D. Har antallet af spørgsmål betydning?

E. Er det vigtigt at spørge til undertyper af alkohol?

Studietyper: Tværsnitsstudier

Inklusionskriterier: Kvinder, gravide, alle sprog, alle år
Databaser: PubMed

Der er kun beskrevet en enkelt, valideret metode til dette [78, 79]. Personligt interview er en smule bedre end selv-udfyldte spørgeskemaer, men forskellene er beskedne. B-E er ikke undersøgt.

Evidensniveau: 2.

PICO - Hvordan screener vi bedst for problematisk alkoholforbrug?

P = Gravide kvinder

I = Screeningsinstrument til opsporing af gravide med et problematisk alkoholforbrug

C = Et andet screeningsinstrument til opsporing af gravide med et problematisk alkoholforbrug

O = (Højest) score/forbrug

Spørgsmål:

A. Er selvudfyldt spørgeskema bedre end personligt interview?

B. Er papirspørgeskema bedre end internetbaseret spørgeskema?

C. Er personligt interview (face-to-face) bedre end telefoninterview?

D. Har antallet af spørgsmål betydning?

E. Er det vigtigt at spørge til undertyper af alkohol?

Studietyper: Tværsnitsstudier

Inklusionskriterier: Kvinder, gravide, alle sprog, alle år

Databaser: PubMed

Følgende instrumenter blev identificeret specifikt til gravide. Alle er beskrevet i form af akronymer. En detaljeret beskrivelse af de enkelte screeningtests indhold ses i tabel 1:

TWEAK (Tolerance (2 versioner) ; Worried; Eye-opener; Amnesia; Kut down): Instrument udviklet specifikt til gravide kvinder.

Består af 5 spørgsmål

Kort og nemt at administrere (<1 min). Valideret i populationer med forskellig racemæssig baggrund. Baseret på amerikanske data bør en gravid kvinde henvises til yderligere vurdering ved score på ≥ 2 point.

T-ACE (Tak (number of drinks); Annoyed; Cutdown; Eye-opener): Instrument som er udviklet specifikt til brug blandt gravide. Består af 4 spørgsmål.

Spørgsmålene er nemme at huske og score og kan blive stillet af en obstetiker eller sygeplejerske (1 min). Baseret på amerikanske data bør en gravid kvinde henvises til yderligere vurdering ved score på ≥ 2 point.

NET (Normal; Eye-opener; Tolerance): Udviklet til gravide. Består af 3 spørgsmål.

AUDIT-C (The Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption questions): AUDIT blev udviklet af WHO som en simpel metode til at screene for excessivt alkoholforbrug. Består af 10 spørgsmål. 8 point er associeret med et alkohol problem, mens ≥ 13 indikerer alkoholafhængighed.

CAGE (Cut-down; Annoyed; Guilt; Eye-opener): En af de tidligst udviklede screeningsredskaber. Består af 4 spørgsmål. Er designet til at identificere potentielt alkohol- misbrug og afhængighed.

MAST (Short Michigan Alcohol Screening Test): En kortere form med 10 spørgsmål baseret på den oprindelige version, MAST, med 22 spørgsmål.

Alle tests er udviklet og valideret i USA. Der er endnu ikke publiceret danske tal. Valideringsbeskrivelserne er generelt af god kvalitet, fraset manglende blinding ved sammenligning af resultaterne fra to eller flere tests[80]. TWEAK og T-ACE har i flere studier vist god sensitivitet (70-91%) og specificitet (77-85%) for opsporing af risikoforbrug ved cut-off på ≥ 2 points. TWEAK ligger generelt lidt højere end T-ACE både mht. sensitivitet og specificitet (tabel 2, [80]).

AUDIT-C har resultater der er sammenlignelige med TWEAK og T-ACE.

NET, SMAST og CAGE viser generelt markant lavere sensitivitet og specificitet sammenlignet med TWEAK, T-ACE og AUDIT-C.

Evidensniveau: 2.

Konklusion

1. Screening for alkoholforbrug bør omfatte spørgsmål om gennemsnitligt forbrug, episodisk højt forbrug samt et kort screeningsredskab til detektion af problematisk alkoholforbrug. Der er næppe relevant klinisk forskel på anvendelsen af spørgeskema eller samtale/interview.

Det anbefales, at der anvendes:

- 1 valideret spørgsmål om generelt gennemsnitligt forbrug (uden henvisning til alkoholtyper eller afgrænset tidsperiode).
- 1 valideret spørgsmål om episodisk højt forbrug.
- 1 valideret kort screeningsredskab. TWEAK anbefales primært pga. lidt højere sensitivitet og specificitet end øvrige metoder.

Et samlet bud på screeningsspørgsmål kan ses i appendix 1.

Anbefalinger

På baggrund af screeningsresultaterne anbefales følgende handlinger:

Alkoholindtagelse	Håndtering
≤ 3 genstande per uge	Ingen
4-6 genstande per uge	Oplysning om mulig øget risiko for tidlig spontan abort ved 1. henvendelse til sundhedsvæsenet. Påmindelse om SSTs anbefalinger
≥ 7 genstande per uge	Henvisning til regionalt familieambulatorium
Episodisk højt alkoholforbrug efter at kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥ 3 gange	Henvisning til regionalt familieambulatorium
TWEAK-score (se appendix) ≥ 2	Henvisning til regionalt familieambulatorium

Familieambulatorierne

Pennefører: Merete Hein, Marcella Broccia og Niels Uldbjerg

Familieambulatoriet har siden 2011 været landsdækkende med enheder i hver region[81]. De varetager den tværfaglige svangreomsorg af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler samt læge- og psykolog opfølgning af børn eksponerede for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Familieambulatoriet tilbyder også svangreomsorg til de gravide, hvis far til barnet eller den gravides partner har et skadeligt/afhængighedsforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler.

I dette afsnit beskriver vi primært den del af Familieambulatoriernes arbejde, der er relateret til alkoholmisbrug under graviditet.

Formål:

Formålet med Familieambulatoriernes arbejde er at forebygge rusmiddelrelaterede fosterskader og gøre en tidlig indsats for børnene som er i risiko for en opvækst med dårlig trivsel samt understimulation, omsorgssvigt og overgreb.

Baggrund

Indtag af rusmidler i graviditeten er en højrisiko adfærd, som kræver specialiseret og tæt opfølgning i samarbejde med blandt andet børne- og obstetrisk afdeling og den primære social- og sundhedssektor. Familieambulatoriets personalestab består af pædiatere, obstetrikere, jordemødre, psykologer, socialrådgivere og sekretærer.

Den gravide patientgruppe spænder vidt fra kvinder, der før erkendt graviditet har indtaget alkohol ved festlige lejligheder, gravide som er i behandling med smertestillende medicin for kendt lidelse, til kvinder med stort forbrug og kaotiske liv. Problemstillingerne kan være komplekse; nogle kvinder mangler bopæl, har psykisk sygdom, står ude for arbejdsmarkedet, er i parforhold med højt konfliktniveau, og nogle kvinder har haft en opvækst i dysfunktionelle familier, hvor den kommende familiedannelse og moderrolle er en udfordring.

Prostitution ses i Familieambulatoriet, ligesom dårlig ernæringstilstand og infektioner som hepatitis, HIV mm..

Nogle af de gravide har behov for blot en rådgivende samtale, mens andre har brug for massiv tværfaglig støtte. Der kan være grundlag for at underrette den kommunale forvaltning, jf. § 153 om underretningspligt i serviceloven.

Henvisning pga. alkoholproblematik

1) *Denne guideline anbefaler, 2016*

- ≥ 7 genstande per uge.
- Episodisk højt forbrug (defineret som ≥ 5 genstande) efter erkendt graviditet eller ≥ 3 gange.
- TWEAK-score (se appendix 1) ≥ 2 .

Denne anbefaling adskiller indtil videre fra

2) *Sundhedsstyrelsen, 2010* [82]

- Alkohol: ≥ 4 genstande alkohol pr. uge, eller ≥ 2 gange binge drinking (defineret som ≥ 5 genstande ved én lejlighed).
- Afhængighedsskabende medicin, alkohol eller rusmidler indenfor de sidste 2 år: har haft konsekvenser for kvinden eller familien fysisk, psykisk eller socialt.

3) *Region Hovedstaden og Region Syd, 2015*

Baggrunden for ændringen i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling var det stigende antal henviste .

Alkoholindtag: Forbruget regnes fra sidste menstruations første dag

- ≥ 7 genstande ugentligt (hvor genstandene er uvilkårligt fordelt) i graviditeten.
- Episodisk højt alkoholforbrug (≥ 5 genstande på én gang = episodisk højt forbrug) ≥ 3 gange i graviditeten.
- Episodisk meget højt alkoholforbrug (≥ 15 genstande på én gang) ≥ 1 gang i graviditeten.
- Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring, kan den gravide henvises.

4)

-
-
-

Model:

Familieambulatoriet er organiseret under gynækologisk-obstetrisk afdeling på hhv. Hvidovre Hospital, Næstved Sygehus samt Odense -, Aarhus - og Aalborg Universitetshospital.

Arbejdet bygger på Familieambulatoriets interventionsmodel[82], som er baseret på en **tværfaglig indsats** overfor den gravide under graviditeten og for børnene i perioden op til skolealder. Indsatsen er baseret på deltagelse af fødsels- og børnelæger, psykologer, socialrådgivere, jordemødre, og et **tæt tværsektorielt samarbejde** med kommunens socialforvaltning, sundhedsplejen, praktiserende læger, misbrugs behandling, alkohol behandling, andre behandlingsinstitutioner, psykiatrien og kriminalforsorgen.

