

Graviditet og misbrug
– belyst ud fra kvindernes perspektiv
Analyse af 26 livs- og behandlingshistorieinterview

**Graviditet og misbrug
– belyst ud fra kvindernes perspektiv**

Analyse af 26 livs- og behandlingshistorieinterview

Helle Vibeke Dahl & Dorte Hecksher

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2007

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2007
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 87-89029-68-2

Center for Rusmiddelforskning
Nobelparken, bygning 1453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Århus C
Tlf.: 89 42 69 30
Fax: 89 42 69 35
www.crf-au.dk
E-mail: crf@au.dk

Forord

Denne publikation er blevet til på baggrund af et projekt om gravide med en rusmiddelproblematik. Undersøgelsen blev gennemført i perioden 2006-2007 og er blevet finansieret af Socialministeriet, som hermed takkes. Herudover også en tak til de professionelle, som til daglig og på forskellig vis er engageret i arbejdet med målgruppen, og som satte tid af til at tale med os. Tak især til dem, der gjorde en indsats for at formidle kontakt til de kvinder, som i forbindelse med deres graviditet har haft et problematisk eller afhængighedsbaseret forbrug af alkohol og stoffer.

Den største tak tilkommer dog de 26 kvinder, som indvilligede i at lade sig interviewe om deres ofte vanskelige livssituation og smertefulde oplevelser i tiden før og efter fødslen. Som det vil fremgå, har deres brug og misbrug af rusmidler i de fleste tilfælde kun været et enkelt aspekt i et mere omfattende problemkompleks, som med graviditeten har fået endnu en dimension.

Gennem vores interview med både kvinderne og de professionelle har vi fået mulighed for at kigge ind i en verden med vanskelige problemstillinger og konfliktfyldte relationer, frustrationer og ambivalens, håb og glæde, skuffelser og sorg. Det har ikke været vores hensigt at opløse disse dilemmaer, men nærmere at bære dem frem i lyset. Vi håber, det er lykkedes.

Helle Vibeke Dahl & Dorte Hecksher

Indhold

Sammenfattende resume.....	9
-----------------------------------	----------

Kapitel 1

Introduktion.....	15
1.1 Formål og fokuspunkter	17
1.2 Undersøgelserforløb og dataindsamling	18
Rekruttering af undersøgelsesdeltagere	18
Metode og analyse.....	20
1.3 Hvilke kvinder – særlige kendetegn.....	22

Kapitel 2

Gravid og hvad så?.....	25
2.1 Reaktioner og perspektiver på planlagte og uplanlagte graviditeter.....	25
Planlagte graviditeter	26
Uplanlagte graviditeter.....	28
'Smuttere' og overraskelser	28
2.2 Abort og hvorfor ikke abort?.....	30
2.3 En ny start – en anden slags liv?	32
2.4 Opsamling: Perspektivering af graviditeten og barnet som forandrings- potentiale	34

Kapitel 3

Livsstilsændringer: sundhed, misbrug og risikoopfattelser	37
3.1 Sundheds og risikoopfattelser	39
3.2 Sundheds- og risikoforebyggende strategier.....	40
Kost og ernæring	40
Nikotin og rygevaner.....	42
Metadon og anden medicin	44
Alkohol og illegale stoffer	48
3.3 Opsamling: Sundhedsstrategier, risikoforbyggelse og skades- reduktion.....	53

Kapitel 4

Sociale beskyttelses- og risikofaktorer	57
4.1 Rusens betydning – brugen af rus	57
4.2 Sociale netværk og relationer.....	59
Parforhold – barnets far eller ny partner som støtte og risiko	62
Vold i parforholdet.....	64
De skjulte graviditeter	65

Ægtefælle eller partners død	67
Social isolation som risiko	68
Bekymringer over fædre og børn – tiden efter fødslen.....	70
4.3 Opsamling: Sociale risiko- og stressfaktorer – før og efter fødslen	73
Kapitel 5	
Forskellige kvinder – forskellige forløb	77
5.1 Ambulante tilbud med særligt fokus på kontrol af misbrugsstatus	78
Kontrol af misbrugsstatus som støtte	79
Kontrol af misbrugsstatus som 'ikke-støttende' foranstaltning.....	83
Konsekvenser af kontrol uden behandling.....	87
Opsamling af kontrollerfaringerne	89
5.2 Mindre intensive ydelser og særlige tilbud uden fokus på kontrol af misbrugsstatus	89
5.3 Intensive ydelser og døgnbehandling.....	93
5.4 Opsamling på forløbstyper	100
5.5 Afrunding: motivation – barrierer – udfordringer	104
Appendiks	107
Bilag 1: Kort og generelt om interviewpersonerne.....	107
Bilag 2: Interviewpersonerne fra A-Z	111
Litteratur.....	115

Sammenfattende resume

Hensigten med undersøgelsen har været at belyse, hvordan gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer eller et afhængighedsbaseret forbrug af rusmidler anvender og oplever de offentligt etablerede tilbud om behandling og diverse andre (støtte)foranstaltninger, som er til rådighed eller iværksættes for at sikre mor og barns tilstand og situation før, under og efter fødslen.

Formålet har først og fremmest været at udforske, hvordan kvinder med et problematisk eller afhængighedsbaseret rusmiddelbrug reagerer, forholder sig og håndterer situationen i forbindelse med graviditet, samt i hvilket omfang de iværksatte tilbud opfattes som relevante og meningsfulde. Men vi har ikke bare fokuseret på relationen mellem de gravide kvinder og de systemforankrede tilbud. Vi har i lige så høj grad været interesserede i deres hverdagsverdener og -relationer, deres fortællinger og oplevelser af det, de selv har anset for at være afgørende, relevant og vanskeligt som gravide og som mødre, og i hvordan de har tænkt og handlet i den aktuelle situation – under graviditeten, efter fødslen og på tidspunktet for interviewet. Undersøgelsen adskiller sig dermed fra størsteparten af den litteratur, der findes på området, ved at tage udgangspunkt i kvindernes erfaringer med, overvejelser over og perspektiver på, hvad et misbrug af rusmidler i forbindelse med graviditet indebærer.

Undersøgelsen er baseret på data fra kvalitative interview med 26 kvinder, der har haft et misbrug af rusmidler forud for og/eller under deres seneste graviditet, og som i den forbindelse har været i en eller anden form for behandlings- og/eller særtilbud.

Undersøgelsesdeltagerne, hvoraf langt de fleste på interviewtidspunktet havde været ude af deres misbrug imellem seks måneder og op til mere end 10 år, dækkede geografisk hele landet og repræsenterer dermed behandlings- og støtteindsatser fra alle landsdele. Interviewpersonerne er primært blevet rekrutteret gennem professionelle nøglepersoner på fødesteder, misbrugsbehandlingssystemet samt gennem private behandlings- og rådgivningsinstitutioner.

Dataindsamlingen er foregået i perioden januar 2006 – februar 2007. Ud over interview med kvinderne er professionelle fra seks forskellige sygehusbaserede, amtslige og kommunale institutioner med særlige tilbud til gravide misbrugere blevet interviewet. Disse interview givet indsigt i de

varierende former for indsatsstyper, der findes samt de rationaler, der ligger bag de overordnede og specifikke indsatser.

De stof- og alkoholproblemer, som har været del af disse kvinders hverdag i kortere eller længerevarende perioder af deres liv, udgør for de flestes vedkommende imidlertid blot et enkelt aspekt i et til tider langt mere omfattende problemkompleks. Det betyder dog ikke, at de alle på graviditetstidspunktet var kendt i behandlings- eller andre offentlige hjælpesystemer. Med visse forbehold har samtlige kvinder haft problematikker, der aktualiserer betegnelsen 'socialt sårbare' eller 'socialt udsatte gravide'.

Ud over misbrugsproblematikker af varierende art, grad og i forskellige kombinationer, repræsenterer undersøgelsesdeltagerne følgende sårbarhedsproblematikker: meget unge gravide/unge mødre; tilstedeværelsen af psykiske problemer, depressioner, angstproblematikker og psykoser mm.; en opvækst præget af forældres misbrug, psykiske lidelser og/eller fravær af stabile voksenrelationer, kort skolegang og lav tilknytning til arbejdsmarkedet samt erfaringer med fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb i barndommen eller senere i livet, herunder også vold i parforholdet.

