



Hvad nu, hvis de ikke vil i behandling?

Om graviditet, misbrug og barrierer
i forhold til behandling.

AF DORTE HECKSHER & HELLE DAHL

At være gravid og have et aktuelt eller tidligere misbrug af alkohol eller stoffer kan være indikator for en højrisiko-graviditet med forhøjet risiko for både fysiske og psykiske vanskeligheder. Graviditeten kan eksempelvis være ledsaget af en tilbagevendende uvished og usikkerhed i forhold til skader, den gravide kan have påført eller påfører sit ufødte barn. Således kan kvinden forestille sig, at barnet har en række misdannelser og skader, som først vil vise sig ved fødslen.

Før graviditeten var det det hele, og et par baner kunne vi godt tage, mens jeg var gravid, og der var da også lige alkohol (...); men alligevel, det kørte jo meget i, at de havde jo sagt til mig, at jeg kunne ødelægge livet for den lille.

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet og misbrug, s. 50.

Derudover vil kvinden ofte, såfremt omverdenen er bekendt med hendes misbrug, opleve et massivt pres udefra i forhold til at indstille sit brug af rusmidler.

Et problematisk brug af stoffer og alkohol kan forårsage skader på det ufødte barn og forøge risikoen for fødselskomplikationer. Desuden kan kvindens almene sundhedstilstand og mangel på grundlæggende omsorg for sig selv eksempelvis resultere i, at fosteret hæmmes i sin vækst, og det kan forøge risikoen for for tidlig fødsel. Derudover kan kvinden efter fødslen opleve, at barnets behov for stabilitet og tryk kommer til at konkurrere med hendes trang til/behov for/ønske om at bruge rusmidler. Endvidere kan kvindens (og hendes partners) problematiske brug af rusmidler have en negativ indflydelse på deres evner til at tage sig af deres barn.

Der er således vægtige faglige grunde til, at indsatsen i forhold til gravide med misbrug i dag rettes mod reduktion, kontrol eller afholdenhed i forhold til indtag af stoffer. Forskning viser samtidig, at tidlig - og selv meget kortvarig intervention - kan være med til at forebygge et fortsat problematisk forbrug af rusmidler hos den gravide, hvorved både moderens sundhedstilstand kan forbedres, og fosteret kan sikres mod yderligere eksponering for rusmidler. Men forskning viser også, at der er en lang række faktorer, der har indflydelse på, hvorvidt og hvordan denne gruppe kvinder benytter sig af behandling i forhold til misbrug af rusmidler og rådgivning i forhold til graviditeten. Nogle af de vanskeligheder man kan opleve i svangersorgen i forhold til denne gruppe kvinder kan til dels stamme fra, at gravide med misbrug er en meget uensartet gruppe, hvor der

er stor variation, både hvad angår graden af stof- og alkoholproblemer, den sociale støtte kvinderne har adgang til og kvindernes motivation for forandring. Og sammenligner man med kvinder uden alkohol- eller stofproblemer, ser det ud, som om man blandt gravide med et problematisk/for stort forbrug af rusmidler finder en overrepræsentation af en række karakteristika, der ligeledes kan være med til at vanskeliggøre, at kvinderne indgår i eller profiterer af den tilbudte intervention. Blandt kvinder med et problematisk brug af rusmidler finder man blandt andet, at:

- de har større risiko for at opleve depressive symptomer og PTSD
- de har i større omfang været udsat for traumatiske oplevelser i barndommen – såsom forældres tidlige død
- de har i større omfang været udsat for fysisk og seksuelt misbrug

- både som børn og voksne
- kvinder med problematisk brug af rusmidler har oftere en partner, der er stof/alkoholmisbruger
- de har oftere en voldelig partner - og at opleve vold forud for graviditet er en indikator på også at opleve vold under graviditeten
- de har oftere problemer med arbejdsløshed, social isolation og hjemløshed
- de modtager mindre støtte fra deres sociale netværk (familie, venner)
- kvinderne har i højere grad brug for ydelser som hjælp til transport, sundhedsydelser, husly og mad