Særlige fokuspunkter i Familieambulatoriet er:

- Tidlig opsporing
- Abortrådgivning
- Rådgivning og planlægning vedr. det aktuelle medicin- eller rusmiddelforbrug – seponering, substitution, eller fortsættelse under tæt kontrol, evt. involvering af smerteklinik eller misbrugscenter
- Kortlægning af fosterets intrauterine eksponering
- Vurdering af andre risikofaktorer – såsom fysiske, psykiske og sociale
- Trivselskontroller i form af individuelle jordemoder og obstetriker besøg i løbet af graviditeten
- Antikonceptionsrådgivning
- Formidling af relevante lægelige oplysninger til socialforvaltning m.fl.
- Plan for fødsel og barselsperiode
- Plan for barselsperioden for barnet – evt. abstinens-observation og – behandling
- Plan for amning
- Opfølgende kontroller af barnet ved børnelæge og børnepsykolog indtil skolealder.

Visitation:

- Visitationen kan være åben, men bedst ved henvisning.
- Via Svangrejournalen gives der mulighed for direkte henvisning til Familieambulatoriet ved afkrydsning i rubrik "Niveau 4". På denne måde indkaldes den gravide direkte i Familieambulatoriet. Derudover kan misbrugscenter, socialforvaltning etc. henvise.
- På matrikler, hvor Familieambulatoriet ikke er dagligt til stede, kontaktes vagthavende obstetriker, Fødegangen eller vagthavende pædiater, som så formidler kontakten til det Regionale Familieambulatorium.
-

Obstetrisk kontrol af gravide med alkoholmisbrug

Pennefører: Niels Ulbjerg og Merete Hein

Der foreligger ikke videnskabelig evidens for speciel obstetrisk kontrol af disse gravide. Fokus bør derfor rettes imod sædvanlige risikofaktorer som rygning, kost, andet misbrug og levevis og sociale forhold.

Anbefaling mhp obstetrisk kontrol

1. Gravide, der følges i Familieambulatoriet pga. alkoholforbrug, bør mht. kontrol af barnets vækst og trivsel som minimum tilbydes almindelig obstetrisk kontrol.
2. Da de som regel er i øget risiko for FGR også pga. yderligere risikofaktorer, vil det være rimeligt at tilbyde en ultralydsskanning f.eks. uge 32-34 og igen uge 40 mhp. fostervægt og biofysisk profil.
3. Overbåren graviditet håndteres som hos andre gravide.

Samtale/rådgivning/ vejledning som intervention (håndtering) hos gravide med alkoholforbrug

Pennefører: Pia Schiøler Kesmodel

Kortvarige interventioner (Brief Interventions (BI)) er en opsamling af rådgivningsstrategier, hvis formål er at hjælpe patienter til at reducere eller ophøre med alkoholforbrug. Samtalerne kan variere i længde, intensitet og hyppighed (fra 1 session af 5 min varighed til fx 25 min eller mere og fra 1 til flere sessioner). Et større antal sessioner er forbundet med øget chance for succes[83, 84]. BI kan udføres af sundhedspersonale, som ikke nødvendigvis er specialister i behandling af alkoholmisbrug eller alkoholafhængighed[85, 86]. BI udføres ved at anvende et motiverende interview (MI), dvs. en motiverende samtale. MI defineres som en form for vejledning, hvis formål er at fremkalde og styrke motivation for ændring baseret på samarbejde, vedvarende fokus på personen og målrettethed[87-89].

Evidens for effektivitet af BI hos gravide.

BI er et meget effektivt værktøj for den voksne population til at reducere eller ophøre med alkoholforbrug i forskellige rammer, herunder kvinder i fertil alder med et forbrug over de officielle anbefalinger[90]. BI er bl.a. vist at reducere alkoholforbruget og har øget brugen af kontraktion i denne gruppe[90].

BI baserede på MI kan reducere alkoholforbruget hos gravide, men antallet af studier er mere begrænsede end hos andre populationer[91-93] mhp. at hjælpe de gravide med alkoholafhængighed til at reducere alkoholforbruget.

BI er mest effektivt når en støtteperson, valgt af den gravide, får BI sammen med den gravide[85, 91, 92]. Denne person kan være partneren, moderen eller en veninde. Valget af en støtteperson bør vurderes grundigt, især hvis støttepersonen er partneren, idet denne ikke altid støtter den gravide med alkoholproblemer[94].

Håndtering.

Screening for alkoholforbrug hos gravide er den første og mest basale form for intervention, som er tæt relateret til øvrige BI. Se afsnit om screening andetsteds i guideline. Først når man har en vurdering af, hvor meget alkohol der indtages under graviditeten og om drikkemønstre, er sundhedspersonale i stand til at planlægge og udføre BI[65]. Regelmæssig brug af BI øger sandsynligheden for, at sundhedspersoner rent faktisk benytter dem[85].

Miller and Sanchez foreslog i 1994[88] akronymet FRAMES til at beskrive de almindelige elementer til motivation eller terapeutisk strategier som anvendes i vellykket BI (alcohollearningcentre.org.uk). FRAMES er en skitsering af MI[87, 88].

FRAMES:

- Feedback: giver pt. en tilbagemelding om risici for alkoholproblemer.
- Responsibility (ansvar): fremhæver at det er den involverede person, der har ansvar for ændring.
- Advice (råd): tilråder indskrænkning af alkoholforbrug og giver eksplicite retningslinjer for ændringer.

- Menu: giver forskellige valgmuligheder for ændringer.
- Empathy (empati): lægger vægt på en varm, reflekterende og forstående indfaldsvinkel.
- Self-efficacy (auto-effektivitet): fremmer optimisme omkring målrettet ændringsadfærd med hensyn til alkoholforbrug.

Forslag til interventioner (BI)

1. Alle kvinder i fertil alder bør informeres om alkoholpåvirkning af fosteret og Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende anbefalinger.
2. Gravide kvinder bør screenes så tidligere som mulig i graviditeten.
3. Screening: Gravide kvinder bør screenes så tidligere som mulig i graviditeten Hvis screeningresultatet er negativt: Se anbefaling i afsnit om screening.
4. Hvis screening er positiv:
Resultatet af screening bør noteres i den gravides journal men også i barnets journal (mhp. evt. vurdering af FASD efter fødsel).
Resultatet af screening giver en vurdering af, hvor stor alkoholindtagelsen er og man får indtryk af om den gravide har et problematisk alkoholforbrug eller alkoholafhængighed. Gravide kvinder er generelt meget motiveret for at stoppe eller ændre deres adfærd mht. alkoholindtagelse (dvs. formindske indtagelse).[87, 95]. Alkoholafhængighed under graviditet er sjældent[1]. Gravide med lav risiko af alkohol indtagelse: Se afsnit om screening.
5. Gravide med højrisiko alkoholforbrug: Henvisning til Familieambulatorium. Grundig information om FASD og om alkohols påvirkning på den gravides helbred. Hvis den gravide ikke kan eller ikke ønsker at stoppe med alkoholindtagelse må målet være reduktion af forbruget til det lavest mulige niveau for at reducere risikoen for alkoholrelaterede skader. Multiple BI: Flere kontroller under graviditet. Tilstræbes at fremkalde motivation for at ændre alkohol forbrug samt støtte hertil. Støtte til målsætninger. Hvis mulig involvere partneren eller en anden person i BI-samtalerne. Eventuel støtte til henvisning til centre for behandling af alkoholmisbrug.
6. Alkoholafhængighed: Henvisning til Familieambulatorium. Diskussion om forbrug og FASD samt helbredspåvirkning på den gravide. Abstinens og afhængighed. Oplysninger om abstinensprocessen og -helbredelsen. Information om behandlings- og -støttemuligheder. Flaske til barnet post partum. Henvisning til behandlingscenter for alkoholmisbrug.
7. Abstinensbehandling. Overveje medikamentelt behandling. Involvering af partneren eller anden støtte person i BI-samtale. Fortsat multiple BI med MI. Ev telefon follow-up.

Provokeret abort

Penneførere: Niels Uldbjerg, Ulrik Schiøler Kesmodel

Formålet med dette afsnit er at vejlede den gravide og personalet, hvis de overvejer provokeret abort af frygt for alkoholbetinget fosterskade. Selv, hvis gestationsalderen er $< 12^{+0}$ uger, og kvinden dermed frit kan vælge provokeret abort, kan den præcedens, abortsamrådene arbejder ud fra ved gestationsalder $\geq 12^{+0}$ uger, måske støtte.

Abortsamrådene vil sædvanligvis bevilge provokeret abort, hvis risikoen for ”alvorlig” fosterskade $> 10-15\%$. Selvom der ikke eksisterer en officiel positivliste med fosterskader, som anses for alvorlige, skønner vi, at nedenstående eksempler illustrerer præcedens.

Alvorlige fosterskade, klassificeret i henhold til abortsamrådenes præcedens:

Neuralrørdefekt; bugvægsdefekt; tyndtarmsatresi; alvorlig hjertesygdom som ventrikelhypoplasi; øjenmisdannelse, som kompromitterer læsevne selv ved brug af briller; mikrocefalus; mental retardering; svær epilepsi; døvhed; betydelige indlæringsvanskeligheder, som vil kompromittere barnets evne til at klare sig selv som voksen, FAS.

Ikke alvorlige fosterskader, klassificeret i henhold til abortsamrådenes præcedens:

Simpel læbe-ganespalte; defekt fodstilling; mindre ventrikelseptum-defekt; SGA < 10 percentilen; flad næseryg, ptose, nedsat hørelse; lette indlæringsvanskeligheder, som vil indicere særlig støtte i skolen.