Kun fire af de 26 graviditeter betegnes som planlagte. Den betydelige overvægt af uplanlagte graviditeter genfindes i andre undersøgelser udført i målgruppen af aktivt misbrugende kvinde. De uplanlagte graviditeter er for størstepartens vedkommende resultat af manglende brug af prævention, men også kendetegnet ved, at kvinderne selv af forskellige grunde ikke troede, at de kunne blive gravide – eller at deres partnere havde troet/påstået, at de ikke kunne få børn. Mange valgte at få barnet, til trods for at de ikke var i et stabilt parforhold – eller de valgte forholdsvis tidligt at gennemføre svangerskabet uden den biologiske fars vidende, accept, forventninger til eller ønsker om hans støtte og deltagelse i barnets fremtidige liv. I det hele taget repræsenterer vores materiale en undervægt af børn, der vokser op med kontakt til deres biologiske fædre.

Kun en enkelt blandt de interviewede kvinder søgte abort, men fik afslag. Enkelte andre opdagede graviditeten meget sent. For de øvrige kvinders vedkommende gjaldt, at de på trods af deres ofte særdeles vanskelige sociale situation ikke vurderede spørgsmålet om abort som aktuelt eller relevant. 20 af de 26 biologiske fædre til kvindernes yngste børn havde et tidligere eller aktuelt misbrug af alkohol og/eller stoffer.

Kvindernes motiv for at gennemføre både planlagte og de uplanlagte graviditeter synes i høj grad at have været ønsket om at få barn/blive mor/skabe

familie. Graviditeten og det kommende barn er i vidt omfang blevet betragtet som eller vendt til – at rumme muligheden for en ny start, en vej ud af misbruget, et andet liv, også selv om det ville blive i rollen som enlig mor.

Vores materiale understøtter langt hen ad vejen, at en graviditet – og ikke mindst det nyfødte barn kan anses som en positiv motivationsfaktor for livsændringer af forskellig art, også misbrugsmæssigt, herunder at kvinder på eget initiativ har søgt hjælp og taget imod den rådgivning, støtte og behandling, som de er blevet tilbudt for at blive og forblive afholdende fra alkohol og/eller stoffer. Det skal dog understreges, at repræsentativiteten i undersøgelsen er begrænset og farvet af, at de kvinder, der har indvilliget i at deltage, for størstepartens vedkommende har lagt misbruget bag sig og lever sammen med deres børn.

Alle kvinderne i undersøgelsesgruppen har været sig bevidst, at misbrug og graviditet betragtes som uforenelige størrelser. Der ses dog en tilbøjelighed til, at kvinderne – ud over at tænke i de risikobaner, der specifikt handler om, hvad misbrug i sig selv kan forårsage af skader på det ufødte barn – opererer med et sæt sundheds- og risikoopfattelser, som i højere grad udspringer af deres aktuelle sociale situation og dagligdag. Dette belyses i forhold til de sundheds- og risikoforbyggende strategier, som kvinderne har praktiseret vedrørende 'kost og ernæring' samt i forbindelse med både legale og illegale rusmidler samt medicin. Langt de fleste gennemførte under graviditeten en række omlægninger af deres livsstil, herunder i brugen af rusmidler med henblik på at forebygge og reducere risikoen for skader på deres ufødte børn.

Den viden, kvinderne havde om de risici, der forbindes med misbrug og brug af rusmidler, var af mere eller mindre uspecifik karakter, og deres måde at forholde sig til den på varierede. De fleste kvinder formåede ikke umiddelbart at stoppe deres brug af rusmidler, men reducerede typisk og betragteligt i forbruget gennem graviditetsforløbet og ophørte endeligt forud for fødslen. Nogle misbrug intensiveredes dog periodevis eller hen imod fødslen. Således angav 20 ud af de 26 kvinder, at de havde indtaget illegale rusmidler eller haft episoder med massivt alkoholindtag under den seneste graviditet.

En række eksterne sociale faktorer og relationer kan ses som beskyttende henholdsvis potentielt og aktuelt risikofremkaldende for kvindernes brug af rusmidler. I den forbindelse har karakteren af kvindernes familiebaggrund og sociale netværk samt deres parforhold vist sig at være centrale, både i

rollen som beskyttende og støttende faktorer, men også som risiko- og skadesproducerende. I tiden efter fødslen udgør social isolation en potentiel risiko for depression og tilbagefald.

Jo større belastning af kvindernes psykiske tilstand under graviditeten, des større risiko synes der at være for, at brugen af rusmidler forsætter eller øges. Ud over partnerens misbrug har vi identificeret en række særlige risikoudløser. Det drejer sig om 'vold i parforholdet', 'hemmeligholdte graviditeter' og 'ægtefælle eller partners død', der ses som primærårsager til et intensiveret misbrug under graviditeten. Andre eksterne stressfaktorer udspringer af kontakten med professionelle og forskellige systeminstanser og især i forbindelse med trusler om, at børn vil blive fjernet ved fødslen, hvis ikke brugen af rusmidler ophører. Også de foranstaltninger, som iværksættes for at kontrollere den gravides misbrugsstatus, har været oplevet som et særligt pres og dermed forøget eller givet anledning til både fysisk og psykisk stress hos kvinderne. I den forbindelse kan vi på den ene side konkludere, at truslen om, at børn vil blive fjernet, hvis ikke den gravide kvinde/moderen bliver og forbliver stoffri, i mange tilfælde har vist sig at have en præventiv effekt. På den anden side er det i en række tilfælde sket på bekostning af kvindens psykiske overskud, specielt hvor trusler og kontrol er anvendt uden støttende sociale tilbud og/eller decideret misbrugsbehandling.

De 26 kvinder har modtaget og haft erfaring med forskellige varianter og typer af offentlige ydelser. Kvinderne har overordnet set indgået i fire typer forløb:

- Kvinden modtager under graviditeten og efter fødslen et ambulantly tilbud med fokus på barnet samt kontrol af hendes misbrugsstatus.
- Kvinden modtager i graviditeten et ambulantly tilbud med fokus på kontrol af misbrugsstatus, og hun indskrives efter fødslen på en 'mor-barn' institution i en kortere eller længere periode.
- Kvinden modtager under graviditeten og efter fødslen et ambulantly tilbud med fokus på at støtte hende som kommende mor samt løbende afklare hendes behandlingsmæssige behov og ressourcer.
- Kvinden indskrives under graviditeten eller umiddelbart efter fødslen i stoffri døgnbehandling sammen med barnet og i nogle tilfælde med barnets far.

På baggrund af kvindernes beskrivelser af deres forløb fremgår det, at de behandlingsmæssige behov for de flestes vedkommende ændrer sig væsentligt undervejs i forløbet – gennem graviditeten og efter fødslen. Dette stiller

særlige krav om fleksibilitet og tværfagligt samarbejde omkring de ydelser, kvinderne tilbydes. Mens nogle kvinder har udtrykt behov for i højere grad at blive tilbudt social behandling med fokus på misbruget både under og efter graviditeten frem for overvejende at blive udsat for kontrol af deres misbrugsstatus, har andre oplevet det som understøttende og en tilstrækkelig intervention at aflægge jævnlige urinprøver.

Dette betyder imidlertid ikke, at de ikke siden hen får brug for støtte i forhold til deres sociale situation og i rollen som mødre. Atter andre kvinder er i en så ustabil og til tider kaotisk livssituation, at en massiv intervention har været nødvendig både for at sikre moderens fysiske og psykiske helbred og for at beskytte barnet mod yderligere belastning. Vi har i forbindelse med beskrivelsen af behandlingsforløb kunnet demonstrere, at selv for denne gruppe kvinder kan en særlig og intensiv indsats bære frugt. Således illustrerer vi med en række eksempler, at såfremt den gravide kvinde og behandler(e) får skabt et fælles mål, og såfremt den støtte, der ydes, tager udgangspunkt i tiltro og tillid frem for trusler, er det muligt at aktivere ressourcer – også hos de kvinder, hvis livssituation er specielt ustadig og kaotisk.