En sådan opstilling kan naturligvis kritiseres for at være en meget bred 'generalisering'. På den anden side kan den være med til at illustrere, at der er tale om en gruppe kvinder, der, ud over deres behov for svangerrådgivning, har en række særlige behandlingsmæssige og råd-



CASE CAMILLA: NÅR KONTROL OPLEVES SOM STØTTE

Camilla er 25 år. Hun har to børn på 5 og 1 år. På interviewtidspunktet bor hun sammen med faderen til det yngste barn. Hun har fra sine teenageår, og indtil hun blev gravid med sit andet barn, haft et periodisk stort forbrug af alkohol og centralstimulerende stoffer, især amfetamin. Faderen til hendes ældste barn var vol-

delig. Kontakten til ham er i dag sporadisk. Det ældste barn blev ikke eksponeret for alkohol under graviditeten, men hun tog kokain og amfetamin enkelte gange.

I årene efter den første fødsel levede Camilla et ret ustabil liv med alkohol og stoffer og fravær fra hjemmet i dagervis. Barnet boede i den periode overvejende hos hendes forældre. Kommunen kom på et tidspunkt ind i billedet og krævede, at Camilla gik i behandling for sit misbrug, i modsat fald ville barnet blive fjernet. Hun påbegyndte efterfølgende et ambulans dagbehandlingsforløb for yngre stofmisbrugere. I den periode indtog hun regelmæssigt antabus. Samtidig mødte hun sin nuværende mand,

der også har en fortid med misbrug af alkohol, amfetamin og kokain. De flyttede sammen, besluttede sig snart for at ville have et fælles barn, og Camilla blev ret hurtigt gravid. Hun blev tilknyttet et specialtilbud for gravide med misbrug, hvor hun afleverede ugentlige urinprøver og desuden fik en bestemt jordemoder som kontaktperson. Hun beskriver kontakten til jordemoderen som en stor støtte, især i den periode, hvor kæresten var i fængsel. Hun modtog under graviditeten ikke andre ydelser med fokus på brug af rusmidler. Efter fødslen fik hun en støtteperson, der kom i hjemmet flere gange om ugen. I starten opfattede Camilla støttepersonen som en kontrolinstans,

givningsmæssige behov. De har således risiko for at opleve problemer på en lang række områder – problemer, der potentielt kan have en negativ indflydelse på ønsket om at modtage behandling og evnen til at profitere af den.

Det var jo også sådan en blandet følelse, for det var totalt det forkerte tidspunkt. Men et eller andet sted blev jeg glad, og et andet sted var det enormt frygteligt (...) Jamen, jeg kunne jo ikke engang tage vare på mig selv. Hvis jeg ikke havde noget hash at ryge, drak jeg mig en flaske vodka. Og det kan jeg jo ikke byde et barn... og så fordi jeg havde det så dårligt med mig selv, så det var svært for mig at skulle ..Men på den anden side, så kunne det jo også være anledningen til et bedre liv.

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet og misbrug, s. 33.

I forhold til kvinder med misbrugsproblemer bliver tidlig intervention

set som særlig vigtig i forhold til at forbedre kvindens generelle sundhedstilstand og at reducere brug af rusmidler i graviditeten. Men gravide med misbrug har, sammenlignet med kvinder uden brug af rusmidler, en tendens til enten at udsætte deres første kontakt - eller helt undgå kontakt - med behandlingssystemet og sundhedsvæsenet. Noget af baggrunden for dette kan være, at gravide med en rusmiddelproblematik oplever en række barrierer i forhold til at søge behandling eller svangeromsorg, som dermed også indvirker på deres muligheder for forandring.