Alkoholeksponering

På baggrund af litteraturen kan risikoen for alvorlige fosterskader som defineret ovenfor omtrentligt skønnes således:

Type af skade	Mindste alkoholindtag som er dokumenteret at give denne type skade	Risiko	Skøn over, hvor mange gravide der drikker alkohol på dette niveau **	Risiko i baggrundspopulationen (gravide som er afholdende/drikker mindre)	Max. risiko i risikopopulationen
Neuralrørdefekt	Ingen association beskrevet	-	-	-	-
Bugvægsdefekt	Ingen association beskrevet	-	-	-	-
Tyndtarmsatresi	Ingen association beskrevet	-	-	-	-
Alvorlig hjertesygdom som ventrikelhypoplasi	7-8 genstande/dag	FAS*: <25% Andre:	66 – 286	1-2/5000	1,5%
Øjenmisdannelse	7-8 genstande/dag	FAS*: ? Andre: ?	66 – 286	?	?
Mikrocefali	7-8 genstande/dag	FAS*: >80% Andre:	66 – 286	2,5%	7,5%
Mental retardering	7-8 genstande/dag	FAS*: >80% Andre: ?	66 – 286	2,5%	7,5%
Svær epilepsi	Ingen association beskrevet	-	-	-	-
Døvhed	Ukendt For høretab: 7-8 genstande/dag	FAS*: >25% Andre:	66 - 286	0,1%	3,1%
Betydelige indlæringsvanskeligheder	≥5 genstande/dag	?	300 (skøn)	?	?
Føtalt alkoholsyndrom	7-8 genstande/dag	25-59%. blandt alkoholikere	66 – 286	0	6%

* Blandt børn med føtalt alkoholsyndrom er hyppigheden af de enkelte lidelser maksimalt angivet på dette niveau i større serier.

** Andelen af alkoholikere/misbrugere:

a) Baseret på antallet af børn med FAS i perioden 1994-2001: 220-310 sv.t. ca. 0,37 – 0,52%

b) Baseret på registreringer i NAB: 0,12 %

c) Baseret på alkoholrelaterede diagnoser: 0,40%

d) Antallet af misbrugere, med ca. 55.000 fødsler årligt: 66 – 286

? Risikoen afhænger i høj grad af definitionen af ”betydelige indlæringsvanskeligheder”, hvorfor et konkret bud er vanskeligt at give.

Vurdering

- På baggrund af de risici, der er angivet i tabel 1, vurderer arbejdsgruppen, at der er 10-15% risiko eller mere for alvorlig fosterskade ved indtagelse af $\geq 6-7$ genstande per dag. Hvis en gravid har et forbrug af denne størrelsesorden eller mere, vil det være relevant at diskutere muligheden for provokeret abort med hende.
- Frygten for fosterskade ved et eller flere tilfælde med episodisk højt forbrug indikerer derimod ikke, at abortproblematikken tages op med den gravide.

Alkoholbehandlingen i Danmark

Pennefører: Maria Cathrine CV Schmidt og Merete Hein

Baggrund

I 2013 havde knap 80 kvinder kontakt med sygehus på grund af alkoholforbrug i graviditeten[96].

Ansvarsfordeling og retningslinjer

Sundhedsloven siger, at

- Sundhedsstyrelsens har til opgave at rådgive og udgive alment tilgængelige og gældende pjecer, som udtrykker sundhedsmyndighedernes anbefalinger til gravide.
- Kommunerne har ansvaret for konkrete præventive tiltag samt behandlingstilbud til de individer, pårørende eller hele familier, der har brug for hjælp til afvænnning. Der foreligger imidlertid ikke konkrete krav eller specifikationer for, hvorledes disse tilbud skal sammensættes, men der er udstykket vejledninger, der opfordrer til udformning af sundhedspolitikker samt understreger vigtigheden for kvaliteten, at der bliver tale om en systematisk og veldokumenteret indsats[97].

Syddansk Universitet har udgivet et kvalificerede bud på, hvordan en sådan indsats kan udmøntes[98], som Sundhedsstyrelsen henviser til.

Behandlingstilbud

Alle kommuner har et behandlingstilbud, nogle gange i form af en samarbejdsaftale med nabokommuner. Man griber opgaven forskelligt an afhængigt af lokale ressourcer, kompetencer og geografiske forhold. Behandlingstilbuddene har således varierende karakter, men er som udgangspunkt alle baseret på de samme grundprincipper:

- **Tværfaglighed**
behandlingstilbuddene er baseret på et tæt tværfagligt samarbejde mellem praktiserende læge, familieambulatorier, kommunale sagsbehandlere, psykologer og specialpædagoger med mulighed for at inddrage evt. andet kvalificeret personale.
- **Medicinering**
ofte med udgangspunkt hos egen læge og med mulighed for at samarbejde med medicinske afdelinger eller misbrugscentre, når ambulans afbrusning ikke er tilstrækkeligt.
- **Kognitiv- og adfærdsterapi**
den enkelte misbruger tilbydes samtale forløb enten som individuelle samtaler eller i gruppesammenhænge.
- **Motiverende samtaleterapi**
misbruger og/eller familie/netværk tilbydes samtaleforløb, hvor man får individuelt tilpasset rådgivning efter misbrugerens og familiens/netværkets behov.

Selve alkoholbehandlingstilbuddet er ikke anderledes for gravide end for den øvrige befolkning: Der er tale om et gratis, frivilligt, ambulans behandlingstilbud uden tidsbegrænsning. Behandling forudsætter ædruelighed.

Vi har foretaget rundspørge til en lang række misbrugscentre. Alle beskriver en meget begrænset erfaring med gravide, og ingen har specifikke tilbud til gravide. De henviser til familieambulatorierne, til deres familierapi, ligesom de underretter til kommunens familieafdeling med henblik på indberetning og relevant social indsats. Dog er der i Københavns kommune planer om at åbne et familiecenter, der skal samle al behandling og vejledning vedrørende alkoholbehandling, substitution, børn og gravide, der ligeledes er et åbent tilbud.

Evaluering

Sundhedsstyrelsen konkluderede i 2013 [3], at opsporingen af gravide med risikobetonet alkoholindtag er vanskeliggjort af tabuisering samt manglende kompetencer eller opmærksomhed på problematikken hos de professionelle. Man kan således ikke vurdere effekten af behandlingstilbuddene, herunder tvang.

Medicinsk behandling

Der er altid indikation for medicinsk behandling af et risikoforbrug og gerne så tidligt som muligt i graviditeten. Det har til formål at stabilisere den gravides medicinske tilstand så meget som muligt og dermed også de føtale vilkår i form af stabil nærings- og ilttilførsel og fravær af abstinenser hos mor, der øger risikoen for spontan abort, præterm fødsel, PPRM og abruptio. Især de store udsving mellem over- og underdosering hos den gravide øger risikoen for føtal iltmangel med hjerneskade til følge.

Ved behov for enten afrusning eller substitutionsbehandling kontaktes Familieambulatorie, der har ansvar for at varetage individuel dosering og koordinering af behandlingsforløb med rådgivningscenter og praktiserende læge, der begge med fordel kan stå for den daglige udlevering af medicin. For nærmere detaljer se senere afsnit i guideline.

Stigmatisering

Det anbefales, at man undgår stigmatiseringen af kvinder med et risikoforbrug af alkohol, da dette hverken fremmer opsporing eller behandling af de gravide[3, 7, 97, 99].

Abstinens og antabusbehandling

Pennefører: Merete Hein, Maria Cathrine Corneliussen Vest Schmidt og Marcella Ditte Broccia

Abstinenser hos den gravide kvinde, udløst af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, udgør en risiko for det ufødte barn. Fosteret kan få intrauterine abstinenser, som er svære at monitorerer. Yderligere er der øget risiko for asfyksi, placentainsufficiens og præterm fødsel

I Danmark har der igennem mange år været tradition for at anvende monoterapi med barbiturater i behandling af alkoholabstinenser. Denne behandling er stor set ukendt uden for Danmark, og evidensen for behandlingsformen er lav (evidensniveau 4). Bedste evidens er derfor monoterapi med benzodiazepiner (evidensniveau 1a).

WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler kortvarigt behandling med langtidsvirkende benzodiazepiner til gravide med alkoholabstinenser.

I sidste trimester bør man imidlertid være påpasselig med anvendelsen af langtidsvirkende benzodiazepiner på grund af risiko for udvikling af neonatale abstinenser hos det nyfødte barn.

Antabusbehandling med Disulfiram kan overvejes efter 1. trimester, og først når promillen er 0. Disulfiram kan være teratogent i 1. trimester, hvorfor behandlingen af den gravide i 1. trimester skal holdes op mod den potentielt skadelige effekt af alkoholindtagelse. Antabus-behandling er specielt indiceret ved nyopstået alkohol-afhængighedssyndrom og ved recidiver. Behandling af delirium tremens og Wernickes encephalopathi varetages af psykiater.

Abstinens- og antabusbehandling hos gravide er en specialistopgave, som ofte varetages i et samarbejde mellem personalet i Familieambulatoriet, obstetriske afdeling, behandlingsinstitutioner og ved nogle sygehuse også med psykiatrisk afdeling.

Kvinder, som udskrives eller forlader modtagelsen på et tidspunkt, hvor de stadig må antages at have Fenemal i blodet, skal orienteres om, at de ikke bør føre motorkøretøj – dette skal journalføres.

