

Gravide misbrugere – skal de tvinges i behandling?

Skal vi lovgive om tvangsbehandling af stof- og alkoholafhængige gravide kvinder? Hvor mange drejer det sig om Hvordan finder man frem til dem? Og kan man forestille sig alternativer til tvang?

AF MADS UFFE PEDERSEN

Nu diskuteres tvangsbehandling af gravide misbrugere igen. Denne gang måske endda med et politisk flertal i ryggen. I dag er det ganske vist muligt at tilbyde en form for 'frivillig tvang', hvilket vil sige, at den gravide kvinde kan tvinges til at forblive i behandling, hvis hun vel at mærke har givet lov til det, dengang hun blev indlagt. Dette tilbud er mildt sagt ikke blevet praktiseret i særligt mange tilfælde, hvilket nu ikke kun er kvindernes skyld. Således er der mange behandlingsinstitutioner, der oplever, at de ikke har haft ressourcer til at etablere et sådant 'frivilligt' tvangstilbud for de relativt få kvinder, de kunne forvente at få i behandling. Dertil kommer, at mange institutioner generelt ikke bryder sig om tvangsbehandling.

Den manglende benyttelse af denne 'frivillige tvang' er nok en af grundene til, at politikerne nu igen foreslår egentlig tvangsbehandling af gravide afhængige. At indføre tvang er dog ikke nogen enkel sag, og det bør derfor også som mindste krav hvile på en viden om nytteværdien af en sådan foranstaltning. Det kniber det mildt sagt gevaldigt med. Ikke mindst følgende tre problemer har fuldstændigt været fraværende i diskussionen:

- a) *Hvori består problemet egentlig?* Spørgsmålet er her, hvor mange er der tale om og hvad der i virkeligheden er det største problem?
- b) *Hvem er målgruppen for tvangsbehandling?* Spørgsmålet er her, om indførelse af tvangsbehandling af gravide overhovedet vil komme til at ramme den rigtige målgruppe?
- c) *Hvad hjælper bedst?* Spørgsmålet er her, om det nogensinde er dokumenteret, at tvang er effektiv, og om der findes metoder, der har vist sig effektive til både at 'lokke' de mindre motiverede gravide kvinder til behandling og fastholde dem i behandling?

Hvad er problemet?

Faktisk er der ikke tale om ét problem, men to. Lad mig anskueliggøre det på følgende måde: Det skønnes, at der hvert år fødes omkring 3.000 børn af mødre, der er afhængige af alkohol og/eller illegale stoffer (se faktaboks). Noget tyder på, at det er ca. 300 af disse, der er kendt af misbrugsbehandlingssystemet, herunder familieambulatorier (flere er uden tvivl kendt af egen læge, jordemødre og andre professionelle). Det er altså ca. 10 ud af 100, som modtager en særlig indsats, fordi de er gravide og afhængige af rusmidler (10%). 2-3 af disse 10 er så kaotiske, at de er vanskelige at fastholde i behandling. Denne gruppe udgør problem nummer 1.

Problem nummer 2 er at få kontakt til de 90 af de 100, som vi ved findes, men som enten ikke tør tage kontakt (er bange for hvad de sociale myndigheder kan finde på), eller som skammer sig for meget over at søge hjælp for deres afhængighed. På den ene side har vi altså 2-3% af den samlede

gravide-gruppe, som vi har problemer med at fastholde, og på den anden side 90% af de gravide afhængige, som vi har problemer med at få kontakt til. Og så må man jo spørge sig selv: 'Hvem er tvangsbehandlingen rettet mod?'. Der er vel ikke megen tvivl om, at den er rettet mod de 2-3% kaotiske gravide. Man kan derfor også med rette spørge sig selv, hvilke metoder der er mest hensigtsmæssige at indføre: Metoder der skal sikre fastholdelse af de 2-3% af de gravide, der er så kaotiske, at de ikke kan varetage deres ufødte barns tarv, eller metoder der kan skabe kontakt til langt flere af de 90 %, som slet ikke får specifik hjælp/behandling, der kan afhjælpe den situation, de er i? Man kunne selvfølgelig sige 'begge typer metoder', og det er der nok ikke nogen, der er uenige i. Problemet er så bare, at den type metode til at fastholde, som mange tilsyneladende går ind for (tvang), næppe fremmer kontakten til de 90%, der ikke har lyst til at konsultere misbrugsbehandlingssystemet.

Til slut i denne artikel skal der gives et forslag til en fastholdelsesmetode, som måske endda kan slå to fluer med ét smæk: Både skabe kontakt og fastholde. Først skal et andet problem dog diskuteres. Dette problem kan knyttes til, hvem målgruppen for den særlige indsats rettet mod gravide afhængige kvinder egentlig er?