Barrierer

Betegnelsen 'barrierer' anvendes om folks egne begrundelser for, hvad der afholder dem fra eller vanskeliggør beslutningen om at søge specialiseret misbrugsbehandling, men også om deres begrundelser

for ikke at have noget ønske om at ændre eller forandre, hvad andre definerer som problemadfærd¹. Der kan skelnes mellem indre (interne) og ydre (eksterne) barrierer, hvor 'indre barrierer' refererer til den enkeltes personlige indstilling og psykiske tilstand, og de 'eksterne barrierer' til faktorer, der relaterer sig til interpersonelle relationer, behandlingsmæssige betingelser og samfundets holdninger til og syn på misbrug og misbrugere. Inden for forskningen har de eksterne barrierer været genstand for en del opmærksomhed gennem de seneste år, især med henblik på at identificere, hvorfor kvinder generelt - og ikke mindst gravide med misbrugsproblemer - tilsyneladende undlader at gøre brug af behandlingssystemets tilbud i det omfang, som det antages at kunne være aktuelt og relevant. En lang række undersøgelser har peget på et ganske vidt

men efterhånden mere som en værdifuld støtte, en fortrolig, som hun kunne dele sine bekymringer med, og som gav råd og vejledning i forhold til at være mor til to mindre børn. Efter fødslen stoppede urinprøve-kontrollen på sygehuset. En enkelt gang har støttepersonen med alkoholmeter kontrolleret for alkohol. Camilla har ikke indtaget alkohol eller stoffer, siden hun opdagede, at hun var gravid med sit yngste barn.

Når hun beskriver sit forløb, er det centralt, at hun på den ene side giver udtryk for, at hun ønskede så lidt indgriben i sit liv og sin hverdag som muligt, men at hun på den anden side i høj grad tilkendegiver at have profiteret af den ydelse, hun efter fødslen har modtaget i eget hjem. En ydelse, der fortrinsvist har været fokuseret på hendes aktuelle behov som nybagt mor og i minimal grad rettet mod misbrug. Hun beskriver selv, at truslen om, at hendes ældste barn i sin tid risikerede at blive fjernet, har haft afgørende betydning for hendes øvrige forløb, og betragter det i dag som en effek-

tiv advarsel og intervention:

Og vi var til nogle møder deroppe med kommunen, og de blev ved med at sidde og sige: 'Vi tager dit barn, vi tager dit barn' (...) Men det er jo kun for, at jeg kommer på ret køl, at de har sagt det. Men det er det værste, jeg har fået at vide, at de ville tage mit barn (...) hvis jeg ikke snart tog mig lidt sammen. De ville jo gerne hjælpe mig. Og så tænker man... man bliver helt vildt sur over det, de siger. Jeg er simpelthen så glad for, at jeg har haft dem inde i mit liv nu, men det var jeg ikke dengang. Ikke før jeg kunne se noget positivt. Det er kun positivt nu (...).

Jeg fik sådan en hjemme-hos'er. Hun kom til at starte med to gange om ugen i et par timer. Simpelthen, bare at snakke med et voksent menneske og ikke alle de der misbrugere. Det hjalp faktisk meget. Vi tog ud til noget, jeg gerne ville, og ud og gå en tur... vi lavede alverden, og det var bare så hyggeligt, hun var simpelthen så rar. Og så blev det jo bedre og bedre med mig også, og så sagde jeg, at jeg havde mindre brug for hende nu. Og

så blev det til én gang om ugen, og det var også rigeligt. Og hvis der var nogle problemer, så ringede jeg bare til hende, så kom hun med det samme.

Under den seneste graviditet var der i form af ugentlige urinprøver et udpræget fokus på kontrol af Camillas misbrugsstatus, hvilket hun oplevede som en indsats afpasset hendes behov og situation. Efter fødslen 'flyttede' denne kontrol så ind i hendes hjem i form af en støtteperson, som kom flere gange om ugen. Relationen til støttepersonen udviklede sig til Camillas overraskelse til at blive opfattet som en betydningsfuld hjælp i dagligdagen og ikke den overvågning, som hun i starten betragtede støttepersonens opgave som udtryk for. Camillas forløb før og efter fødslen understreger den pointe, at ingen af undersøgelsesdeltagernes forløb kan beskrives ud fra blot én specifik type behandlingstilbud, fordi ydelse og indsats har ændret sig undervejs, i takt med at behovet for hjælp og støtte har ændret sig.