Appendix 3 beskriver en række forslag til håndtering, som beskrevet af Region Midt.

Regionerne

Behandling af abstinenser og antabus hos gravide er et meget dårligt beskrevet, og de 5 regioner er der meget forskellige set-up.

- OUH initierer behandling af gravide med abstinenser vil på OUH initieres i et tæt samarbejde mellem psykiatrien, behandlingscentret og obstetrikere.
- Region Nord skelnes der i kompleksitet og graduering af abstinenser, og man graderer ved;
Grad 1 abstinenser kan behandles i obstetrisk sengeafdeling, men personalet har beskeden erfarings grundlag deri.
Grad 2 og især Grad 3 (delirium Tremens) behandles uden for obstetrisk afdelings kompetanceområde. Grad 3 er en intensive patient, der kræver intensiv overvågning ved vores samarbejdspartnere anæstesen og medicinsk afdeling.
Et flertal af misbrugscentre bruger risolid i hvert fald til grad 1 alkohol abstinenssymptomer. Til delirium tremans bruges fenemal.
- Region Midt har de sidste 5 år haft en gravid kvinde med abstinenser indlagt, men har i de få tilfælde vi har haft samarbejdet med egen læge og alkoholbehandling .

Klassifikation:

Grad 1 - simpel abstinensstilstand:

- Patienten er præget af sved, tremor, indre uro, søvnløshed, påskyndet puls og evt. let blodtryksforhøjelse og let temperaturforhøjelse
- Abstinenssymptomerne debuterer indenfor 6 - 24 timer og varer i de fleste tilfælde 1 - 3 døgn (kan dog vare helt op til 7 dage)

Grad 2 - truende delirium tremens:

- Symptomer som ved grad 1, samt hallucinationer på syn eller hørelse eller begge dele

Grad 3 - delirium tremens:

- Udvikles typisk 3 - 5 døgn efter sidste alkoholindtagelse
- Symptomer som ved grad 2, samt bevidsthedsplumring, dvs. at patienten er desorienteret i tid og sted
- Disse tilstande udgør klinisk et kontinuum. De udløses i forbindelse med faldende stofkoncentration i organismen. Symptomerne kan derfor udløses, selvom patienten stadig har alkohol i kroppen, fx visende sig ved høj alkoholpromille målt ved alkoholmeter test. Ligger i instruks på e-dok: [Abstinensscore.doc](#)
- Det skal fremhæves, at DT kan udvikle sig over ganske kort tid (timer), tilsyneladende uden forudgående simple abstinenssymptomer

Tvangsbehandling af gravide med alkoholmisbrug

Pennefører: Marcella Broccia

Tvang er en indgribende foranstaltning overfor ethvert menneske, også overfor gravide. Prænatal alkoholeksponering kan imidlertid have alvorlige konsekvenser for fosteret[100]. Kun få studier omhandler tvangsindlagte gravide misbrugere, og få tvangsindlagte gravide har et rent alkoholmisbrug[101-103]. Gravide alkoholmisbrugere er generelt svære at opspore[3, 102]. Kvinderne er ofte ikke kendt i systemet og screeningsværktøjer, der er valideret i Danmark, mangler[102, 104].

Norge er, så vidt det vides, det eneste land med en særskilt lov om tvangstilbageholdelse af gravide misbrugere, mens lovgrundlaget i Danmark og Sverige er integreret i anden lovgivning. De lovgivningsmæssige forskelle bærer præg af forskellige opfattelser af fosterets retsstilling og misbrugsbehandlings målsætning[100, 103]. I Sverige og Norge stiles mod et "drug-free society", mens målet i Danmark er skadereduktion[103]. To uønskede konsekvenser af tvangsbehandling har især været til debat. Den ene om, hvorvidt kvinderne vil undgå kontakt til sundhedssystemet på grund af truslen om tvangsindlæggelse og den anden om, hvorvidt kvinden vil vælge abort for at undgå tvangsindlæggelse[100, 105, 106].

DANMARK

Siden 2007 har sundhedslovens § 141 givet kommunerne mulighed for at tilbyde gravide alkoholmisbrugere at indgå en kontrakt om alkoholbehandling på en døgninstitution, herunder tilbageholdelse. Loven er rettet mod de gravide med et betydeligt alkoholmisbrug, som er svære at fastholde i behandling. Hensigten er at beskytte fosteret[107]. Kommunerne har ikke pligt til at tilbyde den gravide alkoholmisbruger en kontrakt om frivillig tilbageholdelse. Ordningen er baseret på en 3-dobbelt frivillighed:

- 1) Den enkelte kommunalbestyrelse skal beslutte om de, i deres kommune, vil benytte sundhedslovens mulighed for at anvende behandlingskontrakter.
- 2) Kommunalbestyrelsen skal i det konkrete tilfælde træffe valg om, hvorvidt en behandlingskontrakt skal tilbydes, samt hvor behandlingen skal finde sted.
- 3) Kvinden skal indgå frivilligt.

Behandlingskontraktens varighed har maksimalt måttet være seks måneder, mens en enkelt tilbageholdelsesperiode maksimalt har måttet vare to uger og den samlede tilbageholdelsesperiode maksimalt to måneder[107].

Anvendelse af behandlingskontrakter

Erfaringen med kontrakter og tilbageholdelse er meget begrænset. Ingen kommuner har meldt om anvendelse af kontrakter i arbejdet med gravide alkoholmisbrugere. Det er der flere årsager til:

- . Kommunerne er ikke bekendt med muligheden
- . Kommunerne oplever mindre indgribende indsatser overfor den gravide som tilstrækkelig, herunder samarbejdet med familieambulatorierne.
- . Implementeringen af kontrakter er forbundet med praktiske udfordringer, bl.a. mangel på relevante døgnbehandlingstilbud[107].

I 2009 blev der i Vrå, som et Satspuljeprojekt, oprettet 5 døgnpladser med mulighed for tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere.

Opsporing af målgruppen var ikke mulig trods flere tiltag. Projektet lukkede efter et år uden at have haft patienter[3, 103].

Perspektiv

I oktober 2015 indgik et flertal i Folketinget en satspuljeaftale på socialområdet. Der blev til indsatsen for gravide kvinder med misbrug afsat 27.5 mio. kr. i perioden 2016-2019. I aftalen er en lovændring som forpligter kommunerne til at tilbyde gravide alkoholmisbrugere en behandlingskontrakt med mulighed for tilbageholdelse i hele graviditeten. Samtidigt forlænges den enkelte tilbageholdelsesperiode til tre uger og den samlede tilbageholdelsesperiode til maksimalt tre måneder. Til formålet skal oprettes 1-2 døgnbehandlingstilbud. Allerede eksisterende institutioner forventes at byde ind på opgaven. Indsatsen skal evalueres efter tre år[108].

SVERIGE

I 1982 indførtes lov om pleje af misbrugere §4 (LVM) i Sverige. Heri er hjemmel til tilbageholdelse og behandling af alle misbrugere uden samtykke i seks måneder, herunder gravide. Lovanvendelsen kræver, at der for at blive fri af misbrug er et omsorgsbehov, som ikke kan dækkes ad frivillig vej. Tilbageholdelsen kan ikke ske af hensyn til fosteret[103, 109, 110]. I praksis indgår graviditeten i beslutningen om tilbageholdelse ud fra den betragtning, at kvinden kan lide psykisk overlast, såfremt hendes misbrug skader barnet[110, 111].

Tvangens indhold har stor betydning for udfaldet. Den svenske tvangsbehandling omfatter et struktureret forløb med somatisk og psykologisk udredning samt fokus på misbrug, afhængighed, motivation, relaterede problemer samt langsigtet efterbehandling. Det vurderes af flere studier som positive elementer[103, 112]. Dertil er sociale netværksfaktorer centrale for et positivt udfald[103, 112].

I perioden 2000-2009 var 150 gravide misbrugere tvangsindlagt i Sverige. Heraf havde 5% et rent alkoholmisbrug, mens 39% anvendte alkohol ved indlæggelsen. Vedrørende kvindernes sociale situation blev 47% forsørget af det offentlige, 52% var boligløse, 95% havde en partner hvoraf over 2/3 var misbrugere, og 43% havde børn under 18 år, hvoraf 81% var anbragt uden for hjemmet. Af de 150 gravide fødtes 94 levende børn (et tvillingpar), 40 fik provokerede abort, 4 aborterede spontant, 1 barn var dødfødt og for 12 var udfaldet ukendt. Den gennemsnitlige fødselsvægt (gFV) var på de 92 enkeltbarnsfødsler 3191g. 11 var præmature. Den svenske gFV var i perioden 2000-2009 3548g. 24 børn blev tvangsfjernet efter fødslen[110].

NORGE

Siden 1993 har man i Norge kunne tilbageholde misbrugere med og uden samtykke i en behandlingsinstitution i op til 3 måneder (\$6-2)[103]. I 1996 kom en lovtilføjelse § 6-2a, nu §10-3, som gav mulighed for at tilbageholde gravide misbrugere på institution uden samtykke under hele graviditeten[113, 114]. Formålet er at begrænse sandsynligheden for at barnet påføres skade. Tvangsindlæggelsen skal hjælpe kvinden til at komme ud af sit misbrug samt til at kunne tage vare på sit barn[113, 115]. I praksis lægges særlig vægt på en tværfaglig indsats og opfølgning efter udskrivelsen[115]. Loven giver ikke mulighed for tvangsbehandling af et stof- eller alkoholmisbrug, kun tilbageholdelse[103, 105-107, 113].