Hvem er målgruppen for tvangsbehandling?

Som det fremgår af faktaboksen, fødes ca. 2.500 børn om året af alkoholafhængige kvinder og ca. 500 børn af kvinder, der er afhængige af illegale stoffer. Altså mindst fem gange så mange alkohol- som stofafhængige. Mens man relativt ofte ser gravide kvinder, der er afhængige af illegale stoffer, i behandling, så er det samme til gengæld ikke tilfældet med alkoholafhængige gravide kvinder. Hvis man spørger alkoholrådgivninger om, hvor ofte de ser gravide, yngre, alkoholafhængige kvinder, så kan det i bedste fald karakteriseres som en meget sjælden begivenhed. Måske ses der i dag lidt flere alkoholafhængige gravide kvinder i misbrugsbehandling i visse større byer end tidligere, men der er stadig slet ikke tale om så mange alkoholafhængige gravide i behandling som gravide, der er afhængige af illegale stoffer. Gennemsnitsalderen for en kvinde indlagt til alkoholbehandling er da også midt i 40'erne, mens den er omkring 30 år for en kvinde indlagt til stofbehandling. Alt dette på trods af, at der altså er mindst fem gange så mange yngre alkoholafhængige kvinder som stofafhængige kvinder, og at der ikke er den fjerneste indikation på, at der fødes færre børn af alkoholafhængige end af stofafhængige kvinder. Med andre ord: Gravide alkoholafhængige kvinder opdages oftest enten slet ikke eller først alt for sent. Måske har egen læge, jordemoder eller andre professionelle en mistanke, men alkoholafhængige er rigtig dygtige til at dække over deres forbrug. Dertil kommer, at der slet ikke kun er tale om socialt belastede kvinder, der er alkoholafhængige. Alkoholafhængige kvinder kan enten selv være veluddannede, eller også er deres mænd det. Ofte er de slet ikke brugere af de sociale hjælpesystemer, og så længe de er unge heller ikke nødvendigvis af sundhedssystemet. De unge gravide kvinder, der er afhængige af illegale stoffer, er derimod i langt højere grad kendt af behandlingssystemet – ikke mindst fordi de ofte også har svære sociale og psykiske problemer.

Det kan altså konkluderes, at der findes fem-seks gange flere gravide kvinder, der er afhængige af alkohol, end kvinder der er afhængige af illegale stoffer, og at de gravide alkoholafhængige kvinder kun i begrænset omfang ses i misbrugsbehandlingssystemet.

Spørgsmålet er nu, om forslaget om tvangsbehandling af gravide kvinder virkelig er rettet mod alle gravide kvinder, som står i fare for at skade deres ufødte barn, eller om det blot er endnu et forslag, som kan bruges til at jage samfundets svageste borgere – de unge stofafhængige kvinder? Hvis man virkelig vil det her, så må man vel også finde metoder til at identificere og motivere gravide alkoholafhængige kvinder, herunder også kvinder, der både er veluddannede, har veluddannede mænd m.m.? Det er ikke tilfældet i dag. I dag er det relativt oftest de stofafhængige, som man kan 'få fat i', og deres børn får sjældent føtalt alkoholsyndrom (den sværeste alkoholskade). Tillige udgør de altså højst en femtedel af problemet. Tvangsbehandling af gravide står med andre ord i fare for at blive rettet mod den helt forkerte målgruppe og samtidig besværliggøre etablering af kontakt til de alkoholafhængige.

Hvad hjælper bedst?

Umiddelbart ser det ud til, at mange danskere (inklusive en hel del politikere) er af den opfattelse, at straf og tvang har en rehabiliterende effekt på alkoholisme og narkomani. Eller også mener de blot, at det alene er barnets tarv, der skal tilgodeses, mens moderen er ligegyldig. Hvis det sidste er tilfældet, kan jeg godt forstå, at de alkoholafhængige gravide kvinder holder sig langt væk, hvilket jeg også godt vil garantere, at de fortsætter med, hvis der indføres tvangsbehandling.

Nu er det en almindeligt anerkendt kendsgerning, at belønning altid er langt bedre til at forandre adfærd i en positiv retning end tvang og straf. Det gælder i opdragelse af vores børn, det gælder i ledelse af medarbejdere; det gælder, når vi skal have stof- og alkoholafhængige til at søge behandling og forblive i den - og meget mere. Tilmed er belønningsmetoder langt billigere end dyre tvangsforanstaltninger. Så hvorfor i himlens navn bliver vi ved med at tale om tvang og straf, når det er belønning, der er det mest effektive?

