



Familiebehandling på Skovvænge

Misbrugere kan godt blive gode forældre, hvis de hjælpes ud af deres misbrug og støttes i graviditeten – og når barnet er født.

AF ANETTE JUUL

Familieinstitutionen Skovvænge er et behandlingstilbud til gravide kvinder og deres familier. Skovvænge er netop fyldt 10 år og har gennem alle årene modtaget gravide kvinder og familier med misbrug. Vores fornemste mål er at arbejde på, at barn og forældre skal forblive sammen.

Når vi modtager gravide kvinder med misbrug, giver det os mulighed for at nedtrappe eller stabilisere dem og allerede i graviditeten arbejde med mor-barn tilknytningen. Når vi møder kvinderne, har de ofte ingen føling med deres foster, og ofte er fosterets vægt for lav. De er angste og bange for at få deres barn fjernet og har ofte mødt holdninger, som at misbrugere ikke evner at være forældre. Flere gange har vi mødt nybagte mødre, som har måttet kæmpe for at få en chance i behandlingsregiet for at vise deres værd som forældre. Allerede i deres graviditet er de ble-

vet mødt med mistro og har fået stillet i udsigt, at deres kommende barn sandsynligvis vil blive fjernet. Disse kvinder har naturligt svært ved at tro på, at vores udgangspunkt på Skovvænge altid er, at mor og barn skal forblive sammen. Når disse kvinder mødes i et omsorgsfuldt miljø og får tillid til, at de har en reel mulighed for at komme hjem med deres barn, kommer de selv og dermed også deres ufødte barn hurtigt i trivsel.

Barnet i familien

Et behandlingsforløb på Skovvænge er individuelt tilrettelagt og altid afstemt efter de særlige behov, den enkelte måtte have. Familien får tilknyttet en behandler, som er den gennemgående person under hele forløbet. I de tilfælde, hvor barnet for en periode har brug for ekstra omsorg, knyttes en omsorgsperson til barnet, som sammen med moderen skaber den nødvendige nærhed. Barnet skærmes den første periode,

og stimuli afstemmes. Forældrene undervises om det lille barn – hvordan vi som forældre aflæser vores børns reaktioner, ser og tyder deres signaler, rytme, forudsigelighed, kost etc.

Vi arbejder med hele familiens situation, dvs. netværk, kompetencer, økonomi, fremtidsønsker – også i forhold til uddannelse – job, bolig og institution til børnene. Vi tilbyder altid op til to års efterværn i eget hjem.

Gennem årene har vi modtaget misbrugere med deres nyfødte børn fra København, Bornholm, Århus og Odense. Nogle af børnene er født med abstinenser og har været igennem en nedtrapping på hospitalerne, inden vi modtager dem. Enkelte kvinder har vi modtaget i deres graviditet. Børn, der fødes abstinent, er allerede fra fødslen omsorgssvigtede og har brug for massiv hjælp, specielt i de første 6 måneder af deres liv.

Behandlingen af børn født med abstinenser foregår i et overskueligt miljø, stille og rolige omgivelser, tilpassede stimuli, med svøbning, trykmassage etc. Disse børn modtager også spædbørnsterapi, som er en terapiform, hvor der bliver sat ord på barnets smerte.

Forældrene informeres om behandlingsformen, og de drages så vidt muligt ind i behandlingen af deres barn – med tæt støtte fra personalet.

Samtidig arbejdes der med den tidlige mor/barn tilknytning. Det er en hårfin balance at arbejde i dette felt, for kvinderne er ofte tynget af skyld i forhold til, hvad de har påført deres barn, så der skal være fokus på kvinden, samspillet og barnets trivsel i et ikke fordømmende, men udviklende miljø. Disse kvinder har ofte mange ressourcer og en evne til at kæmpe for, at det skal lykkes.

At sikre en god start

Da vi ved, at børn født af misbrugere har potentiale til en normaludvikling, hvis deres mødre ikke var misbrugere, er det selvfølgelig vigtigt, at misbrugeren kommer i døgnbehandling, når graviditeten konstateres.



res. De skader, der sker med fosteret, er for nogle børns vedkommende livslange, og derfor skylder vi det ufødte barn, at vi tager hånd om det. Skader, som i mange tilfælde kunne forhindres, hvis der blev sat ind med den rigtige behandling i tide.

Det er min overbevisning, at skal vi hjælpe det ufødte barn og moderen, så skal det foregå i døgnregi i forudsigelige, rummelige og strukturerede rammer, hvor der arbejdes med moderen, hendes graviditet, sundhed og hendes kommende forældreskab.

Mange af disse kvinder er slet ikke klar over, hvor store eller hvilke skader de påfører deres barn. Kvinderne tilbydes i dag typisk ambulans behandling i form af metadonbehandling, jordemoderkontrol og samtaler. Det viser sig, at det i mange tilfælde ikke er tilstrækkeligt til at hjælpe det ufødte barn, hvilket vi kan konstatere, når vi modtager kvinderne, efter at de har født.

