

Sårbare gravide i behandling

Når graviditeten er en realitet står den gravide stofmisbruger og andre sårbare kvinder i en situation, som behandlingssystemet skal hjælpe med at finde den bedste løsning på.

AF BIRGITTE LUND PEDERSEN
& HANNE LARSEN

I Rusmiddelcenter Midtjylland har vi gennem de seneste 13 år arbejdet målrettet med at udvikle og igangsætte behandlingstilbud til sårbare gravide og deres familier.

Sårbare gravide dækker over et spektrum af problemstillinger i forbindelse med graviditet såsom: graviditet og stofmisbrug, graviditet og alkoholmisbrug, graviditet og

manglende psykologisk modning, graviditet og psykiske problemer og endelig graviditet og manglende eller ikke-understøttende socialt netværk. Gennem årene har vi haft omkring hundrede gravide i behandling, hvor der i cirka halvdelen af tilfældene har været tale om at motivere den gravide til abort og efterfølgende prævention. For den anden halvdel vedkommende har den behandlingsmæssige indsats centreret sig omkring at etablere en

tværfaglig og tværsektoriel behandlingsindsats i forhold til den gravide, der har det helt primære formål at sikre fødslen af et abstinensfrit og sundt barn og sikre udviklingen af den nødvendige forældreevne.

Gennem årene har vi opbygget en viden og kompetence på dette område, således at vi i dag har et velbeskrevet og fagligt velfunderet tilbud til denne målgruppe.

Sideløbende med dette arbejde har vi som en sideeffekt opbygget



en anden kompetence, nemlig kompetencen til at navigere i et følsomt spændingsfelt mellem forskellige opfattelser af, hvad god og nødvendig behandling er, når målgruppen inkluderer det ufødte barn.

Debatten folder sig ofte ud på en måde, hvor den rummer både politiske, behandlingsmæssige og oven i købet religiøse elementer. Og oven over det hele svæver etikken som det instrument, debattørerne bruger til at slå hinanden i hovedet med, når man selv mener at have etikken på plads i forhold til den følelsesmæssige kompleksitet, som præcis dette behandlingsmæssige område rummer.

At der er mange følelser på spil er helt forståeligt. Den grundlæggende diskussion foregår i hver enkelt sag mellem den sygdoms- og sundhedsfaglige tænkning, der inkluderer begreber som tvangsbehandling og tvangsfjernelse, og den relationspædagogiske tænkning, der inkluderer en pragmatisk, individuelt tilpasset behandlingsindsats inden for nogle overordnede rammer.

Vi vil i denne artikel beskrive rationalet bag vores behandlingsmæssige tilgang og hovedsageligt fokusere på netop det. Det betyder, at vi ikke her tager stilling til de dilemmaer, der knytter sig til diskussionen om tvangsbehandling af gravide stofmisbrugere. Dog vil vi nævne, at ud af de cirka 100 kvinder, vi har haft i behandling, hvoraf lidt under halvdelen har fået abort, har der været to eller tre sager, hvor tvangsbehandling kunne have været et relevant værktøj at overveje. Risikoen er imidlertid, at man 'hælder barnet ud med badevandet', såfremt der fokuseres på tvangsbehandling som det centrale redskab. Konsekvensen skulle nødtigt være, at de gravide af frygt for tvang ikke henvender sig til de offentlige systemer og får den hjælp, de har brug for.

Gambling med det ufødte barn

Der findes fagfolk og politikere, der forfægter det synspunkt, at alt andet

end mulighed for tvangsbehandling og tvangsfjernelse af det nyfødte barn er gambling, tilsidesættelse af barnets tarv og misforstået pladderhumanisme.

En sådan behandlingsmæssig diskurs rummer imidlertid stor risiko for at skubbe de gravide stofmisbrugere og deres familier ud i yderligere isolation og langt væk fra behandlingssystemet, hvilket netop kan få katastrofale følger for det ufødte barn. Muligheden for at tvangsbehandle de få rummer med andre ord risikoen for at svigte de mange.

Vi ved erfaringsmæssigt, at gravide stofmisbrugere er kendetegnet ved udpræget isoleringstendens, hvilket der kan være mange grunde til. Dårlige erfaringer med systemet og angsten for tvangsfjernelse af barnet ved fødslen er plausible bud. Derfor må systemernes ypperste opgave være at minimere den helt grundlæggende psykologiske barriere mellem den gravide stofmisbruger og systemerne med henblik på at sikre, at en adækvat behandling kan igangsættes. En behandling, der rummer behandling af hele familien.

Tillid – et nøglebegreb i behandlingen

Det lange og seje træk handler om, at behandlingssystemets indsats over tid har en karakter, hvor der skabes positive resultater, der igen over tid skaber tillid til, at systemet kan håndtere opgaven. Derfor er kontaktetablering og relationsdannelse helt centrale behandlingsmæssige begreber. Det er naturligvis afgørende for behandlingens succes, at behandlerne formår at skabe en tillidsfuld relation til både moderen, faderen og det øvrige netværk.