spektrum af forhindringer af både praktisk og institutionel karakter. Det kan fx handle om geografisk afstand og begrænsede transportmuligheder, problemer med børnepasning eller arbejde i forbindelse med dagbehandling og/eller rigide åbningstider for udlevering af substitutionsmedicin. Krav om total afholdenhed som forudsætning for at blive indskrevet i eller forblive i behandling kan også medvirke til at svække motivationen, ligesom tilbud om døgnbehandling på institutioner, der ikke er indrettet til, at der medbringes børn, risikerer at kolliderer med ansvaret for hjemmeboende børn. Yderligere er dårlige erfaringer med behandlingsinstitutioners kontrol- og konsekvensbaserede praksis samt professionelles negative holdning til mødre og gravide, der bruger rusmidler, blevet fremhævet som begrænselse for at undgå behandlingssystemet. En-

delig udgør den samfundsmæssige stigmatisering af stof- og alkoholafhængige, som i forhold til kvinder - og ikke mindst i rollen som mødre og gravide - får en særligt moraliserende karakter, en betydelig udfordring.

Selvfølgelig har jeg været styret af systemer og sådan noget, sagsbehandlere, i forhold til, hvor jeg har været henne... selvfølgelig har jeg det. Jeg har jo ikke så meget at sige, jeg er jo misbruger, og hvis jeg ikke gør, som de siger, så tager de mine børn. Sådan er det jo (...). Jeg tror bare, at et eller andet sted har jeg haft og har sådan en evne til at tilpasse mig det, jeg er i.

Dahl & Heckschers rapport: Graviditet og misbrug, s. 100.

Det negative og fordømmende syn på kvinder med stof- og alkoholproblemer, der ofte også deles af kvinderne selv, kan ses som samfundets reaktion på et brud på de traditionelle normer og kulturelle

forventninger til kvinders rolle som mødre og omsorgsgivere. Hvilket måske også kan være med til at forklare, at nogle professionelle kan være mere tilbøjelige til at identificere sig med det sårbare og 'uskyl-dige' foster end med den gravide kvinde, der på trods af de erkendte risici fortsætter med sit (selv-) destruktive forbrug af stoffer og alkohol. Ud fra denne forståelse betragtes den gravide kvinde både som en trussel mod fosterets sikkerhed og overlevelsesmuligheder og mod de konventionelle krav til kvinde- og moderrollen. Som nævnt er professionelles holdninger til gravide misbrugere blevet fremhævet som en potentiel barriere for at søge behandling, men oplevelsen af en negativ attitude kan også være med til at vanskeliggøre eller underminere den behandlingsalliance, der er forudsætningen for et godt behandlingsforløb. Professionelle, der tager



CASE LISE: NÅR KONTROL IKKE OPLEVES SOM STØTTE

I modsætning til casen om Camilla oplever andre kvinder, at fokus på kontroldelen og det barn, de bærer på, påvirker den behandlingsmæssige relation i negativ retning og forstærker oplevelsen af, at sundhedspersonale og behandlere ikke har tillid til dem. I disse forløb optager behandling, specifikt rettet mod kvindens misbrug kun en meget lille plads. Følgende case er et eksempel på denne type kontakt eller behandlingsrelation:

Lise er 40 år. Hun har to drenge, hvoraf den ældste er flyttet hjemmefra, og den yngste er lige blevet 1 år. Siden 20-års alderen har hun og manden haft et varierende brug af heroin, hash, kokain og alkohol, hvilket ikke har forhindret, at de begge har haft arbejde og i en årrække været selvstændige.