Afslutningsvist fremhæves en række faktorer, som for kvinderne har udgjort aktuelle eller potentielle barrierer i forhold til at opsøge, indgå i og profitere af behandlingsmæssige/sundhedsfaglige tilbud. En væsentlig barriere i forhold til at søge behandling kan tilskrives frygten for, at barn/børn vil blive fjernet. Professionelles trusler om fjernelse af barn/børn, samt oplevelsen af som forældre ikke at være tilstrækkeligt inddraget eller orienteret i forhold til beslutninger om barnet, kan bidrage til, at kvinden (og manden) har vanskeligt ved at profitere af den behandlingsmæssige indsats. Kontrol af misbrugsstatus kan, særligt hvis der er uklarhed om konsekvenser af brug af stoffer og alkohol, ligeledes opleves som en barriere i forhold til indgå i og profitere af behandling. Kvinder, der har været indskrevet i tilbud, hvor fokus særligt har været på fosteret eller det nyfødte barn, beskriver desuden, at problemstillinger vedrørende misbrug og sociale og samlivsmæssige forhold ikke nødvendigvis berøres af de involverede professionelle, hvilket i sig selv kan blokere for, at kvinden profiterer af den tilbudte ydelse.

De identificerede indre og ydre barrierer for at opsøge, indgå i og profitere af tilbud kan opsummeres som følger:

- Frygt for, at barn/børn vil blive fjernet.
- Moraliseren samt trusler om, at barn/børn vil blive fjernet.
- Frygt for, samt konkrete oplevelser med, 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 tilstrækkelig 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 misbrugsbehandling/døgnbehandling er/kan indebære.
- Eget eller partnerens misbrug af rusmidler kan opleves som en hindring for at opsøge behandling.

Kapitel 1

Introduktion

Gennem de seneste tre årtier har kvinders brug af rusmidler været genstand for en stadigt stigende opmærksomhed. Forsknings- og samfundsmæssigt har det givet anledning til, at kvinders brug og misbrug af rusmidler især er blevet udforsket og problematiseret i lyset af to snævert relaterede køns-specifikke aspekter, som på den ene side udspringer af deres biologisk reproduktive rolle og deres sociale rolle som mødre på den anden. I den forstand udgør denne rapport med sit fokus på kvinder, der forud for eller under graviditeten har haft et stof- og/eller alkoholmisbrug, ingen undtagelse. Hvad der til gengæld adskiller denne undersøgelse fra størsteparten af den litteratur, der findes på området, er det forhold, at den i høj grad baserer sig på 26 kvinders fortællinger om, overvejelser over og perspektiver på, hvad et misbrug af rusmidler i forbindelse med graviditet og rollen som mor indebærer. Har de ikke vidst det i forvejen, er de fleste af disse kvinder på et eller andet tidspunkt under graviditeten blevet gjort bekendt med de konsekvenser, som indtagelse af rusmidler kan få for det ufødte barn. De har alle handlet på den viden, de har haft om de skader, deres misbrug var i stand til at forårsage – om end på forskellig vis, i forskelligt omfang og på forskellige tidspunkter under graviditeten. De kvinder, der har handlet mod den viden, de har haft om de risici, der forbindes med indtagelse af alkohol og stoffer under graviditeten, har ud over deres øvrige bekymringer båret på bekymring og angst for, hvad et forsat misbrug eller enkeltepisoder måtte have forårsaget.

Som det fremgår af den betydelige mængde litteratur, der overvejende er baseret på medicinske studier, er det bestemt heller ikke risikofrit at anvende rusmidler under graviditeten. Således har Sundhedsstyrelsen for nylig valgt at skærpe sine anbefalinger med denne udmelding: ”Er du gravid: undgå alkohol. Prøver du at blive gravid: undgå alkohol – for en sikkerheds skyld.”(Sundhedsstyrelsen, februar 2007).

Alkohol anses for at være det farligste rusmiddel af alle, men alle former for rusmiddelbrug i graviditeten menes at være forbundet med forøget risiko for permanente skader på fosteret, herunder forskellige former for fysiologiske skader, organ- og hjerneskader samt påvirkning af barnets mentale og emotionelle udvikling. Hertil kommer risikoen for blandt andet væksthæmning, for tidlig fødsel og udvikling af behandlingskrævende abstinenser efter fødslen (Sundhedsstyrelsen 2005). Der findes forskning, der på seriøst grundlag henholdsvis anfægter og modererer dette risikobillede

(Boyd 1999; Daniels 1997; Knupfer 1991; Tryggvesson 2006); men da de ovennævnte risici i store træk svarer til den information og viden om skadevirkninger, som kvinderne i denne undersøgelse har været bekendt med og på forskellig vis har forholdt sig til under deres graviditet, vil vi for nuværende lade diskussionen om modstridende resultater og divergerende risikoopfattelser hvile.

Ifølge Sundhedsstyrelsen betragtes børn født af mødre med forbrug af rusmidler både som en obstetrisk, pædiatrisk, psykologisk og social risikogruppe (Sundhedsstyrelsen 2005). Dette er da også baggrunden for, at der igennem en årrække er blevet iværksat en række specialtiltag i form af støttende foranstaltninger og tilbud til gravide kvinder med rusmiddelproblematikker. Disse baserer sig på den indstilling og erfaring, at både mor og barn har behov for - ikke blot en særlig, men som regel også en særligt koordineret indsats og støtte. Den særlige opmærksomhed og indsats i forhold til svagtstillede og udsatte gravide med risiko for komplikationer indskærpedes for knap ti år siden med Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen, herunder med anbefalinger om samarbejde mellem og oprettelse af amtslige fødeplanudvalg og lokale teams omkring fødestederne (Sundhedsstyrelsen juni 1998). Af et notat fra 2002 vedrørende implementeringen af svangreretningslinjerne fremgår det, at næsten alle amter har oprettet tilbud til socialt udsatte og særligt svage gravide. Grundmodellen for indsatsen baserer sig i store træk på, at sårbare gravide med misbrug bliver tildelt faste kontaktpersoner, det være sig jordemoder, læge eller sygeplejerske samt oprettelse af tværfaglige og tværsektorielle team med primærkommune, misbrugskonsulent, obstetriker, pædiater og jordemoder, og nogle steder med en særligt uddannet jordemoder til misbrugere og psykisk syge. (Sundhedsstyrelsen, oktober 2002). Yderligere anføres det, at langt de fleste fødesteder har mulighed for at tilbyde aflastende indlæggelser under graviditeten, lang barselhvile samt har etableret formelt samarbejde med socialforvaltningen (ibid.). Som det vil komme til at fremgå, svarer de ovennævnte interventionsmodeller og inddragelsen af professionelle aktører fra forskellige sektorer i store træk til den række af tilbud og indsatsformer, som deltagerne i nærværende undersøgelse har været i kontakt med og berettet om (Dahl & Hecksher 2006). Men før vi går ind i en nærmere beskrivelse af kvindernes oplevelse af de forskellige tilbud, og hvordan de kommer i kontakt med tilbudene, vil vi præsentere formålet med og rammerne for de metoder og det datamateriale, som denne undersøgelse baserer sig på.

1.1 Formål og fokuspunkter

Hensigten med undersøgelsen har været at belyse, hvordan gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer eller et afhængighedsbaseret forbrug af rusmidler anvender og oplever de offentligt etablerede tilbud om behandling og diverse andre (støtte)foranstaltninger, som er til rådighed eller iværksættes for at sikre mor og barns tilstand og situation før, under og efter fødslen.

Mere specifikt har det været intentionen, at a) få indsigt i, hvordan indsats-systemets interventionsmetoder og praksis under og efter graviditet/fødsel opleves, b) indhente viden om kvindernes oplevelse af behandlingens betydning for graviditetens forløb, fødsel samt for mor og barns situation/relation efter fødslen, c) identificere, hvad der karakteriserer gode interventionsforløb på den ene side og problemfyldte forløb på den anden – set fra kvindernes perspektiv samt d) belyse, hvor og hvordan systemets intentioner og indsats i nogle tilfælde har tendens til at kollidere med eller rammer skævt i forhold til kvindernes oplevede behov for hjælp og støtte med de konsekvenser, det kan have; men også hvad der i positiv forstand bevirker, at indsatsen anses som værende tilfredsstillende for såvel system som moderen – i den aktuelle situation og på længere sigt.