Evalueringer af den norske tvangslovgivning påpeger at: indsatsen overvejende er knyttet til gravide stofmisbrugere, at der er bekymrende store forskelle i måden tvangsbestemmelserne anvendes på, både af kommuner og af ansatte i kommunen, samt at de gravide misbrugere i stor grad har varierende erfaringer med tvang. De fleste kvinder bliver rusfrie under opholdet[101, 102, 104].

Erfaringer med tvangstilbageholdelse af gravide misbrugere

Der er meget få tilgængelige oplysninger om den mulige effekt af tvangstilbageholdelse. I perioden 2011-2014 var 52 kvinder indlagt uden samtykke på Borgestadklinikken. 43 (83%) havde forinden været i kontakt med systemet. 4 % havde et rent alkoholmisbrug og 25% et

blandingsmisbrug med alkohol. Data på 39 af kvinderne efter fødslen viste, at 6 børn blev født med abstinenser og 4 med præmaturitas. Den gFV var 3308g[105]. 26 kvinder (65%) beholdt omsorgen for deres barn, og 29 kvinder (74%) ønskede at fortsætte i frivillig behandling efter fødslen.

Et studie har vist en sammenhæng mellem tvangsopholdes længde og barnets fødselsvægt. På Borgerstadklinikken blev der i perioden 1996-2009 født 110 børn af tvangsindlagte kvinder samt 57 børn (3 tvillingepar) af frivilligt indlagte kvinder. De fleste kvinder var i begge grupper storrygere, og der blev omtrent født lige mange af hvert køn. I gruppen med 110 børn var gFV 3165g - 3029g ved tvangsindlæggelse under 140 dage og 3512g ved tvangsindlæggelser over 140 dage. I gruppen med 54 fødsler var gFV 3362g. Forskellen i gFV mellem de to grupper var 197g ($p=0.051$)[116].

Anbefaling

1. Der er en juridisk mulighed for tvangstilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere, såfremt kvinden på forhånd frivilligt har valgt at lade sig tilbageholde. I 2015 er der en max tilbageholdelsestid på 3 måneder.
2. Tvangstilbageholdelse kan anvendes ved afrusning og vedligeholdelse af behandling.
3. Et tvangstilbageholdelsesophold bør indeholde fokus på afhængighed, somatisk og psykologisk udredning, opfølgning efter udskrivelse samt tilknytning til socialrådgiver.

Appendix 1. Systematisk udspørgning

Mulig tilgang til systematisk udspørgning af alle gravide med henblik på opsporing af brugere og (potentielle) misbrugere af alkohol.

Delvis baseret på Kesmodel U. Alkohol i graviditeten: forbrug, holdninger, information og opsporing. Ugeskr Læger 2003;165(47):4540-4543.

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

Antal genstande

Mindre end 1 genstand om ugen

Ingen

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

Antal gange

Ingen

Husker ikke/ved ikke

Hvor langt henne i graviditeten var du ved disse lejligheder? Sæt X ved den eller de uger, hvor du drak 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed. Uge 1 starter ved sidste menstruations første dag.

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

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

Genstande

Ved ikke

3b. Hvor meget kunne du tåle før du blev gravid?

Genstande

Hvis ved ikke, gå til spørgsmål 3c, ellers spørgsmål 4

Ved ikke

3c. Hvad er det **største** antal genstande du har drukket på en gang før du blev gravid?

Genstande

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

- Ja, før graviditeten
Ja, under graviditeten
Nej

5. Starter du sommetider dagen med en lille en?

- Ja, før graviditeten
Ja, under graviditeten
Nej

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

- Ja, før graviditeten
Ja, under graviditeten
Nej

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

- Ja, før graviditeten
Ja, under graviditeten
Nej

Pointgivning, spørgsmål 3-7:

Der foretages særskilt beregning for forbruget før og forbruget under graviditeten.

Før graviditeten

- Ved pointberegning benyttes spørgsmål 3b eller 3c.
- 2 point for spørgsmål 3b/3c hvis svar er ≥ 6 genstande.
- 2 point for spørgsmål 4 ved positivt svar.
- 1 point for hvert af spørgsmålene 5, 6 og 7 ved positivt svar.
- Positiv test ved score ≥ 2 points.

Under graviditeten

- Ved pointberegning benyttes spørgsmål 3a.

- 2 point for spørgsmål 3a hvis svar er ≥ 3 genstande.
 - 2 point for spørgsmål 4 ved positivt svar.
 - 1 point for hvert af spørgsmålene 5, 6 og 7 ved positivt svar.
 - Positiv test ved score ≥ 2 points.
-

Appendix 2. Korte screeningsredskaber til detektion af problematisk alkoholforbrug (Burns et al., 2009).

Table 1 brief alcohol screening questionnaires[80]		
<i>Name</i>	<i>Components</i>	<i>Strengths and limitations</i>
AUDIT	10 multiple-choice questions: range 0-40	Takes about 2 minutes to complete
Saunders 1993	How often do you have a drink containing alcohol?	Evaluated in a variety of settings, populations and cultural groups
	How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	Developed by WHO to detect alcohol dependency in men
	How often do you have 6 or more drinks on one occasion?	
	How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	
	How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	
	How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	
	How often during the last year have you had the feeling of guilt or remorse after drinking?	
	How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you were drinking?	
	Have you or somebody else been injured as a result of your drinking?	
	Has a relative or friend, or a doctor or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	
	A cut-off score of 8 (men) or 6 (women) is used to identify hazardous drinkers	

AUDIT-C Bush 1998	How often do you have a drink containing alcohol in the past year? Never, monthly or less, 2-4 times a month, 2 or 3 times a week, ≥ 4 times a week	Developed from AUDIT Shorter and therefore quicker to administer
	How many drinks did you have on a typical day when you were drinking in the past year? 1 or 2, 3 or 4, 5 or 6, 7-9 or ≥ 10	
	How often did you have six* or more drinks on one occasion during the past year? Never, <monthly, monthly, weekly, daily or almost daily	
	Score 0-4 for each question, maximum score 12. Threshold for positive score ≥ 3	
	*Adapted for NESARC study to reflect larger drink size in the United States-how often do you drink five or more drinks on one occasion?	
CAGE	Four short questions	Takes less than 1 minute to complete
Mayfield 1974	C: have you ever felt you should cut down on your drinking? A: have people annoyed you by criticizing your drinking?	Developed for use in men Not considered to be accurate for identifying alcohol abuse in women, and for use in different ethnic groups
	G: have you ever felt bad or guilty about your drinking?	
	E: eye-opener: have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover?	
	Score 1 point for each 'yes' response; range 0-4. Threshold for positive score ≥ 2	
T-ACE	Four-item derivative of MAST and CAGE	Takes about 1 minute to complete
Sokol 1989	T: tolerance: how many drinks does it take to make you feel high? (>2 indicates tolerance) A: annoyed question from CAGE C. cut-down question from CAGE E: eye-opener question from CAGE	Developed for detecting excessive alcohol use in pregnant women
	Score 2 points for tolerance; 1 point for others; range 0-5; threshold for positive score ≥ 2	

TWEAK	Five-item derivative of CAGE	Takes about 1 minute to complete
Russell 1979	T: tolerance: how many drinks can you hold ('hold' version >5 indicates tolerance) or how many drinks can you take before you begin to feel the effects ('high' version >2 indicates tolerance)	Developed for detecting excessive alcohol use in pregnant women
	W: have close friends or relatives worried or complained about your drinking in the last year?	
	E: eye-opener: do you sometimes take a drink in the morning when you first get up?	
	A: amnesia: has a friend or family member ever told you about things you said or did while you were drinking that you could not remember?	
	K: kut down: do you sometimes feel the need to cut down on your drinking?	
	Score 2 points each for first 2 items and 1 point each for last 3; range 0-7; threshold for positive score ≥ 2	
NET	N: normal drinker: do you feel you are a normal drinker?	Takes about 1 minute to complete
Bottoms 1989	E: eye-opener question from CAGE	Developed for use in an obstetric population
	T: tolerance: how many drinks does it take to make you feel high? (>2 indicates tolerance)	
	Score 1 point each for not normal or eye-openers and 2 points for tolerance; range 0-4	

SMAST Selzer 1975	13 'yes' or 'no' questions (past 12 months only)	Shortened version of MAST, quicker to administer
	1. Do you feel you are a normal drinker?	
	2. Do your spouse, parents or other close relatives worry or complain about your drinking?	
	3. Do you ever feel guilty about your drinking?	
	4. Do friends or relatives think you are a normal drinker?	
	5. Are you able to stop drinking when you want to?	
	6. Have you ever attended a meeting of Alcoholics Anonymous	
	7. Has your drinking ever caused problem between you, a spouse, parents or close relative?	
	8. Have you ever got into trouble at work because of drinking?	
	9. Have you ever neglected your obligations your family or your work for 2 or more days in a row because you were drinking?	
	10. Have you ever gone to anyone for help about your drinking?	
	11. Have you ever been in a hospital because of drinking?	
	12. Have you ever been arrested for drunk driving or driving after drinking?	
	13. Have you ever been arrested, however short a time, because of drinking?	
	Score: each 'yes' response = 1 point	

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT-C: AUDIT consumption questions; NESARC: National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions; MAST: Michigan Alcohol Screening Test; SMAST: Short Michigan Alcohol Screening Test; WHO: World Health Organization

Appendix 3 - abstinensbehandling

Anbefalinger fra Region Midt (som arbejdsgruppen ikke har forholdt sig til)

Pennefører: Maria Cathrine CV Schmidt og Merete Hein

Fremgangsmåde

- En kvinde, der ønsker at ophøre eller er ophørt med et stort alkoholforbrug, bør indlægges.
- Kvinder med risiko for udvikling af abstinenser skal derfor tilses af personale (fx en sygeplejerske) hver 2. time.
- Abstinenskramper: behandles efter sædvanlige retningslinier.