I årene op til graviditeten med det yngste barn havde parret været i substitutionsbehandling, og deres tilværelse havde for alvor stabiliseret sig. Lise havde af den ordinerende læge fået tilladelse til selv at trække sin metadondosis ned og var begyndt på en kompetencegivende uddannelse. Hun var et stykke henne i graviditeten, før hun blev klar over sin tilstand. I forbindelse med den første graviditetsundersøgelse fortalte hun således jordemoderen på det lokale sygehus, at

hun 'stod på' en mindre dosis metadon, hvorfor hun blev henvist til amtets specialtilbud for gravide med misbrug. Mens kontakten med jordemoderen havde været båret af interesse for hendes egen og barnets generelle tilstand, følte hun, at de indledende samtaler med lægen i det amtslige specialtilbud især var fokuseret på hendes fortid og det misbrug, hun havde haft. At hendes stabiliserede tilværelse indebar, at hun en sjælden gang stadig kunne finde på at tage heroin, valgte hun derfor at fortælle. En nedtrapningsplan blev aftalt, ifølge hvilken Lise to gange om ugen skulle bruge lang transporttid for at aflægge urinprøver. Det kolliderede med hendes uddannelsesforløb og resulterede i, at hun valgte at søge orlov. I løbet af graviditeten tog hun heroin tre gange, hvilket medførte et øget fokus på kontrol.

Da Lise fødte, havde hun samme dag taget den sidste dosis metadon i den nedtrapning, hun havde påbegyndt måneder forinden. Efter fødslen blev barnet overført til neonatalafdelingen. Både forældre og personale vurderede, at barnet efter

sig af nyfødte, som observeres eller behandles for symptomer forårsaget af moderens brug af rusmidler eller medicin under graviditet, kan til tider reagere følelsesmæssigt stærkt, når børnene er medtagede og krævende og familien socialt dårligt stillet. Ægtefællens eller partnerens modstand mod behandling – eller deres eget misbrug af stoffer og alkohol kan også være en væsentlig barriere for kvinderne i forhold til at søge behandling. Mandlige partnere med rusmiddelproblemer vil ofte være mindre støttende end ikke-misbrugende partnere i forhold til kvindens ønsker om og bestræbelser på at blive stoffri. Desuden er der en risiko for, at kvinder aktivt undgår behandling, når de oplever, at der er risiko for, at de vil miste forældremyndigheden eller på anden måde blive straffet, og derved kan initiativer til at beskytte barnet blive oplevet som en barriere i forhold til



fødslen udviste lettere abstinenssymptomer, og behandling blev sat i gang. Dagen efter fødslen skønnede personalet imidlertid den nyfødte til at være meget abstinent, hvilket, mente Lise og hendes mand, var en overfortolkning af barnets uro. Lises oplevelse var, at barnet var roligt og trygt, når hun var i nærheden, men at personalet, når hun ikke var der, lagde abstinenssymptomer til grund for barnets uro. Den første periode af barnets liv var derfor præget af oplevelsen af, at deres barn blev overdoseret/fejlbehandlet, og at deres observationer vedrørende barnets tilstand og reaktioner ikke blev hørt eller taget alvorligt af personalet. Ligeledes oplevede de, at den jordemoder, der havde fulgt Lise under graviditeten, og som hun opfattede som sin kontaktperson, ikke havde nogen kompetence i forbindelse med forløbet efter fødslen. Parret fandt det desuden begrænsende, at de på grund af hospitalets politik omkring forældre med stofmisbrug ikke kunne være sammen med barnet, så meget som de ønskede.

Umiddelbart efter fødslen blev Lise flere gange bedt om at afgive en urinprøve, men som det ikke er ualmindeligt efter en fødsel, var hun ikke i stand til det før efter et par dage. Det kom derfor som et chok for hende, at ikke aflagte urinprøver blev journalregistreret som ugyldige. I den aktuelle situation betød det, at hendes påstand om, at hun kun havde indtaget den ordinerede metadon op til fødslen ikke blev taget for pålydende. Alt i alt var der altså tale om en række faktorer, der ikke var fremmede for de nybagte forældres følelse af indflydelse. Tværtimod fik det dem til at føle sig på tværs, upålidelige og udsat for en betydelig grad af mistillid. Lise blev i den følgende tid tiltagende bekymret for, at hun ikke, som oprindeligt planlagt, ville få lov til at tage barnet med hjem, og både hun og manden blev mere påpasselige med ikke at anfægte personalets vurderinger: *'Jeg var også lidt tilbageholdende, fordi de skriver alt ned, hvad du siger og gør. Vi havde et godt forhold til dem, men du skulle heller ikke være særligt... du skulle*

ikke kritisere deres arbejde særligt meget, så blev der skrevet om det. Det er simpelt-hen så hårdt rent psykologisk, fordi at du vejer alt, hvad du siger og gør.'