Som udgangspunkt har der ikke været tale om hverken en evaluering af indsatsen overfor gravide kvinder med misbrugsproblemer eller effekten heraf – endsige en tilfredshedsundersøgelse. Formålet har først og fremmest været at udforske, hvordan kvinder med et problematisk eller afhængighedsbaseret rusmiddelbrug reagerer, forholder sig og håndterer situationen i forbindelse med graviditet, samt i hvilket omfang de iværksatte tilbud opfattes som relevante og meningsfulde. Således har de følgende spørgsmål været en væsentlig del af drivkraften igennem undersøgelses- og analysefasen: Hvad får gravide kvinder med en rusmiddelproblematik til at søge eller eventuelt undlade at søge hjælp, rådgivning og behandling? Hvad oplever de som støttende og hjælpsomt? Hvordan er deres sociale situation, og hvilken rolle mener de selv, den spiller under graviditeten og efter fødslen? Hvilke overvejelser gør de sig i forhold til at være blevet gravide? I forhold til det ventede barn? Til forælderrollen? Til brugen af rusmidler? Hvad udgør deres sociale netværk, og hvordan reagerer omgivelserne på deres graviditet? Hvordan forbereder de sig, mentalt og praktisk? Og hvad gør de sig af forestillinger om fremtiden, barnets opvækst og familieliv?

Som det hermed skulle fremgå, har vi ikke alene fokuseret på relationen mellem de gravide kvinder og de systemforankrede tilbud. Vi har i lige så

høj grad været interesserede i deres hverdagsverdener og -relationer, deres fortællinger og oplevelser af det, de selv har anset for at være afgørende, relevant og vanskeligt som gravide og som mødre, og i hvordan de har tænkt og handlet i den aktuelle situation – under graviditeten, efter fødslen og på tidspunktet for interviewet, som i et enkelt tilfælde har fundet sted helt op til mere end ti år efter den pågældendes graviditet.

1.2 Undersøgelserforløb og dataindsamling

Undersøgelsen er finansieret af Socialministeriet og blev påbegyndt i januar 2006. Som det skal beskrives, har vi undervejs måtte justere i projektplanerne, således at vi fra et oprindeligt fokus på en afgrænset målgruppe – nærmere betegnet kvinder, der i forbindelse med deres graviditet havde været indskrevet i døgnbehandling på grund af et alkohol-/og eller stofmisbrug – besluttede at udvide kriterierne til at omfatte kvinder med et aktuelt eller forudgående misbrug af rusmidler, der i forbindelse med deres graviditet har modtaget ydelser og/eller behandling gennem det offentlige hjælpesystem. Dermed blev også projekt- og formålsbeskrivelsen ændret og udvidet til at tage sig ud, som i den netop præsenterede beskrivelse af formål og fokuspunkter (kapitel 1.1). Positivt set har det resulteret i en mere udforskende tilgang til dette felt, der såvel samfunds- som forskningsmæssigt er yderst sparsomt belyst både herhjemme og i udlandet.

Rekruttering af undersøgelsesdeltagere

Den oprindelige intention med undersøgelsen var at foretage kvalitative interview med så mange som muligt af de 48 kvinder, der i perioden 2001-2005 ifølge DanRIS databasen havde været indskrevet i døgnbehandling i forbindelse med graviditet. Primært med henblik på at få viden om, hvilken rolle døgnbehandlingen havde spillet for deres misbrug, graviditet og tiden efter fødslen. Denne plan måtte af flere grunde opgives, som det kort skal beskrives. Det første alvorlige problem var, at der ikke forelå samtykkeerklæringer fra disse kvinder, hvilket betød, at vi ikke kunne kontakte dem. Vi valgte derfor i starten af 2006 at rette henvendelse til de døgninstitutioner, som kvinderne havde været indskrevet på, med forespørgsel om deres eventuelle muligheder for at hjælpe os. Reaktionen var overvejende villige, men det var kun få, der var i stand til at formidle kontakt. Ikke desto mindre resulterede det i, at fem kvinder gav tilsagn om, at vi måtte ringe dem op, og dermed blev disse første interview aftalt og gennemført i løbet af foråret. Herefter valgte vi at gå lidt bredere ud med opringninger og udsending af projektbeskrivelser til professionelle i nøglestillinger på fødesteder og amtslige misbrugsinstitutioner med specialtilbud til gravide med misbrugsproblemer, kommunale misbrugscentre og familiehuse; an-

satte på væresteder og private rådgivningscentre samt mere vilkårlige forespørgsler, når lejligheden bød sig.

I løbet af forår og sommer gennemførte vi interview med syv professionelle med henblik på at få belyst deres perspektiver på og erfaringer med indsatsen overfor den specifikke målgruppe.¹ Denne personlige kontakt åbnede i de fleste tilfælde for kontakt til adskillige kvinder, der i forbindelse med deres graviditet havde modtaget tilbud og hjælp fra de pågældende instanser. I den forbindelse valgte vi at udvide deltagerkriterierne til at omfatte kvinder, der under deres seneste graviditet havde modtaget tilbud eller været i berøring med indsatssystemet.

I efteråret 2006 havde vi foretaget 14 interview, og da vi på det tidspunkt havde besluttet at stile efter at indhente mellem 25-30 interview for at få et så bredt geografisk og regionalt repræsenteret materiale som muligt, intensiverede vi indsatsen og benyttede blandt andet tilbud om selv at komme på besøg og orientere om undersøgelsen i sammenhænge, hvor kvinder fra målgruppen var til stede. I februar 2007 begyndte vi at kunne se genkomne mønstre i de erfaringer samt i de tilbud, interviewdeltagerne berettede om og valgte at stoppe dataindsamlingen efter det 26. interview. Hermed ikke være sagt, at vi har udtømt emnet, snarere at materialet blev vurderet tilstrækkeligt fyldigt og varieret til både at kunne udsige noget generelt og noget mere specifikt om 'graviditet og misbrug' samt 'indsatssystemet omkring gravide misbrugere'.

I rapportens bilag 1 findes en tematiseret præsentation af de 26 interviewpersoner. Her beskrives de som samlet gruppe ud fra parametre som arbejde, opvækst, stofmisbrug/alkoholmisbrug, børn, samliv og lignende.

De 26 interview blev på nær to foretaget i kvindernes hjem. Én kvinde afsonede på interviewtidspunktet fængselsstraf, en anden befandt sig efter sin fødsel et halvt års tid i forvejen på en amtslig familieinstitution. Kvinderne kommer fra stort set alle egne af landet og repræsenterer en ligelig fordeling mellem storbyer, provins- og land- og udkantsområder. Vi har ud over de 26 kvinder, som er blevet interviewet, haft kontakt med yderligere omkring 10 kvinder, som af forskellige årsager aflyste aftalerne. Enkelte kvinder begrundede det med, at de ved nærmere eftertanke ikke magtede at rip-

¹ De syv professionelle omfatter en ledende overlæge, en sygeplejerske, lederen af et kommunalt familiehus, tre socialfagligt uddannende koordinatore i amtslige tilbud, alle med specialfunktioner i forhold til målgruppen – samt lederen af et privat rådgivningscenter.

pe op i deres fortid, andre udsatte aftaler med henvisning til aktuelle problemer, sygdom i den nære familie, tilbagefald til misbrug og nogle få var ikke hjemme, da vi dukkede op på den aftalte dag.

At beslutningen om at deltage i undersøgelsen for de flestes vedkommende har krævet særlig overvejelse, har kvinderne ikke lagt skjul på. Det har, som ovenfor anført, især været forbundet med det forhold, at sammenkoblingen af 'graviditet og misbrug' og 'børn og misbrug' både er et ømtåleligt og tabubelagt felt samt forbundet med stærke følelser af skam, skyld og sorg, hvilket vi har måttet forholde os til – både i vores forsøg på at etablere kontakt til kvinderne og i forbindelse med hvert enkelt interview. Motivationen for at deltage synes ikke desto mindre primært at være begrundet i muligheden for se tilbage og gøre status over et afgørende livskapitel og samtidig med en – fra de deltagende kvinders side – udtrykt forståelse for og et ønske om, at andre, ikke mindst professionelle i indsatsystemet, vil kunne drage nytte af de oplevelser og erfaringer af både positiv og negativ karakter, som de enkelte kvinder har gjort sig.