På amerikansk kaldes belønningsmetoden for 'contingency management', og man taler om noget så halsbrækkende som 'voucher-based reinforcement intervention'. Og hvad består så denne belønning egentlig i? Der kan være tale om alt muligt lige fra egentlig betaling for rene urinprøver; betaling for fremmøde; de fremmødte deltager i et lotteri; de fremmødte får biografbilletter eller adgang til andre kulturoplevelser og meget mere. Det kan umiddelbart virke 'udansk'. Ikke desto mindre har belønningsmetoden (som jeg vil vælge at kalde den), vist sig at høre til blandt de mest effektive metoder, der findes, ikke bare til at få klienterne ud af deres stofmisbrug, men også til at overtale dem til at gå i behandling og fastholde dem i behandlingen, når de endelig har accepteret at blive indlagt. Dette er fundet i metaanalyser, og belønningsmetoden har også vist sig effektiv til at fastholde gravide stofafhængige kvinder i behandling i et såkaldt Cochrane Review, som er noget af det ypperste, når man skal forsøge at overbevise andre om en metodes fortræffelighed (faktisk ser det ud til, at det indtil videre er den eneste metode, der har vist sig effektiv). Det er der som nævnt ikke så meget overraskende i. Belønning virker vitterligt bedre end straf. Måske er det bare for svært for os at acceptere, at vi skal til at belønne narkomaner, som både begår indbrud i vores hjem, stjæler vores håndtasker og til tider opfører sig højst upassende?

Derimod findes der ikke den ringeste dokumentation for, at tvangsbehandling af gravide kvinder skulle have nogen som helst effekt. Der findes ikke et eneste egentligt eksperiment, hvor man har afprøvet tvangsbehandlingens effektivitet over for gravide kvinder. Der findes ganske vist artikler, der diskuterer, om det ikke kan være nødvendigt at tvangstilbageholde en kvinde i barnets interesse,

og en sådan diskussion er naturligvis særdeles relevant. Men hvis man nu kunne få de gravide alkohol- og stofafhængige kvinder til at komme i behandling, blive i behandling og måske endda hjælpe dem med at opretholde kontrol over deres forbrug efter fødslen ved at belønne dem, så skulle det da være særdeles småligt og – meget lidt dansk, burde man mene – ikke at forunde dem en sådan belønning.

Én ting er desværre også her de stofafhængige og noget helt andet de alkoholafhængige. Det er således både mystisk og stærkt bekymrende, at man ikke i de store forskningsdatabaser kan finde undersøgelser af effektiviteten af den behandling, der gives til gravide alkoholafhængige. I et Cochrane Review fra 2008 har man således ikke fundet én eneste anvendelig undersøgelse, der kan sige noget klart om, hvilke metoder der er de mest anvendelige i behandlingen af alkoholafhængige gravide kvinder. Det kunne måske være, fordi man også i udlandet står med præcis det samme problem som i Danmark: Gravide stofafhængige kan man få fat i, hvilket man til gengæld ikke kan med de gravide alkoholafhængige, selvom de udgør langt det største problem.

Danske erfaringer

De danske erfaringer med behandling af rusmiddelafhængige gravide kvinder kan ikke mindst knyttes til den såkaldte 'familieambulatorium-interventionsmodel' fra Hvidovre Hospital. Behandlingen på Hvidovre Hospitals familieambulatorium er uden tvivl både samvittighedsfuld og kompetent, men der eksisterer altså ikke bare skyggen af dokumentation for, at denne model er hverken værre eller bedre til at motivere kvinderne til at søge behandling eller fastholde dem i behandling, når de er kommet inden for dørene. Modellen er aldrig blevet eksternt evalueret, og den er ikke beskrevet i nogen tidsskriftartikel. Der findes en form for selvevalueringsrapport udgivet af Sundhedsstyrelsen, hvor man kan se, at der tilsyneladende er gode resultater med dem, der har fulgt behandlingen, men ellers er de få oplysninger, der er præsenteret, metodisk set fuldstændigt uigennemskuelige. Det fremgår heller ikke, hvor mange af de gravide kvinder der er alkoholafhængige, og hvor mange der er stofafhængige. Og det her handler jo slet ikke om, hvorvidt der opnås gode resultater med de gravide kvinder, der er motiveret for at være i behandling. Det er ikke særligt svært at opnå – faktisk skal man anstrenge sig en hel del for ikke at opnå sådanne gode resultater. Dette er et spørgsmål om, hvorvidt man er i stand til bedst at motivere de gravide kvinder, der er bange for at søge hjælp, og bedst fastholde de kvinder, der står i fare for at afbryde behandlingen. Det er her, effekten opnås – det er her, der gøres en forskel.