Hospitalsafdelingen vurderede, at familien ville få brug for massiv støtte i hjemmet. Også deres boligsituation blev der sat spørgsmålstejn ved, og kommunen, der var blevet inddraget, endte med at kræve, at barnet skulle anbringes på spædbørnshjem. Med denne uventede udmelding oplevede forældrene, at kommunens medarbejdere i lighed med hospitalspersonalet overså deres ressourcer og overhørte deres ønsker. Kommunens medarbejdere gav på deres side udtryk for, at de var usamarbejdsvillige. Det endte dog med et kompromis. Familien blev installeret på en døgninstitution med henblik på, at deres forældre blev vurderet. På institutionen skulle Lise desuden aflægge daglige urinprøver og konstant være under personalets opsyn.

På trods af en vanskelig start udviklede opholdet på døgninstitutionen sig til en positiv oplevelse for parret. Den hjælp og

behandling. Frygten for at blive frataget sine børn kan både ses som en indre og en ydre barriere. Ydre i den forstand, at interventioner besluttes og udføres af myndigheds personer, hvor interventionen kan være baseret på en vurdering af, hvorvidt moderen er i stand til at afholde sig fra at bruge rusmidler. Indre i form af moderens (og faderens) forventning i forhold til mulig intervention fra offentlige myndigheder, og den frygt der kan være knyttet hertil.

Gravide kvinders reaktion på oplevede barrierer kan være tilpasning til eller undgåelse af de tilgængelige behandlings- og sundhedstilbud. Tucker² har pointeret, 'at udsættelse eller undgåelse af behandling ikke nødvendigvis skal ses som tegn på benægtelse eller mangel på indre motivation for forandring', og at kvinders grunde til ikke at søge forandring 'ofte er en afspejling af sociale kræfter, der afskrækker kvin-

den fra at indgå i stigmatiserende interventioner'. Fra dette perspektiv er det afgørende at være opmærksom på både de indre og ydre barrierer, som denne gruppe kvinder kan opleve.

Og så vidste jeg jo ikke, hvad der skulle ske til det der møde overhovedet. Og min sagsbehandler kom og sagde: 'Nu fjerner vi børnene, og du ryger simpelthen ud. Enten må du gå ud og tage nogle stoffer, eller også må du et eller andet.' Jeg vidste jo ingenting. Jeg var jo ikke i tvivl om, at de var på min side, heller ikke min sagsbehandler. Så snakkede vi så frem og tilbage om, hvad jeg så skulle. Og min sagsbehandler spurgte, om jeg ville være et andet sted sammen med børnene. Jeg havde jo også en masse tanker og forestillinger om at: 'Nu tager de mine børn!' Og det ville jeg ikke have kunnet fortænke dem i.

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet og misbrug, s. 99.



støtte, de modtog i den første tid sammen med barnet, fandt de passende, og de fik positive tilbagemeldinger på deres måde at tage vare om barnet på. På den anden side oplevede forældrene, at de tiltag, der var blevet iværksat, var 'skudt over målet', og at deres ressourcer og ønsker gennem processen blev undervurderet. Lise fortsatte gennem barnets første leveår med at aflægge ugentlige urinprøver, og parret har i vid udtrækning haft en oplevelse af, at blive overtaget af et system, hvor parret har følt sig frataget både rettigheder og indflydelse, hvilket i en tilsvarende situation kunne friste til at undgå kontakt med systemet:

...den dag, jeg trådte ind af døren [til jordmoderen], kunne jeg have bidt tungen af mig selv. Jeg ærgrede mig virkelig over, at jeg gjorde det. Altså, fordi det var ligesom, at hele det dér system kravlede op på ryggen af en.