Kvinderne blev på forhånd orienteret om formålet med undersøgelsen og vores tavshedspligt samt fortalt, at deres oplysninger og udtalelser ville blive anonymiseret. Således er interviewpersonerne alle blevet tildelt et af alfabetets bogstaver suppleret med angivelse af den enkelte kvindes alder. Som det fremgår af bilag 2 med overskriften "Undersøgelsesdeltagerne fra A-Z" har vi i kort form desuden anført a) hvilke typer ydelser/behandling den enkelte har modtaget, b) rusmiddelstatus på interviewtidspunkt samt c) antal børn, barn/børns alder og hvor/hos hvem de bor.

Metode og analyse

Det datamateriale, som rapportens beskrivelser og analyser bygger på, baserer sig på 26 semistrukturerede interview, hver af 1½ - 3 timers varighed og digitalt optaget. Samtlige interview er blevet udskrevet og efterfølgende systematiseret, kodet og genkodet med hjælp af databehandlingsprogrammet NVivo.

Interviewene har taget afsæt i en semistruktureret interviewguide udarbejdet over de temaer og forskningsspørgsmål, som vi ønskede belyst. I praksis er interviewene foregået som en dialog og har taget form som livshistorieinterview, dækkende den enkelte kvindes opvækst og liv frem til nutiden. De emner og temaer, som vi specifikt har spurgt ind til og søgt mere detaljerede oplysninger om, har omfattet familiebaggrund og sociale relationer, rusmiddelbrug/-misbrug, behandlingserfaringer, parforhold og børn

samt den seneste graviditet. Den semistrukturerede interviewform er dog, som betegnelsen antyder, ikke mere struktureret end, at vi har kunnet gribe chancen for at stille uddybende spørgsmål samt bede om yderligere forklaringer, når kvinderne har bragt emner, spørgsmål og temaer på bane, som vi ikke på forhånd havde forudset kunne være relevante eller aktuelle.

Hvert eneste interview repræsenterer i sig selv en unik og personlig fortælling om den enkeltes historie, erfaringer og oplevelser, og samlet set udgør de 26 interview et særdeles mangfoldigt og rigt facetteret materiale. I bearbejdelsen af de udskrevne interviewtekster har vi indledningsvis søgt efter ligheder og variationer inden for de enkelte temaer med en efterfølgende fokusering på sammenhænge mellem temaer og individuelle faktorer. Denne systematiseringsproces er foretaget med henblik på at kategorisere og identificere genkomne mønstre og tendenser. Frem for alene at udsige noget om den enkelte kvindes liv, erfaringer og perspektiver på sin egen situation, har vi med analysen således tilstræbt at udsige noget generelt om undersøgelsesgruppens situation og oplevelser på den ene side, samt hvad der mere specifikt karakteriserer forskellige grupperingers særlige situation og erfaringer på den anden. Dette betyder, at vi i vores beskrivelser og formidling af materialet har anvendt den lidt løse kategoriseringsstrategi, hvor vi opererer med begreber som 'de fleste', 'mange', 'en del', 'nogle få', 'enkelte' mm.

Vi har ud over at anvende citater og interviewuddrag til at demonstrere ligheder og variationer i kvindernes perspektiver i forbindelse med de enkelte kapitlers temaer benyttet caseformen til at illustrere detaljerne i konkrete forløbsbeskrivelser.

I modsætning til kvantitative undersøgelser bygger kvalitative undersøgelser og analyser på data fra et begrænset antal personer, og hvor de kvantitative analyser udleder generaliseringer på et statistisk grundlag, producerer kvalitative studier generaliseringer på et analytisk niveau. Den kvalitative analyses styrke ligger således frem for alt i nuancerede og detaljerede beskrivelser, der viser komplekse variable og interaktioner inden for et bestemt felt og en bestemt social kontekst (Pedersen & Asmussen 2002). I den forstand bliver spørgsmålet om repræsentativitet aktuelt. For nærværende undersøgelses vedkommende indebærer det, at de data, der ligger til grund for de følgende kapitlers beskrivelser og analyser, er genereret i samspil med kvinder, som for de flestes vedkommende har lagt misbruget bag sig, og som har deres børn hos sig. Dette forbehold ser vi dog i højere grad som en oplysning og et særligt vilkår frem for en begrænsning, men vi an-

erkender hermed også, at andre end de aktuelt interviewede kvinders fortællinger om deres liv, graviditeter og berøring med behandlingssystemets forskellige instanser ville kunne give anledning til at fokusere på andre problemstillinger, forhold og perspektiver, end det har været tilfældet i denne sammenhæng.

1.3 Hvilke kvinder – særlige kendetegn ²

De kvinder, der har deltaget i interviewundersøgelsen, er som nævnt opsøgt og udvalgt på baggrund af det forhold, at de umiddelbart forud for og/eller under graviditeten har haft et erkendt problematisk forbrug af rusmidler, som de på et eller andet tidspunkt har fået hjælp til. For enkelte kvinders vedkommende har der dog været tale om et misbrugs- eller afhængighedsproblem, der først er blevet afsløret i forbindelse med eller kort efter fødslen, det være sig af kvinden selv, sygehuspersonale eller andre.

De stof- og alkoholproblemer, som har været del af disse kvinders hverdag i kortere eller længerevarende perioder af deres liv, udgør for de flestes vedkommende imidlertid blot et enkelt aspekt i et til tider langt mere omfattende problemkompleks. Dette er dog ikke ensbetydende med, at de på graviditetstidspunktet var kendt i eller for den sags skyld nogensinde havde været i kontakt med behandlings- eller andre offentlige hjælpesystemer. Med visse forbehold har samtlige kvinder ikke desto mindre problematikker, der aktualiserer betegnelsen 'socialt sårbare' eller 'socialt udsatte gravide'. Begge kategoribetegnelser har gennem en årrække udgjort et højprioriteret indsatsområde indenfor det offentlige behandlings- social- og sundhedssystem og ligeledes været en højt prioriteret målgruppe for tidlig opsporing og intervention.

Hvad der helt konkret kendetegner interviewpersonernes sårbare eller udsatte position spænder over et forholdsvist bredt spekter af sociale, psykiske og fysiske faktorer. Ud over misbrugsproblematikker af varierende art, grad og forskellige kombinationer omfattende alkohol, illegale rusmidler og medicin, drejer det sig om følgende aspekter: meget unge gravide/unge mødre; tilstedeværelsen af psykiske problemer, depressioner, angstproblematikker og psykoser mm.; en opvækst præget af forældres misbrug, psykiske lidelser og/eller fravær af stabile voksenrelationer; kort skolegang og lav tilknytning til arbejdsmarkedet samt erfaringer med fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb i barndommen eller senere i livet, herunder også vold i parforholdet. Dette billede stemmer stort set overens med den

² Se appendiks.

efterhånden betydelige mængde internationale undersøgelser og forskning, som findes på området.

Alt i alt er der således tale om en gruppe kvinder, der på tidspunktet for graviditeten og i mange af livets forhold var svagtstillede og dermed befandt sig indenfor den målgruppe, som det offentlige danske hjælpesystem har iværksat særlige foranstaltninger for. Som en introduktion til hvem de kvinder, det mere konkrete handler om, er, hvorfor så ikke begynde med begyndelsen – eller rettere med graviditetens indtræden.

Kapitel 2

Gravid og hvad så?

Formålet med det følgende kapitel er at formidle et indblik i, hvad de 26 kvinder har gjort sig af overvejelser i forbindelse med deres graviditet, hvilken betydning graviditeten har haft for deres aktuelle eller tidligere misbrug af alkohol og stof, herunder hvilken betydning de tillægger deres rusmiddelforbrug/-misbrug i forhold til graviditetsforløbet og deres livssituation som sådan. Den første tematisering og analyse skal handle om kvindernes reaktioner på det faktum, at de er blevet gravide: om der var tale om planlagte eller uplanlagte graviditeter, og hvad kvinderne har fortalt om deres overvejelser og erfaringer i forhold til at gennemføre deres graviditet. Efterfølgende vil vi sætte fokus på de sundhedsforebyggende og skadesreducerende strategier, som kvinderne har benyttet eller forsøgt at opretholde gennem graviditeten, herunder hvilke udfordringer og dilemmaer det typisk indebærer at skulle ændre livsstil.