Differentialdiagnoser:

- Sepsis/infektioner (pneumoni, bakteriami, meningitis, encephalitis)
- Hypoglykæmi
- Hepatisk encephalopati
- Metabolisk forstyrrelse
- Porfyri
- Akutte organiske psykiske syndromer
- Kranietraume
- Hjerneskade
- Intrakraniell blødning
- Neurologisk lidelse
- Wernicke's encephalopati

Parakliniske prøver:

- CRP, leukocytter, Hb, faktor 2,7,10, ASAT, basiske fosfataser, albumin, kreatinin, natrium, kalium, calcium, magnesium, BS, evt. A-punktur
- Urin-stix (glukose, ketoner, leukocytter og nitrit). Eventuelt urin-stix for medikamenter/rusmidler

Behandlingsprincipper:

- I Danmark har der igennem mange år været tradition for at anvende monoterapi med barbiturater i behandling af såvel alkohol abstinens som DT. Denne behandling er i det store og hele ukendt uden for Danmark, og evidensen for denne behandlingsform er lav (evidensniveau 4)[117]. Bedste evidens er derfor monoterapi med benzodiazepiner (evidensniveau 1a)[117]. Det tyder på, at benzodiazepiner med lang halveringstid er bedre end stoffer med kort halveringstid. I sidste trimester bør dog ikke anvendes langtidsvirkende benzodiazepiner på grund af risiko for udvikling af NAS (neonatal abstinens syndrom) hos det nyfødte barn
- **Cave:** Antikonvulsiva bør ikke anvendes på grund af teratogen effekt (fosterskadende effekt) med risiko for malformationer (medfødte misdannelser)

- Behandling af alkohol abstinenssymptomer hos gravide kvinder skal foregå i samarbejde med obstetrisk specialafdeling, fortrinsvis under indlæggelse. Evidens for effekt af supplerende abstinensbehandling med andre lægemidler (antikonvulsiva) eller Tiamin eller andre vitaminer er lav[117]. Der er ingen evidens for supplerende behandling af DT med antipsykotika.
- Behandling af grad 1 abstinenser kan oftest varetages under indlæggelse på en obstetrisk sengeafdeling. Behandling af sværere abstinenser vil oftest foregå under indlæggelse på medicinsk eller intensiv afdeling med tæt samarbejde mellem anæstesi, intern medicin, psykiatri og obstetrikere.

Behandlingen omfatter:

- CNS-sederende medikamentel behandling (Fenemal) givet i refrakte doser, styret ved hjælp af særligt observationsskema (Abstinensscoringsskema) se link herunder
- B-vitaminbehandling: Thiamin og evt. B-combin
- Understøttende behandling, herunder rehydrering

Observation:

Abstinensscoringsskemaet [Abstinensscore.doc](#)

Fenemal:

(Fenemal = Phenobarbital): tbl. 50 - 100 - 200 mg)

Plasma halveringstid: 4 døgn. 30% elimineres ved udskillelse gennem nyrerne og resten udskilles efter oxidation i leveren. Peroral absorption = 80% (dvs. parenteral dosis = peroral dosis).

1. Behandlingen indledes, når der klinisk foreligger abstinenssymptomer, dvs. ved en score på 2 eller derover
2. Der anvendes som hovedregel tbl. Fenemal (phenobarbital) à 100 mg
3. Som begyndelsesdosis gives tbl. Fenemal (phenobarbital) 200 mg (evt. 100 mg) pr. os.
4. Behandling gentages med ca. 1 times interval indtil søvn efter forudgående klinisk vurdering. Der gives tbl. Fenemal 200 mg (evt. 100 mg)
5. Der doseres altid efter kvindens kliniske tilstand, jvf. 4, således at gentagen dosis først gives, efter at det med sikkerhed klinisk er konstateret, at den forud indgivne dosis har udviklet maksimal effekt
6. Det er afgørende, at patienten bringes til ro inden for få timer, og at søvn opnås inden for 1. behandlingsdøgn. Ved underbehandling øges risikoen for en protraheret delirøs tilstand
7. Behandlingen fortsættes i 2. og følgende behandlingsdøgn efter principperne jvf. punkt 4 og 5
8. Ved score under 2 ophører abstinensbehandlingen og nedtrapningen kan begyndes

Efterbehandling:

1. Når kvinden er ude af den akutte fase, skal der fortsat behandles for abstinenser i 8 - 10 dage

2. Fenemal nedtrappes med 50 mg pr. uge (start med at reducere morgendosis)
3. Det er vigtigt under nedtrapningen, at der ikke kommer gennembrud af abstinenser

I.v. fenemal:

I de - få - tilfælde, hvor omstændighederne umuliggør tablet indtagelse, kan abstinensbehandlingen undtagelsesvis gennemføres med inj. Fenemal. Ved i.v.-injektion:

- CAVE hjerterytme-forstyrrelser:
- Begyndelsesdosis 100 mg (1 ml) langsomt i.v. (max. 60 mg/min) eller i.m.
- Behandlingen gentages med 100 mg i.v. (eller i.m.) med ca. 1 times interval jvf. punkt 4 og 5
- Ved klinisk mistanke om ventrikel retention kan gives supp. Primperan® = Metoclopramid 20 mg

Samtidig behandling med:

- Barbiturater og benzodiazepiner, prikbladet perikum ("grønne lykkepiller"), opioider eller hypnotika bør som hovedregel aldrig finde sted
- Derimod skal igangværende anden medicin (antipsykotika og antidepressiva) sædvanligvis ikke seponeres under behandlingen. Fenemal er en kraftig enzym induktor, som nedsætter virkningen af talrige medikamenter
- Fenemal medgives som udgangspunkt ikke ved udskrivelsen.
- I.m.: Denne administrationsmåde er en mulighed. Det kan dog give vævsnekrose. Der må maksimalt injiceres 5 ml på det samme sted. Maksimal virkning efter 1½ - 2 timer. Denne administrationsmåde kan anvendes, hvis patienten er urolig, og hvis det ikke er muligt at give Fenemal pr.os. eller i.v.
- I.v.: Injektionen skal gives langsomt intravenøst, max 60 mg/min. Risiko for paravenøst indløb, hvilket kan føre til vævsnekrose. Sker der paravenøs infusion, skal armen eleveres, og man skal forsøge at aspirere så meget som muligt. Man skal ikke forsøge at sprøjte saltvand ind. Vagthavende på plastikkirurgisk afdeling skal kontaktes. Ved i.v.-administration skal der være Rubens ballon på stuen, og kvinden skal tilses hvert 15. min. i den følgende halve time. Ved i.v.-administration må der højst gives 100 mg Fenemal pr. injektion, men dosis må gentages hver ½ time. Som følge af den lange plasmahalveringstid er der risiko for akkumulation og forgiftning. Behandling: Den renale clearance af barbiturater kan øges ved alkalisering af urinen og induktion af forceret diurese. Dopamin øger ligeledes den renale clearance.
- Cave: Allergi over for barbiturater. Tidligere respirationsinsufficiens under Fenemal-behandling. Forsigtighed ved kendt leverinsufficiens. Ældre eller patienter med kendt kronisk leversygdom (hepatitis, hepatopati) skal oftest behandles med lavere dosis end yngre som følge af den med alderen aftagende hepatiske funktion. Klinisk intoksikation med alkohol, sedativa, morfinpræparater eller andre farmaka, der kan medføre medikamentel interaktion med barbiturater. Tilstedeværende somatisk sygdom kan forveksles med abstinenssymptomer (se differentialdiagnoser).

Antabusbehandling:

- Antabus-behandling med Disulfiram kan overvejes efter 1. trimester og først når promillen er 0. Behandlingen kan have teratogen effekt på fosteret i 1. trimester, hvorfor behandlingen af den gravide i 1. trimester skal holdes op mod den potentielt skadelige effekt af alkoholindtagelse. Antabus-behandling er specielt indiceret ved nyopstået alkohol-afhængighedssyndrom og ved recidiver. Behandling af delirium tremens og Wernickes encephalopathi varetages af psykiater
- Hvis antabus-behandling påbegyndes, skal man forud for dette sikre, at kvinden ikke tidligere har erfaring med at kunne indtage alkohol trods antabus-behandling.

Vitamin tilskud ved alkoholmisbrug:

Til alle patienter, der abstinensbehandles, gives

- tbl. Thiamin 300 mg x 1 og
- tbl. B-combin forte 1 tbl. x 3 dagligt

Til patienter, hvor der er mistanke om længerevarende alkohol overforbrug (mere end 5 genstande dagligt i mere end 3 mdr.) gives

- tbl. Thiamin 300 mg x 1 og
- tbl. B-combin forte 1 tbl. x 3 dagligt i ca. 4 uger

Væskebehandling:

- Kvinden skal drikke rigeligt, fortrinsvis mælk og juice. Korrektion af væske- og elektrolytforstyrrelser følger de almindelige retningslinier
- Såfremt i.v.-væskeinfusion er indiceret, vil man normalt anvende isoton NaCl
- Såfremt i.v.-infusion af glukose er indiceret, skal der forinden gives inj. Thiamin 400 mg i.v. per liter isoton glukose

Motorkøretøj

- Kvinder, som udskrives eller forlader modtagelsen på et tidspunkt, hvor de stadig må antages at have Fenemal i blodet
 - Skal orienteres om, at de ikke bør føre motorkøretøj, samt kombination med alkohol er farlig. Denne orientering af kvinden skal journalføres.