Lise oplevede, at der blev fokuseret meget ensidigt på hendes tidligere misbrugssituation, kontrollen og heroin-episoderne, hvilke hun i princippet kun-



ne have 'dækket over'. Hun følte også, at opmærksomheden stort set udelukkende blev rettet mod fosteret, og at hun selv blev behandlet som 'et hylster'. Med den prioritering mener hun, at hun burde have været tilbudt hjælp specifikt til at håndtere eller undgå indtag af rusmidler.

En behandlingsrelation baseret på kontrol kan således vanskeliggøre eller hindre en tillidsfuld relation mellem kvinden og sundheds- og behandlingspersonalet – ikke blot i den konkrete situation, men også i fremtiden. Netop frygten for, at ens barn risikerer at bliver fjernet, er en af de fremtrædende ydre barrierer i forhold til, at gravide med misbrug undlader at afsløre et eventuelt misbrug eller søge behandling.

CASE PIA: NÅR KONTROL STÅR ALENE

En konsekvens af udelukkende at have fokus på kontrol af misbruget kombineret med manglende misbrugsbehandling illustreres af en yngre kvindes fortælling om sin tid som gravid og i metadonbehandling. Gravid i femte-sjette måned blev hun indlagt på en hospitalsafdeling som et tilbud om at gennemføre graviditeten i et beskyttet miljø:

Da jeg blev indlagt, tog jeg kun tre-fire metadoner. Jeg havde faktisk fået sådan rimeligt styr på det, og det gik sådan rimeligt. Men så blev jeg indlagt, og så



Forskning på dansk

Det meste af den forskning, der er på området, er baseret på udenlandske populationer. Der findes dog en enkelt dansk undersøgelse, foretaget af denne artikels forfattere, der beskriver gravide misbrugeres oplevede barrierer i relation til behandling³. I denne undersøgelse identificeredes en række barrierer i forhold til at opsøge, indgå i og profitere af de behandlingsmæssige tilbud:

- Frygten for, at barn/børn vil blive fjernet.
- Moraliseren samt trusler fra professionelt hold om, at barn/børn vil blive fjernet.
- Frygten for samt konkrete oplevelser af, at professionelle misbilliger og/eller giver udtryk for, at de ikke burde få børn.
- Aktuelle eller tidligere oplevelser af, at sundhedspersonale/behandlere tager beslutninger uden at inddrage eller i tilstræk-

kelig grad at informere moderen/forældrene.

- Oplevelsen af, at indsatsen og interessen alene eller overvejende er rettet mod fosteret/det ufødte barn.
- Utryghed og angst forbundet med kontrolforanstaltninger.
- Uklarhed vedrørende, hvilke konsekvenser brug af stoffer eller alkohol får (både når det bliver afsløret ved urinkontrol, og når kvinden selv beretter herom).
- Oplevelsen af overvågning og vurdering af adfærd under indlæggelse på sygehus, herunder usikkerhed omkring, hvad der bliver skrevet i journaler, og hvordan denne viden anvendes.
- Oplevelsen af ikke at blive lyttet til/taget alvorlig som forældre.
- Oplevelsen af personale/behandlere, der giver udtryk for manglende tro på, at de kan afholde sig fra stoffer og alkohol.
- Usikkerhed om, hvad misbrugs-

behandling/døgnbehandling er/kan indebære.

- Eget eller partnerens misbrug af rusmidler kan opleves som en hindring for at opsøge behandling.