Derfor må man hjælpe de ufødte børn til at få en god start på livet ved at sende deres mødre i kvalificeret rusmiddel- og familiebehandling. Det kan være starten på at bryde et mønster, som for nogles vedkommende har varet i generationer, og som kan fortsætte i generationer, hvis vi som samfund ikke går ind og yder den fornødne hjælp.

Hvem har ansvaret for det ufødte barn ?

Gravide misbrugere risikerer at påføre deres børn uheldelige skader allerede inden fødslen. Denne viden er ikke ny, men alligevel sendes kun få gravide misbrugere i døgnbehandling.

Kvinder, der indtager alkohol eller euforiserende stoffer under graviditeten, vil med stor sandsynlighed føde børn, der er skadet - nogle for livstid. Alkohol er det absolut skadeligste rusmiddel for fosteret.

Det ufødte barn kan ikke tale sin egen sag og er underlagt sin mors formåen, ressourcer og aktuelle muligheder i forhold til at give barnet en sund fostertilværelse. Som

samfund bør vi tale fosterets sag og give den gravide misbruger og dermed også det kommende barn den hjælp, der er nødvendig for at undgå disse livsvarige skader. Det er derfor af stor betydning, at gravide kvinder med alkohol- og/eller stofmisbrug spores og tilbydes døgnbehandling mhp. behandling, allerede når graviditeten konstateres.

Børn født af stofmisbrugere kommer ofte til verden med abstinenser.

Alkoholskader ses derimod ofte senere og opdages på barnets adfærd og udseende. Disse børn er motorisk urolige, sitrer, skrider voldsomt, har problemer med vejtrækningen, har forstyrret søvnmønster og problemer med mave-tarmsystemet etc.

Alkoholskader er livsvarige, idet organerne hos det alkoholskadede barn har lidt uoprettelig skade.

Mange af disse børn anbringes uden for hjemmet lige fra fødslen og resten af deres barndom.

Misbrugere kan godt blive gode forældre. Det kræver, at de hjælpes ud af deres misbrug og støttes under graviditeten, og når barnet er født.

Tidlig indsats

Vi ved i dag, at de første omsorgssvigt allerede sker i fostertilværelsen. At både den vordende moders fysiske og psykiske tilstand påvirker fosteret. Derfor er det afgørende, at vi sætter ind med en tidlig indsats over for disse udsatte kvinder og deres ufødte børn. Vi kan på både kort og langt sigt reducere såvel de menneskelige som de økonomiske omkostninger ved for alvor at prioritere forebyggelse gennem en tidlig indsats.

Et medansvar for disse ufødte børn er at tilbyde dem at være i et miljø, hvor målet er at give barnet en sund start på livet og skabe mulighed for en god tilknytning og et godt samspil mor og barn imellem.

Vi kan gøre en forskel, hvis vi vil. Alle gravide og alle forældre ønsker det bedste for deres børn. Derfor er gravide ofte motiverede og opsatte

på at få hjælp. Men de er også angst for at få fjernet deres barn. Systemet kan være tvetydigt i mødet med den gravide misbruger, og mange bliver ofte tidligt i deres graviditet konfronteret med en sandsynlig anbringelse af deres barn umiddelbart efter fødslen. Dette er en yderligere belastning, som den gravide må leve med - en situation, som kun kompliceres af, at mange af disse gravide kvinder har meget vanskeligt ved at overskue deres rettigheder. Systemet er dermed ufrivilligt med til at komplicere graviditeten i stedet for at pege på muligheder, der kan give kvinden og det ufødte barn chancen for udvikling og trivsel. En adskillelse af mor og barn er altid en traumatiserende begivenhed og derfor kun en løsning, der bør peges på, når alt er forsøgt og tilbudt, og det ikke er muligt at udvikle tilstrækkelige forældrekompetencer. Dette skal naturligvis foregå i et miljø, hvor barnets behov og udvikling samtidig sikres.

Allerede i graviditeten kan vi møde den gravide misbruger i et støttende, omsorgsfuldt og behandlende miljø, hvor hun oplever, at behandlingsmiljøet består af reelle medspillere, der signalerer, at målet er, at mor og barn forbliver sammen. Vi kan være med til at minimere fjernelser af børn og dermed værne om, at børn har det bedst hos deres forældre.

Vi kan kun appellere til, at myndighederne øger deres opmærksomhed på denne gruppe af udsatte kvinder og deres børn og benytter sig af den ekspertise og viden, der findes inden for området. Vi kan iværksætte mønsterbrydende processer i mødet med børn og deres forældre gennem målrettet arbejde med relationer. Vi ved i dag, at det menneskelige møde, de nære relationer med betydningsfulde voksne, kan bane vejen til, at en positiv proces sættes i gang. Og skal vi endelig tale økonomi, er der intet, der peger på, at en tidlig indsats ikke kan betale sig. ■