Referencer

Pennefører: Maria Cathrine Schmidt

1. Sundhedsstyrelsen, *Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark*. Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2015.
2. Sundhedsstyrelsen, *Sunde vaner - før, under og efter graviditet*. 6. udgave, 1. opl. ed. 2015, København: Sundhedsstyrelsen : Komiteen for Sundhedsoplysning. 15 s.
3. Sundhedsstyrelsen, C., *Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol*. 2013.
4. O'Leary, C.M., *Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes*. J Paediatr Child Health, 2004. **40**(1-2): p. 2-7.
5. Abel, E.L., *Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion*. Alcohol Alcohol, 1997. **32**(3): p. 211-9.
6. Cornman-Homonoff, J., et al., *Heavy prenatal alcohol exposure and risk of stillbirth and preterm delivery*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2012. **25**(6): p. 860-3.
7. O'Leary, C.M. and C. Bower, *Guidelines for pregnancy: what's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up?* Drug Alcohol Rev, 2012. **31**(2): p. 170-83.
8. O'Leary, C.M., et al., *Maternal alcohol use and sudden infant death syndrome and infant mortality excluding SIDS*. Pediatrics, 2013. **131**(3): p. e770-8.
9. Phillips, D.P., K.M. Brewer, and P. Wadensweiler, *Alcohol as a risk factor for sudden infant death syndrome (SIDS)*. Addiction, 2011. **106**(3): p. 516-25.
10. Patra, J., et al., *Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses*. BJOG, 2011. **118**(12): p. 1411-21.
11. Burd, L., et al., *Congenital heart defects and fetal alcohol spectrum disorders*. Congenit Heart Dis, 2007. **2**(4): p. 250-5.
12. Fagerlund, A., et al., *Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2012. **21**(4): p. 221-31.
13. Gray R, H.J., *Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure*. . National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2006.
14. Bay, B. and U.S. Kesmodel, *Prenatal alcohol exposure - a systematic review of the effects on child motor function*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011. **90**(3): p. 210-26.
15. Nguyen, T.T., et al., *Children with heavy prenatal alcohol exposure experience reduced control of isotonic force*. Alcohol Clin Exp Res, 2013. **37**(2): p. 315-24.
16. Petersen GL, K.U., Strandberg-Larsen K., *Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten*. . Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2015.

17. Simmons, R.W., et al., *Children with heavy prenatal alcohol exposure exhibit deficits when regulating isometric force*. Alcohol Clin Exp Res, 2012. **36**(2): p. 302-9.
18. Chiodo, L.M., et al., *Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use*. Alcohol, 2012. **46**(3): p. 261-7.
19. Makarechian N, A.K., Devlin J, Trepanier E, Koren G, Einarson TR., *Association between moderate alcohol consumption during pregnancy and spontaneous abortion, stillbirth and premature birth: A meta-analysis*. Can J Clin Pharmacol, 1998. **5**(3): p. 169-176.
20. Aliyu, M.H., et al., *Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons*. Alcohol, 2008. **42**(5): p. 369-74.
21. Kesmodel, U., et al., *Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life*. Am J Epidemiol, 2002. **155**(4): p. 305-12.
22. Iyasu, S., et al., *Risk factors for sudden infant death syndrome among northern plains Indians*. JAMA, 2002. **288**(21): p. 2717-23.
23. Strandberg-Larsen, K., et al., *Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality*. Epidemiology, 2009. **20**(6): p. 884-91.
24. Carter, R.C., et al., *Effects of heavy prenatal alcohol exposure and iron deficiency anemia on child growth and body composition through age 9 years*. Alcohol Clin Exp Res, 2012. **36**(11): p. 1973-82.
25. Carter, R.C., et al., *Fetal alcohol-related growth restriction from birth through young adulthood and moderating effects of maternal prepregnancy weight*. Alcohol Clin Exp Res, 2013. **37**(3): p. 452-62.
26. Ernhart, C.B., et al., *Alcohol-related birth defects: assessing the risk*. Ann N Y Acad Sci, 1989. **562**: p. 159-72.
27. Mills, J.L. and B.I. Graubard, *Is moderate drinking during pregnancy associated with an increased risk for malformations?* Pediatrics, 1987. **80**(3): p. 309-14.
28. O'Leary, C.M., et al., *Prenatal alcohol exposure and risk of birth defects*. Pediatrics, 2010. **126**(4): p. e843-50.
29. Bower, E., et al., *Impaired odor identification in children with histories of heavy prenatal alcohol exposure*. Alcohol, 2013. **47**(4): p. 275-8.
30. Falgreen Eriksen, H.L., et al., *The effects of low to moderate prenatal alcohol exposure in early pregnancy on IQ in 5-year-old children*. BJOG, 2012. **119**(10): p. 1191-200.
31. Graham, D.M., et al., *Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo*. Alcohol Clin Exp Res, 2013. **37** Suppl 1: p. E338-46.
32. Hepper, P.G., J.C. Dornan, and C. Lynch, *Fetal brain function in response to maternal alcohol consumption: early evidence of damage*. Alcohol Clin Exp Res, 2012. **36**(12): p. 2168-75.
33. Underbjerg, M., et al., *The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on selective and sustained attention in 5-year-old children*. BJOG, 2012. **119**(10): p. 1211-21.
34. Andersen, A.M., et al., *Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death*. Int J Epidemiol, 2012. **41**(2): p. 405-13.

35. Henriksen, T.B., et al., *Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion*. Am J Epidemiol, 2004. **160**(7): p. 661-7.
36. Henderson, J., R. Gray, and P. Brocklehurst, *Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome*. BJOG, 2007. **114**(3): p. 243-52.
37. Pfinder, M., et al., *Preterm birth and small for gestational age in relation to alcohol consumption during pregnancy: stronger associations among vulnerable women? Results from two large Western-European studies*. BMC Pregnancy Childbirth, 2013. **13**: p. 49.
38. Strandberg-Larsen, K., et al., *Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death*. Obstet Gynecol, 2008. **111**(3): p. 602-9.
39. Flak, A.L., et al., *The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis*. Alcohol Clin Exp Res, 2014. **38**(1): p. 214-26.
40. Alati, R., et al., *Effect of prenatal alcohol exposure on childhood academic outcomes: contrasting maternal and paternal associations in the ALSPAC study*. PLoS One, 2013. **8**(10): p. e74844.
41. Day, N.L., et al., *The association between prenatal alcohol exposure and behavior at 22 years of age*. Alcohol Clin Exp Res, 2013. **37**(7): p. 1171-8.
42. Kesmodel, U.S., et al., *The effect of alcohol binge drinking in early pregnancy on general intelligence in children*. BJOG, 2012. **119**(10): p. 1222-31.
43. Kuehn, D., et al., *A prospective cohort study of the prevalence of growth, facial, and central nervous system abnormalities in children with heavy prenatal alcohol exposure*. Alcohol Clin Exp Res, 2012. **36**(10): p. 1811-9.
44. Skogerbo, A., et al., *The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on behaviour in 5-year-old children: a prospective cohort study on 1628 children*. BJOG, 2013. **120**(9): p. 1042-50.
45. Skogerbo, A., et al., *The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on executive function in 5-year-old children*. BJOG, 2012. **119**(10): p. 1201-10.
46. Strandberg-Larsen, K., et al., *Characteristics of women who binge drink before and after they become aware of their pregnancy*. Eur J Epidemiol, 2008. **23**(8): p. 565-72.
47. al., L.S.e., *Fetal Alcohol Exposure and IQ at Age 8: Evidence from a Population-Based Birth-Cohort Study*. PLoS One, 2002. **7**:e49407.
48. Sundhedsstyrelsen, *Ernæring til spædbørn og småbørn - en håndbog for sundhedspersonale*. 2015.
49. Backstrand, J.R., et al., *Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months*. Eur J Clin Nutr, 2004. **58**(12): p. 1626-34.
50. Mennella, J.A. and G.K. Beauchamp, *The transfer of alcohol to human milk. Effects on flavor and the infant's behavior*. N Engl J Med, 1991. **325**(14): p. 981-5.
51. Mennella, J.A. and P.L. Garcia-Gomez, *Sleep disturbances after acute exposure to alcohol in mothers' milk*. Alcohol, 2001. **25**(3): p. 153-8.
52. Mennella, J.A. and C.J. Gerrish, *Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep*. Pediatrics, 1998. **101**(5): p. E2.