2.1 Reaktioner og perspektiver på planlagte og uplanlagte graviditeter

I den følgende beskrivelse skelnes der indledningsvist mellem planlagte og uplanlagte graviditeter. Den planlagte graviditet defineres her som en aktiv beslutning om at blive gravid og få barn, og som det vil fremgå, ses dette først og fremmest som en måde at bekræfte parforholdet på og blive en 'rigtig' familie. De uplanlagte graviditeter har flere dimensioner og er på baggrund af vores materiale kategoriseret under de følgende grupperinger: 'resultat af tankeløs og ubeskyttet sex'; 'ingen brug af prævention, fordi kvinden selv eller partneren ikke troede, de kunne få børn' og 'den anvendte prævention glippede'.

I hvilket omfang graviditeter i almindelighed er planlagte eller ej, har vi ikke gjort forsøg på at søge oplysninger om, men hvad angår de 26 kvinder, som vi har interviewet, var graviditeten kun i få tilfælde resultatet af bevidst eller målrettet familieplanlægning. Dette mønster – med en betydelig overvægt af uplanlagte graviditeter – aftegner sig imidlertid også klart i andre undersøgelser udført blandt målgruppen af aktivt misbrugende kvinder. Det gælder blandt andet Sheigla Murphy og Marsha Rosenbaums undersøgelse fra 1999 af 120 gravide kvinder i San Francisco (Murphy & Rosenbaum, 1999) og Avril Taylors studie fra Glasgow, der i lighed med denne undersøgelse er baseret på data vedrørende 26 kvinder, men dog udelukkende kvinder med et intravenøst stofmisbrug (Taylor, 1993).

Graviditet, fødsel og moderskab betragtes af de fleste som helt uforeneligt med brug af illegale rusmidler og alkohol i større mængder. Hvorfor kvinder, der har et problematisk eller afhængigt brug af rusmidler overhovedet påtænker eller aktivt prøver på at få børn, kan således forekomme både uforståeligt og uansvarligt. Faktisk synes denne holdning at være lige så udbredt blandt vores interviewpersoner – i hvert fald når de udtaler sig om andre end sig selv, men for nogles vedkommende også, når de retrospektivt vurderer deres egne valg og handlinger i forbindelse med den eller de graviditeter, de har berettet om. Som det skal illustreres, er graviditet og moderskab imidlertid i høj grad blevet forbundet med ønsker, håb om og kamp for en stabil og i egne og andres øjne socialt accepteret tilværelse som kvinde og mor.

Planlagte graviditeter

Kun fire af de 26 graviditeter omtales af kvinderne som aftalte eller planlagte. Alle fire kvinder var på det pågældende tidspunkt i faste og længerevarende, men bestemt ikke uproblematiske forhold med partnere, der selv havde eller havde haft et stof- og/eller alkoholmisbrug, og som delte ønsket om at få barn. På spørgsmålet om, hvorfor de – på trods af erkendelsen af at deres rusmiddelforbrug var af mere eller mindre problematisk karakter – aktivt satsede på at blive gravide, kom troen på, at et barn ville kunne være med til at stabilisere og normalisere deres parforhold og tilværelse, klart til udtryk.

... jeg havde nok sådan en åndssvag ide om, at det kunne ændre på nogle ting. (X:27).

Jeg tror nok, at det var et ønskebarn... [forlegent] det var ham den voldelige, der var faderen. Altså, der troede jeg, at hvis vi fik et barn... eller det var et eller andet med, at så blev det rigtigt godt (...) og nu skulle vi være en familie og normale. (C:43).

To af disse fire parforhold, hvor graviditeten var planlagt, overlevede både graviditet og fødsel. To kvinder valgte dog at forlade faderen til deres barn før fødslen – den ene på grund af aktuel vold under graviditeten, den anden i erkendelse af, at den vold, hun hidtil havde været udsat for, formodentlig ikke ville ophøre, når barnet blev født. Den tredje kvinde måtte kort efter fødslen indse, at det bare ikke gik imellem hende og faderen til hendes nyfødte barn.

Jeg havde bare brug for en, der kunne banke noget... jamen et eller andet fornuft i mit hoved, men det eneste der skulle til, det var faktisk, at jeg blev gravid. Og da det så skete, så skulle jeg bare se rigtig godt på [barnets far], og så tænke: 'Er det

et liv, mit barn skal vokse op i?' Han var meget voldelig, jeg fik rigtig mange tæsk, og det var nok det, der sådan gjorde det største udslag, at det skulle mit barn ikke opleve. Så allerede mens jeg var gravid, valgte jeg, at det var slut.... (X: 27).

Ja, det var planlagt, men jeg havde ikke regnet med, at jeg ville blive gravid så hurtigt, fordi jeg har haft så store problemer med at blive gravid. Og vi skændtes meget og sådan... diskuterede meget (...) Men han er jo også tidligere misbruger, har været rigtig junkie, hjemløs. Vi er jo begge to sårede mennesker, han har også haft en træls opvækst, men det er faktisk den første mand, jeg sådan har været forelsket i, som jeg har været sammen med, og jeg er den første kvinde, han nogen sinde har lukket ind... så det er såmænd ikke mangel på kærlighed, vi kunne bare ikke finde ud af at være sammen. (Q:37).

For det ene par, som er forblevet sammen efter barnets fødsel, har samhørigheden og ønsket om at etablere familie holdt dem sammen. Den unge kvinde, der på interviewtidspunktet ikke havde brugt stoffer og kun i meget begrænset omfang drukket alkohol i mere end to år, fortæller, at det først og fremmest skyldtes hendes mand, som, efter de mødtes, selv var i stand til at stoppe sit stofbrug 'fra den ene dag til den anden', og hans krav om, at hun også stoppede eller gik i behandling; men også hans støtte, som blandt andet indebar, at han i en periode forud for graviditeten administrerede hendes antabus. Ikke mindst betød hendes graviditet, at hun kunne holde sig fra alkohol – og dermed forsvandt også den trang til amfetamin og kokain, som alkoholindtagelsen for hendes vedkommende udløste:

Jeg blev gravid. Og så var det jo egentlig nemt nok [at stoppe], for når jeg tog stoffer, så havde jeg faktisk drukket også. Jeg tog faktisk aldrig stoffer, uden at jeg havde drukket. Og når man er gravid, så drikker man jo ikke, og så får man jo ikke den trang til stofferne. Fordi jeg drak mig gerne plakatstiv, og så tog jeg stoffer for at blive mere frisk (...) Jeg drak ikke, da jeg var gravid, så jeg behøvede ikke stofferne. (T:25).

Af de fire kvinders beskrivelser fremgår det, at den planlagte graviditet først og fremmest er blevet set som en måde at bekræfte parforholdet på, falde til ro og blive en 'rigtig' familie. Selvom denne 'plan' kun lykkedes for et enkelt par, har de øvrige tre kvinders liv efter fødslen ændret og stabiliseret sig i den ønskede retning. For en enkelt kvindes vedkommende lykkedes det først at ophøre med et voldsomt heroin- og blandingsmisbrug efter fødslen og efter en længere døgnbehandling. De tre øvrige modtog forud for fødslen tilbud om ambulante samtaler og/eller urinkontrol i hospitalsregi. For en enkelt kvindes vedkommende har en støtteperson i hjemmet efter fødslen været afgørende for, at hun i lighed med de øvrige har sine børn hos sig. Samtlige havde på interviewtidspunktet været misbrugsfri imellem to – ti år og var i arbejde eller under uddannelse.