Konklusion

Det er temmelig absurd, at de skader, tvangsbehandling primært er tænkt til at minimere – nemlig alkoholskaderne – præcis er de skader, man ikke når med tvangsbehandling af gravide misbrugere. Således er mindst 80 % af alle rusmiddelafhængige gravide kvinder afhængige af alkohol, og den gruppe ses relativt sjældent i misbrugsbehandlingssystemet. Så hvordan vil man få fat i dem? Det kan konstateres, at det ikke er lykkedes indtil nu, og en tvangsforanstaltning vil uden tvivl blot gøre dem endnu mere usynlige. Man kan derfor også frygte, at en tvangsforanstaltning ikke vil mindske antallet af børn født med føtal alkohol syndrom eller andre svære alkoholskader. Og det var vel ellers det, der var meningen? Derimod kan det godt være, vi kan få tvunget nogle narkomaner i behandling, som behandlingssystemet kender i forvejen. Men samtidig har det jo vist sig, at den

bedste metode – og den eneste metode, der indtil videre har vist sig effektiv til at fastholde gravide stofafhængige kvinder i behandling – er belønningsmetoden. Derimod eksisterer der ikke den fjerneste dokumentation for, at tvang har nogen som helst effekt, som ikke kunne opnås på andre måder – hverken herhjemme eller i udlandet. I øvrigt heller ikke fra Norge, som ellers ofte fremdrages i denne debat. Det er derfor muligt, at en sådan tvangsforanstaltning ville kunne hjælpe 2-3% flere børn af afhængige mødre om året, men det er mindst lige så muligt, at den vil gøre det endnu mere umuligt at få kontakt med de 90%, der ikke får tilbudt særlig hjælp for deres afhængighed under graviditeten. Med andre ord kan effekten meget nemt gå hen og blive direkte negativ.

Så mit simple og meget billige forslag vil derfor være: Giv gravide rusmiddelafhængige, der accepterer at indgå i et behandlings- og rådgivningsforløb, 5.000 kr. om måneden for deres ulejlighed (gerne skattefrit). Dette kunne ses som en investering i barnet og en belønning til kvinderne for ansvarlig adfærd. Betingelsen for udbetaling er fremmøde og overholdelse af indgåede aftaler. Det vil koste 45.000 kr. for en hel graviditetsperiode pr. gravid (samme pris som en almindelig døgnbehandlingsplads koster pr. måned). For hver eneste ekstra gravide kvinde, man får 'løkket' i behandling, vil man redde to personer (moderen og barnet) og tillige spare det danske samfund for enorme fremtidige udgifter. Samtidig er jeg ikke i tvivl om, at selv den mest kaotiske stofafhængige gravide kvinde, der påtænker at forlade behandlingen, vil tænke sig om to gange, hvis hun samtidig mister 5.000 kr. om måneden ved ikke at overholde de indgåede aftaler. Det kræver selvfølgelig, at danskerne lægger deres misundelse på hylden og accepterer, at denne gruppe af kvinder har oplevet straf nok gennem livet. Det kunne så være, at flere af de alkoholafhængige også dukkede op til sådan en behandling (hvem ved – måske kan vi i stedet for 10% få skabt kontakt med 40%?). Det ville være en effekt, der batter, og slet ikke urealistisk. For alle disse kvinder kan udmærket se det uholdbare i situationen. De er mest af alt bange, og så skammer de sig også frygteligt meget.

FORFATTER

MADS UFFE PEDERSEN

CENTERLEDER, CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

FAKTA

Det skønnes, at 180.000 danskere er afhængige af alkohol. Ca. 1/3 af disse er kvinder (60.000), og ca. 48.000 af disse 60.000 kvinder er under 50 år. Dette svarer til 3,8% af alle landets kvinder, der er under 50 år. I 2008 blev der født 65.038 børn af kvinder under 50 år. Vi ved, at alkoholafhængige kvinder føder lige så mange børn som andre kvinder – altså er 3,8% af de 65.038 børn født af mødre, der er afhængige af alkohol. Dette svarer til 2.492 børn. Dertil kommer børn født af kvinder, der er afhængige af illegale stoffer. Disse udgør ca. 1/5 af de alkoholafhængige – altså skønnes omkring 500 at være født af mødre, der både er afhængige af alkohol og/eller illegale stoffer.

I dette er ikke medregnet kvinder, der har udviklet et misbrug af rusmidler (men som ikke er afhængige), eller kvinder der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.