Fra kvindernes perspektiv kan der således også i Danmark identificeres en række aktuelle og potentielle barrierer, der forringer muligheden for, at indsatsystemerne når målgruppen - og at kvinderne oplever, at der findes tilgængelig og relevant behandling. ■

LITTERATUR

- ¹ Schober, R. & Annis, H. M.: Barriers to Help-Seeking for Change in Drinking: A Gender-Focused Review of the Literature. *Addictive Behaviors*, 21(1), 81-92. 1996.
- ² Tucker, J. A.: Resolving Problems Associated with Alcohol and Drug Misuse: Understanding Relations Between Addictive Behavior Change and the Use of Services. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1501-1518. 2001.
- ³ Dahl, H. & Hecksher, D.: Graviditet og misbrug. Belyst ud fra kvindernes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2007. Hecksher, D. & Dahl, H.: Barriers to Treatment. *Substance Use & Misuse*, in press. 2009.

blev det sådan lidt grotesk... så steg mit misbrug af metadon. Fuldstændigt vanvittigt. Jeg tog ikke noget heroin eller noget, jeg tog kun metadon, men jeg tog altså... jeg købte det... Jeg tog i hvert fald minimum 10 ekstra om dagen - og helt op til 40 ekstra om dagen. Så jeg kunne fixe 40 don'er til sidst. Det er ret meget, men de kunne ikke se det [på urinprøverne]. Hvis det havde været heroin, kunne de se det. I: Var der nogen form for nedtrapningplan?

Nej, ikke rigtigt. Der var mere en stabiliseringsplan, at jeg skulle gå en don ned om dagen og på et tidspunkt så bibeholde det på et bestemt niveau [indtil fødslen]. Det var det eneste. Ellers ikke. Der var ikke nogen behandling. Der var ikke engang en psykolog tilknyttet det der misbrugsteam, og der lå jeg i tre måneder, inden jeg fødte. Og det var kraftstjæleme kedeligt, fordi i rygelokalet var der ikke fjernsyn. Og hvis jeg skulle se fjernsyn, skulle jeg ind i ikke-ryger. Og det var jo ligesom mit hjem (...) Altså, der var ingenting. Jeg lå på en fødegang på fjerdensal sammen med almindelige nybagte

mødre... Og man sad der med stor mave, og folk spurgte jo hvorfor og hvordan og hvorledes. Og de [andre gravide] fødte og kom hjem efter tre dage. Så man er ikke engang sådan afskåret fra de normale og kan få lov til at være i fred. Man er virkelig udstillet. Jeg følte mig meget udstillet. Og sygeplejerskerne... Der var selvfølgelig også forskelle. Der var nogle, der var rigtigt søde og troede, at jeg kunne klare det og sådan. Men de havde ikke nogen viden om misbrug... de var bare ganske almindelige sygeplejersker. Så der var ikke så meget at hente. Og jeg var nok heller ikke gået til dem. Det havde krævet nogle mennesker, som kunne finde ud af at gå til mig. Og det var det, de ikke gjorde. Det skal du jo med misbrugere. Du kan jo ikke regne med, at en misbruger bare klarer sig selv, vel! Så det er, ligesom... det manglede. Hele den der viden havde de ikke.

Indlæggelse i beskyttede omgivelser repræsenterer altså ikke nødvendigvis den beskyttelse af hverken mor eller det ufødte barn, som man forestiller sig. Som

ovenstående beretning illustrerer, stemmer sygehusets tilbud og ydelse ikke overens med kvindens behov for behandling og forberedelse på fødsel og forældrerolle. Den rent medicinske foranstaltede nedtrapning og stabilisering omgår kvinden ved at indtage illegalt indkøbt metadon med det resultat, at barnet fødes med massive abstinenser. Patient og det professionelle system kører således et parallelt forløb. På den ene side antager personalet, at de i samarbejde med moderen arbejder hen imod en stabilisering på en lav dosis metadon, der skal sikre, at barnet fødes med så få abstinenser og skader som muligt. På den anden side føler kvinden sig alene og overladt til sig selv på en afdeling, hvor hun oplever sig udstillet som 'hende junkien' og ender med at fordrive ensomheden ved at tage mere metadon end foreskrevet. Hun mener selv, at dette indtag sløvede hende så meget, at hun efterhånden ikke tænkte på de konsekvenser, det kunne få for det ufødte barn.

Uddrag af cases fra Dahl og Heckshers rapport: Graviditet og misbrug.