Uplanlagte graviditeter

På trods af at de graviditeter, det her skal handle om, kom bag på undersøgelsesdeltagerne, og at kvinderne på graviditetstidspunktet aktuelt var i eller kort forud herfor havde været i misbrug, var det de færreste, der seriøst overvejede at få foretaget abort. De uplanlagte graviditeter har således ikke resulteret i uønskede børn. Tværtimod tyder det på, at de for langt størstedelens vedkommende var 'latent ønskede' eller hurtigt blev 'valgt til' som ønskede, selvom tidspunktet i flere tilfælde skønnes at være uheldigt, og den aktuelle situation ikke blev anset for at være den mest gunstige. Mange af kvinderne har desuden valgt at få barnet, til trods for at de ikke var i et stabilt parforhold – eller de valgte forholdsvis tidligt at gennemføre svangerskabet uden den biologiske fars vidende, accept, forventninger til eller ønsker om hans støtte og deltagelse i barnets fremtidige liv. I det hele taget repræsenterer vores materiale en undervægt af børn, der vokser op med kontakt til deres biologiske fædre.

'Smuttere' og 'overraskelser'

De uplanlagte graviditeter er for størstedelens vedkommende resultat af manglende brug af prævention. I den forbindelse kan der overordnet set skelnes mellem 'smuttere' og 'overraskelser'. Førstnævnte kategori dækker over, hvad kvinderne selv beskriver som skødesløs og ubetænksom adfærd. Sammenkoblet med misbrug og uregelmæssig menstruation, som mange har berettet om, er fysiske og kropslige symptomer derfor ikke umiddelbart blevet tolket som tegn på graviditet.

Vi var lige flyttet fra hinanden. Nej, det var ikke meningen. Det var ikke meningen. Så det var en smutter. (B:36).

Jamen, det var sløseri (...) jeg var ude i misbrug på det tidspunkt (...). Det var ikke planlagt, det var det ikke. (A:24).

... det var fordi, at jeg havde levet det liv, jeg havde, så havde jeg stoppet med at spise mine p-piller (...) fordi der havde jeg ikke spist p-piller i to år, og så tænkte jeg virkelig ikke over det, jeg tror, det var sådan noget. Jeg var tre måneder henne, før jeg opdagede, at jeg var gravid, fordi min menstruation aldrig var regelmæssig, så tænkte jeg ikke over det. (O:23).

Rent kvantitativt synes 'overraskelserne' imidlertid at være i overtal og er blandt andet kendetegnet ved, at kvinderne selv af forskellige grunde ikke troede, at de kunne blive gravide – eller at deres partnere havde troet/påstået, at de ikke kunne få børn. Den manglende tiltro til egen eller partnerens frugtbarhed betød blandt andet, at præventionen blev droppet, som det ses af de følgende uddrag.

I: Men hvordan med prævention, brugte du det?

R: Nej, fordi at der har været nogle problemer, jeg har ikke fået min menstruation og sådan nogle ting...det var, fordi æggene satte sig fast henne omkring mine æggestokke, og så har jeg fået af vide fra sygehuset (...) at på grund af de stoffer, jeg havde taget, så kunne jeg ikke få barn. Det kunne jeg altså alligevel... (N:19).

Det er selvfølgelig en usikker måde at dyrke sikker sex, men jeg havde en ufrivillig abort og havde ikke brugt nogen form for beskyttelse i mange år og var ikke blevet gravid. ... også fordi jeg i lang tid gerne havde villet have et barn (...) men jeg var sådan set kommet til det punkt, at jeg ikke skulle have børn. (B:36).

Han sagde, at han ikke kunne få børn. Så tænkte jeg, at så skulle jeg da ikke have p-piller, det skulle jeg da ikke bruge penge på, dem kunne jeg da drikke op i stedet for. Men han kunne altså godt få børn. (R:23).

Nogle af kvinderne havde tidligere og uden held prøvet at blive gravide med andre partnere, eller deres partnere havde været i forhold, som forblev barnløse:

R:... det kom lidt som et chok.

I: Troede du ikke, at du kunne blive gravid, eller hvad?

R: Nej, det troede jeg ikke. Jeg har haft en kæreste før, som jeg har været sammen med i lidt over tre år, og vi havde prøvet, men der skete bare ikke rigtig noget. (E:25).

... især min kæreste ville meget gerne have børn, og så havde han samtidig den her med, at han nok ikke kunne blive far, fordi han havde prøvet. Han havde været forlovet engang før i fem år, og de havde prøvet og prøvet, og der var ikke sket en skid, og så var de gået fra hinanden, og så havde hende dér fået en anden fyr, og en måned efter så blev hun gravid. Så han var overbevist om, at det var, fordi han ikke kunne blive far.... 'Jamen så gå ned til lægen og få lavet en prøve', men det ville han ikke. Og han blev ved med 'Hvorfor bruger du prævention' og 'Hvis du virkelig elsker mig, så ville du ikke bruge prævention' og jeg sagde 'Hallo, vi ryger da hash stadigvæk, vi kan da ikke bare...'. Så kørte der sådan en spiral igen. (V:31).

Nogle få har fortalt, at de blev gravide, selvom de brugte prævention, og i et enkelt tilfælde måtte en kvinde, som efter sin sidste fødsel adskillige år i forvejen havde ladet sig sterilisere, erkende, at hun alligevel var blevet gravid. Sidstnævnte, der havde flere hjemmeboende børn, affejede i første omgang morgenkvalmen med tømmermænd, men den udeblivende menstruation fik hende omsider til at gå til lægen.

Jeg var oppe snakke og med ham, og han syntes, at vi skulle tage sådan en test. Så sagde jeg, at det var der ingen grund til, for jeg var jo steriliseret, så det... pjat med ham! Men det syntes han nu alligevel, og så viste det sig, at jeg var lidt over

tre måneder henne. Og han siger så, at jeg lige skulle vurdere, om jeg ville have barnet eller ej, fordi ellers kunne vi få lavet en abort. (M:32).

2.2 Abort og hvorfor ikke abort?

Spørgsmålet om abort var oppe at vende hos de fleste af de kvinder, hvis graviditet af den ene eller anden grund ikke var planlagt, men for nogle var beslutningen om at fuldføre graviditeten lettere at tage end for andre. I den forbindelse har enkelte givet udtryk for, at de af moralske grunde ikke kunne drømme om at få foretaget en abort, mens en ung kvinde, der blev gravid som 17-årig end ikke overvejede muligheden, da hun 'bare gerne ville have et barn':

Jeg vidste helt fra starten af, at hvis jeg blev gravid...sådan har jeg altid haft det...så kunne jeg ikke holde ud at få en abort. Det var bare det samme som at slå én ihjel, sådan følte jeg det. Selvom det er et lille foster, så er det det samme som at dræbe. (V:31).

... der gik lang tid, jeg var tre måneder henne, før jeg opdagede det. Så lige pludselig, så var det bare helt vildt (...) det var sådan lidt 'uha, hvad nu?' Men jeg vidste godt, at jeg ikke ville have nogen abort. (N:19).

Kvindernes beretninger om deres umiddelbare reaktion på graviditeten og deres refleksioner over, hvordan de skulle forholde sig til den uventede graviditet, har givet os et nuanceret indblik i, hvad de selv har lagt til grund for beslutningen om at gennemføre det aktuelle svangerskab. I den forbindelse synes spørgsmålet om den pågældendes misbrug eller hendes i mange tilfælde særdeles vanskelige sociale situation imidlertid ikke altid at være blevet tillagt den afgørende betydning. Mange andre ting og forhold har spillet ind. Fx har det for enkelte kvinders vedkommende været afgørende, at 'det var ved at være sidste udkald' – 'det biologiske ur var ved at tikke ud'. En kvinde, der på alle måder befandt sig i en yderst belastet situation, kunne fortælle om, hvordan 'moderinstinktet endte med at overdøve fornuften', da hendes læge bad hende gå hjem overveje sin situation.

Det var faktisk min første tanke, at vi i hvert fald ikke skulle have det barn, det var ikke en smart idé. Og så kom jeg jo ned til lægen, og så får man jo den der fine bog med hjem, hvor der står, hvad der sker hver eneste uge. Og han fortæller mig så, at jeg har en uge at beslutte mig i, ellers går jeg over tiden. Og jeg sidder og kigger i den der bog, tager den med hjem og begynder at sidde og læse. Og jeg tror, at hvis jeg ikke havde fået den bog med hjem, hvis jeg ikke havde læst i den bog, så tror jeg, at jeg havde fået en abort. Men da jeg så begynder at læse, at der er små fingre og ører og alverdens ting og sager, så kunne jeg slet ikke... så tænkte jeg: 'Nå, men det bliver jeg bare nødt til at gøre.' (G:25).