53. Flores-Huerta, S., et al., *Effects of ethanol consumption during pregnancy and lactation on the outcome and postnatal growth of the offspring*. Ann Nutr Metab, 1992. **36**(3): p. 121-8.
54. Little, R.E., et al., *Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year*. N Engl J Med, 1989. **321**(7): p. 425-30.
55. Little, R.E., et al., *Alcohol, breastfeeding, and development at 18 months*. Pediatrics, 2002. **109**(5): p. E72-2.
56. Haastруп, M.B., A. Pottегard, and P. Damkier, *Alcohol and breastfeeding*. Basic Clin Pharmacol Toxicol, 2014. **114**(2): p. 168-73.
57. Hoyme, H.E., et al., *A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria*. Pediatrics, 2005. **115**(1): p. 39-47.
58. Centers for Disease, C.a.P., *Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs)*. 2015.
59. Williams, J.F., V.C. Smith, and A. Committee On Substance, *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Pediatrics, 2015. **136**(5): p. e1395-406.
60. Weitzman C, R.P., *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Clinical features and diagnosis*. 2015: UpToDate.
61. Thormann, I., *Medfødte alkoholskader - omsorg og behandling*. 2006.
62. Thormann, I., *Minimizing Secondary Disabilities*, in *Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Adults: Ethical and Legal Perspectives. An Overview on FASD for Professionals 2016*. 2006. p. 269-284.
63. Ericson L, H.B., Magnusson L, *Hälsekonomisk studie av barn och vuxna med fetalt alkoholsyndrom*. Nka, Linnéuniversitetet.
64. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2013: København.
65. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2009: København.
66. Uchalik, D.C., *A comparison of questionnaire and self-monitored reports of alcohol intake in a nonalcoholic population*. Addict Behav, 1979. **4**(4): p. 409-13.
67. Poikolainen, K. and P. Karkkainen, *Diary gives more accurate information about alcohol consumption than questionnaire*. Drug Alcohol Depend, 1983. **11**(2): p. 209-16.
68. Kesmodel, U. and S.F. Olsen, *Self reported alcohol intake in pregnancy: comparison between four methods*. J Epidemiol Community Health, 2001. **55**(10): p. 738-45.
69. Sobell LC, S.M., *Assessing alcohol problems - a guide for clinicians and researchers*, C.M. Allen JP, Editor. 1995: NIAAA/NIH Bethesda. p. 55-73.
70. Olsen, J. and G. Frische, *Comparison between data obtained through questionnaires and interviews: life-style habits of pregnant women*. Scand J Soc Med, 1988. **16**(1): p. 49-52.
71. da Costa Pereira, A., J. Olsen, and S. Ogston, *Variability of self reported measures of alcohol consumption: implications for the association between drinking in pregnancy and birth weight*. J Epidemiol Community Health, 1993. **47**(4): p. 326-30.
72. Nybo Andersen, A.M. and J. Olsen, *Do interviewers' health beliefs and habits modify responses to sensitive questions? A study using data Collected from pregnant women by means of computer-assisted telephone interviews*. Am J Epidemiol, 2002. **155**(1): p. 95-100.

73. Romelsjo, A., H. Leifman, and S. Nystrom, *A comparative study of two methods for the measurement of alcohol consumption in the general population*. *Int J Epidemiol*, 1995. **24**(5): p. 929-36.
74. Cahalan D, C.I., Crossley HM, *American drinking practices - a national survey of drinking behavior and attitudes.*, R.C.o.A. Studies, Editor. 1969, New Brunswick: New Jersey.
75. Khavari, K.A. and P.D. Farber, *A profile instrument for the quantification and assessment of alcohol consumption*. *The Khavari Alcohol Test*. *J Stud Alcohol*, 1978. **39**(9): p. 1525-39.
76. Bowman, R.S., L.I. Stein, and J.R. Newton, *Measurement and interpretation of drinking behavior. I. On measuring patterns of alcohol consumption. II. Relationships between drinking behavior and social adjustment in a sample of problem drinkers*. *J Stud Alcohol*, 1975. **36**(9): p. 1154-72.
77. Casswell, S., T. Huckle, and M. Pledger, *Survey data need not underestimate alcohol consumption*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2002. **26**(10): p. 1561-7.
78. Kesmodel, U. and M. Frydenberg, *Binge drinking during pregnancy--is it possible to obtain valid information on a weekly basis?* *Am J Epidemiol*, 2004. **159**(8): p. 803-8.
79. Kesmodel, U., *Binge drinking in pregnancy--frequency and methodology*. *Am J Epidemiol*, 2001. **154**(8): p. 777-82.
80. Burns E, G.R., Smith LA, *Brief screening questionnaire to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review*. *Addiction*, 2009. **105**: p. 601-614.
81. Gynækologi, D.S.f.O.o., *Familieambulatorie-guideline; Håndtering af gravide med risikoforbrug af potentielt vanedannende medicin, alkohol eller andre rusmidler*. 2015.
82. Sundhedsstyrelsen, *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer - Familieambulatoriets interventionsmodel*. 2005, Sundhedsstyrelsen: København.
83. Fleming, M.F., et al., *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2002. **26**(1): p. 36-43.
84. Mengel, M.B., H.R. Searight, and K. Cook, *Preventing alcohol-exposed pregnancies*. *J Am Board Fam Med*, 2006. **19**(5): p. 494-505.
85. Doi, L., R. Jepson, and H. Cheyne, *A realist evaluation of an antenatal programme to change drinking behaviour of pregnant women*. *Midwifery*, 2015. **31**(10): p. 965-72.
86. Jones, T.B., B.A. Bailey, and R.J. Sokol, *Alcohol use in pregnancy: insights in screening and intervention for the clinician*. *Clin Obstet Gynecol*, 2013. **56**(1): p. 114-23.
87. Floyd, R.L., et al., *Prevention of fetal alcohol spectrum disorders*. *Dev Disabil Res Rev*, 2009. **15**(3): p. 193-9.
88. Foote, J., et al., *A group motivational treatment for chemical dependency*. *J Subst Abuse Treat*, 1999. **17**(3): p. 181-92.
89. Nilsen, P., *Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings*. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2009. **21**(6): p. 496-500.
90. Wilton, G., et al., *A randomized trial comparing telephone versus in-person brief intervention to reduce the risk of an alcohol-exposed pregnancy*. *J Subst Abuse Treat*, 2013. **45**(5): p. 389-94.

91. Chang, G., et al., *Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial*. *Obstet Gynecol*, 2005. **105**(5 Pt 1): p. 991-8.
92. O'Connor, M.J. and S.E. Whaley, *Brief intervention for alcohol use by pregnant women*. *Am J Public Health*, 2007. **97**(2): p. 252-8.
93. Stade, B.C., et al., *Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(2): p. CD004228.
94. Logan T, W.R., Cole J, Leukefeld C, *Victimization and substance abuse among women: Contributing factors, interventions and implications*. *Rev Gen Psychol*, 2005. **6**: p. 325-397.
95. Hankin, J., M.E. McCaul, and J. Heussner, *Pregnant, alcohol-abusing women*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2000. **24**(8): p. 1276-86.
96. Sundhedsstyrelsen, *Alkoholstatistik 2015*. 2015, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut.
97. Sundhedsstyrelsen., *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen : - en vejledning til Sundhedsloven §119 stk. 1 og 2. : 1.0*; Versionsdato: 19. marts 2007. ed. 2007, Kbh., 32 s.
98. Sundhedsstyrelsen., *Evidens i forebyggelsen*. 1,0; versionsdato; Oktober 2007. ed. 2007, København: Sundhedsstyrelsen. 26 s.
99. Mather, M., K. Wiles, and P. O'Brien, *Should women abstain from alcohol throughout pregnancy?* *BMJ*, 2015. **351**: p. h5232.
100. Söderström K, S.J., *Pregnancy and substance use - the Norwegian paragraph 10-3 solution. Ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances*, in *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2012: Norge. p. 155-171.
101. Lundeberg IR, M.K., Søvig KH, Nilssen E, Ravneberg B, *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering af lov om sosiale tjenester Paragraf 6-2, 6-2a og 6-3*. 2010, Stein Rokkan Senter for Flerfaglige Samfunnsstudier.
102. Social, o.h., *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?*, in *Rapport fra ekspertgruppe*. 2006.
103. Velfærd, D.N.F.f., *Forskning om tvang i misbrugsbehandling*. 2011.
104. Lundeberg IR, M.K., *Grenser for tvang. , in Om socialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere*. 2009, Stein Rokkan Senter for Flerfaglige Samfunnsstudier.
105. Kristiansen, R., *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter HOT paragraf 10-3 i perioden 2011-2014 sammenlignet med funnene fra 1996-2010. . 2015, Kompetansesenter rus - region sør*.
106. Nordlie, E., *Experience in Involuntary Hospitalisation of Drug and Alcohol Addicted Mothers During Their Pregnancies at Borgestadsklinikken, Norway*, in *Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Adults: Ethical and Legal Perspectives. An Overview of FASD for Professionals*, T.M. Nelson M, Editor. 2015, Springer.
107. Social, o.I.o.S.-o.Æ., *Afrapportering: Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler. . 2015*.
108. Social, o.I. *Nyheder 28.10.2015*. 2015; Available from: <http://sim.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2015/okt/gravide-kvinder-med-misbrug-skal-nemmere-kunne-lade-sig-tilbageholde-i-behandling.aspx>.
109. Reitan T, W.L., *Gravida Missbrukare i svensk tvångsvård.*, in *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2011. p. 211-233.
110. Reitan T, W.L., *Gravida Missbrukare inom LVM-vården. . Vård i Fokus*, 2012(9).
111. Wennberg, C. *Socialjuridik - Gravida Kvinnor med pågående missbruk*.
112. Gerdner A, B.M., *Översikt om tvångsvård vid missbruk - effekt och kvalitet. . Statens Institutionsanalyse*.

113. Helse, o.o., *Helse- og omsorgstjenesten, kap. 10: Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige*. 2011.
114. Søvig, K.H., *Socialtjenesteloven (LOST) bliver til Helse- og omsorgsloven (HOL)*. Kommuntorget.no, 2012.
115. Helsedirektoratet., *Høringsudkast - vejleder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmidproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapitel 10*. . 2015.
116. Nordlie, E., *Fødselsvekt hos barn født av tvangsinnlagte og frivillig innlagte gravide rusmiddelbrukere*. Borgestadknikken 2012. **1**: p. 126-136.
117. Nielsen AS, B.U., Højgaard B, Lassen AB, Willemann M, Søgaard J, et al., *Alkoholbehandling - en medisinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, Editor. 2006: København.