Abort – en mulighed

Det betyder imidlertid ikke, at teknokratiske løsninger, der fokuserer på abort eller tvangsfjernelse, ikke har sin berettigelse i behandlingsparadigmet. Det er vigtigt at holde fast i, at muligheden for abort undersøges som noget af det første. Ved det

indledende interview undersøges sammen med kvinden og i samarbejde med det aktuelle somatiske sygehus risikoen for skader på fosteret. Samtidig vurderes graden af kvindens aktuelle misbrug og psykiske og sociale habitus. Efter denne vurdering vælger cirka halvdelen af kvinderne abort, hvilket udføres akut. På Skejby Sygehus inden for det efterfølgende døgn. Aborten følges op med udarbejdelse af en behandlingsplan med fokus på den fremadrettede behandling.

Men hvis ikke åbenhed, gennemsigtighed og tillidskabende interventioner var nøglebegreber i den behandlingsmæssige indsats, ville der være overhængende risiko for, at disse kvinder aldrig ville få muligheden for at forholde sig til valget om abort og dermed risikere at føde et barn med skader og abstinens. Det sætter efter vores mening begrebet 'barnets tarv' i et perspektiv, man må forholde sig til og diskutere.

Graviditet som en mulighed

Fagpersoner, der arbejder med behandling af stofmisbrugere, ved, at kvinder i nogle tilfælde vælger at graviditet, fordi de ser netop graviditeten og det medfølgende ansvar som deres mulighed for at få en ny identitet og slippe ud af misbruget. At koble graviditet og identitet på denne måde beror som regel på en illusion og et selvbedrag. For andre kvinder kommer graviditeten som en ikke planlagt overraskelse, de kun nødtvungent bliver nødt til at forholde sig til. Men når graviditeten er en realitet, er det vores opgave i samarbejde med den kommunale forvaltning at afdække motivationen for at få et barn og afdække de psykologiske og sociale ressourcer, der er til stede, for dels at kunne gennemføre en graviditet uden misbrug dels at kunne tage vare på det nyfødte barn. Som nævnt vælger op imod halvdelen af alle de kvinder, vi ser, abort efter vores indledende afdækkende og rådgivende intervention.



Men der er kvinder, hvor graviditeten reelt udgør en mulighed for forandring. For nogle kvinder, der misbrugsmæssigt og psykologisk og socialt er tilstrækkeligt robuste, kan graviditeten være det 'wake up call', der faktisk kan gøre en afgørende forskel. Der er ingen tvivl om, at det blandt andet er lige her, mange følelser kommer i spil i den gravides private og professionelle netværk. Det er naturligt, at den gravide bliver mødt med skepsis og mistro. Der stilles spørgsmål ved den gravides intentioner med graviditeten og hendes eget og hendes private netværks reelle evner i forhold til at kunne håndtere moderrollen på betryggende vis. Når beslutningen om gennemførelse af graviditeten er truffet, er det derfor afgørende, at kvinderne får fuld opbakning fra det professionelle netværk, der omgiver den gravide, og at der i samarbejde med den kommunale sagsbehandlere udarbejdes en behandlingsplan for den gravide og hendes private netværk.

Behandlingstiltagene kan være mangeartede, men fælles for dem

alle er, at der er fokus på relationer, moderskab, tilknytning til fostret, kvindens psykiske habitus, misbrug og kvindens behov og ønsker i øvrigt.

Disse parametre er afgørende for, hvilken behandlingsindsats der er relevant.

Vurdering af forældreskabet og nye kompetencer

De mest belastede af vores kvinder har modtaget behandling på familiebehandlingsinstitutioner, hvor målet har været dels at vurdere forældreskabet, men dels også at skabe reel mulighed for, at kvinden kan tilegne sig nye kompetencer gennem undervisning og bearbejdning af egen livshistorie. Langt hovedparten af vores kvinder er opvokset i dysfunktionelle familier, hvor der ikke i tilstrækkelig grad har været vist dem omsorg. Det er kendt viden, at disse kvinder i forbindelse med forældreskab får kontakt til egne svigt, der nødvendigvis skal bearbejdes, for at kvinden kan påtage sig det fulde forældreskab

En del kvinder i denne gruppe af gravide har haft massiv modstand

mod den form for behandling, og det har været forbundet med stor angst og usikkerhed at tage imod tilbuddet. I flere tilfælde er behandlingen blevet formuleret som et ultimatum: Hvis ikke kvinden har taget imod tilbuddet, har forvaltningen lagt op til en adskillelse af mor og barn i forbindelse med fødslen.

Fælles for de kvinder, der har taget imod tilbuddet, er, at de efterfølgende har været meget taknemmelige for, at de har været konfronteret med den 'frivillige tvang'.

Vigtigheden af en samlet indsats

Center for Rusmiddelforskning udarbejdede i 2007 en rapport om 'Graviditet og misbrug - belyst ud fra kvindernes perspektiv'. Denne rapportes konklusion understreger vigtigheden af en individuelt tilpasset indsats med inddragelse af den gravide kvinde under hensyntagen til hendes samlede sociale situation.

Det er meget positivt, at man politisk har besluttet at give økonomisk støtte til regionerne til oprettelse af ambulatorier, hvor der kan blive skabt mulighed for, at fagpersoner kontinuerligt kan arbejde med de gravide stofmisbrugere. Men det er afgørende for, at indsatsen skal lykkes, at tilbuddet ikke udelukkende tager afsæt i en sundhedsfaglig forankring. Det er vigtigt at nuancere tilbuddet, så den gravide også får mulighed for at være tilknyttet et pædagogisk, socialfagligt behandlingstilbud. ■

Kontakt:
Birgitte Lund Pedersen: blp@aarhus.dk
Hanne Larsen: hlars@aarhus.dk