En anden kvinde, hjemløs og i et hårdt misbrug på det tidspunkt, hvor hun opdagede, at hun var gravid, fortæller, at hendes mand gennem syv år døde af en overdosis kort tid efter, at graviditeten var blevet konstateret, hvilket var stærkt medvirkende til, at tanken om abort for hende blev uaktuel. Hun fortæller om sine overvejelser:

I: Blev du glad?

R: Jamen, det gjorde jeg et eller andet sted, men samtidig var jeg også meget nervøs, men altså, jeg fortsatte mit misbrug, det gjorde jeg (...) Jeg overvejede en abort, men det kunne jeg ikke, fordi jeg ønskede det barn. Samtidig var min mand lige død, så det var det, jeg havde tilbage fra ham. (F:29).

En del kvinder har fortalt, at de har én til flere provokerede aborter bag sig, mens enkelte også havde haft spontane aborter. Disse tidligere oplevelser synes at være blevet aktualiseret og på trods af et aktivt misbrug fået en særlig betydning efter konstateringen af en ny graviditet:

Jamen, jeg havde tænkt ved mig selv, at hvis jeg blev gravid igen, så ville jeg ikke få flere aborter, for jeg har fået en del, jeg har fået fire eller fem aborter. Så det var bare sådan, at hvad enten ham faderen var med på det eller ej, så... (...) Og det er jeg fandeme også glad for i dag. Jeg har jordens dejligste unge, han smiler og er så glad og velfungerende. (D:34).

Jeg tog p-piller, da jeg blev gravid, men jeg valgte at beholde det, fordi jeg kunne ikke klare at miste en til... jeg kunne have haft en på en tre-fire år nu (...) Det var først meningen, at jeg skulle have en abort, men så var det så, at jeg ombestemte mig, fordi jeg havde mistet én, og det ville jeg slet ikke kunne holde til igen (...) så ville jeg hellere prøve det, og se hvordan det var. Og det har jeg ikke fortrudt. (P:22).

Spørgsmålet om abort blev altså af forskellige årsager og med forskellige begrundelser udelukket af de kvinder, der deltog i undersøgelsen. Kun en enkelt kvinde, der opdagede sin graviditet i fjerde måned, var fuldt indstillet på at få foretaget en provokeret abort, hvilket hun forklarer således:

På det tidspunkt var jeg jo i misbrug igen, og det var ikke min forestilling omkring det at skulle have et barn. Man kan sige, at det var også lidt imod min egen moral og principper, at man skulle sætte et barn til verden. Så jeg søgte faktisk om en abort i amtet, men var heller ikke rigtig klar over, hvad det indebar, og hvordan en abort skulle foregå. Jeg var bare fokuseret på, at jeg havde taget stoffer, mens jeg havde barnet i maven. (J:31).

Hun fik imidlertid afslag, men begrundelsen herfor stod hende ikke umiddelbart klar: 'det var sådan lidt en tåget tid', 'det kan jeg faktisk ikke rigtig huske', 'jo, at jeg var for langt henne i mit svangerskab'. På baggrund af

kvindens fortælling om, hvor voldsomt hendes misbrug på daværende tidspunkt var, kunne interviewerens ikke undertrykke sin undren. Denne undren gav også kvinden anledning til at tænke efter og indse, at hun ikke havde været 'helt ærlig' i sine udmeldinger til lægen:

... det er rigtigt nok, det du siger. For jeg siger faktisk... jeg fortæller lægen deroppe, en læge, jeg kun har været ved en gang tidligere, at jeg har taget stoffer. Men det, det måske kan bunde i, er at jeg lyver og siger, at det gør jeg ikke nu. Altså, jeg er ikke ærlig. Jeg siger: "Jeg gør det ikke nu, men jeg har tidligere..." Og jeg tror faktisk heller ikke, at jeg får fortalt om heroinen. Jeg tror bare, at jeg siger... jeg får det i hvert fald pakket ind og kørt noget facade op og sådan noget, for ligesom at jeg kan holde fast i, at jeg har noget dårlig samvittighed, der gør, at det er svært for mig. Men jeg får det slet ikke fortalt, som det er. Og jeg kan godt huske, at jeg holdt meget fast i, at jeg ikke gjorde det nu. Så det kan måske være derfor, at det ikke er røget videre, at jeg ikke får bevilliget en abort.... (J:31).

Enkelte kvinder har opdaget deres graviditet meget sent. I disse tilfælde har der været tale om kvinder med et forholdsvis intensivt misbrug, hvilket har betydet, at de ikke umiddelbart var indstillet på at fortælle det til andre end sine søge hjælp, med det resultat at deres misbrug først blev kendt kort før eller efter fødslen.

2.3 En ny start – en anden slags liv?

Selvom de fleste kvinders fortællinger bærer præg af, at de indledningsvist var tvivlrådige og usikre, afspejles det samtidig, hvordan personlige drømme og forhåbninger blev vakt til live, da graviditeten viste sig at være en realitet, og udsigten til at få (endnu) et barn, blive mor, skabe familie dermed er inden for rækkevidde:

... der gik lang tid før jeg fattede, at 'jamen jeg er gravid og skal have et barn', og 'kan jeg nu klare det' (...) Men det var dejligt, jeg elsker børn, og jeg har altid sagt, at jeg skulle have mange børn. (O:23).

For nogle bristede drømmen om far, mor og børn imidlertid, inden den rigtig var startet, som det blandt andet skete for denne kvinde:

R: Det værste var den første scanning, jeg var til... jeg græd hele vejen til hospitalet og hele vejen hjem igen. Det var det frygteligste, jeg nogensinde havde oplevet, det værste.

I: Hvad var det, der var så slemt?

R: Fordi, tror jeg... jeg havde ikke nogen at dele det med. Faderen nægtede sig jo skyldig så.... (B:36).

Det er imidlertid en helt gennemgående tendens for de fleste kvinder, der ikke havde haft intentioner om at blive gravide her og nu, at graviditeten og det kommende barn er blevet betragtet som eller vendt til at rumme muligheden for en ny start, en vej ud af misbruget, et andet liv, uanset det blev i rollen som enlig mor.

Jeg havde lige fået en abort, fordi amfetaminforbruget var i den periode på det højeste, og jeg tænkte 'Nej, det dur ikke, jeg er ikke klar til det'. Jeg var sgu bange for, at der var sket noget med den borte, så jeg valgte at få en abort. Og så gik der jo ikke mere end et halvt år, så var jeg gravid igen. Så sagde jeg 'Nej, nu må jeg fandeme tage ansvaret for det her, det går ikke længere nu.' Så valgte jeg så at få [barnet] og stoppe mit misbrug. (K:31).

Det var ikke planlagt, det var det ikke. Men jeg blev glad, rigtig glad [latter]. Det har altid ligget der et eller andet sted, det der med at jeg har altid været glad for børn og også ønsket børn. Kontakten til børn var meget nemmere end til voksne... Og jeg ved ikke, men på en eller anden måde har jeg også... altså, ikke sådan gået bevidst og tænkt, at det ville være min redning, men et håb på det har jeg haft. (A:24).

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. (B:36).

Motiverne for at gennemføre en uplanlagt graviditet spænder vidt. Som kvinderne selv fortæller det, synes deres beslutning om at gennemføre graviditeten kun i mindre grad at have forholdt sig til deres aktuelle socialt og misbrugsmæssigt udsatte situation og i langt højere grad været båret af ønsket om at få barn.

Der er stor forskel på, hvordan kvindernes nærmeste netværk og familie har reageret på deres graviditet, og dette gælder for så vidt også de professionelle, som de har været i kontakt med i den forbindelse. Men i de tilfælde, hvor responsen har været negativ, fx i form af anbefaling om abort eller tilkendegivelser såsom 'det kan du ikke klare', 'det går aldrig godt' eller 'det er fuldstændigt uansvarligt', synes det typisk at have udløst viljen til at modbevise disse udtalelser og forudsigelser. Det skinner i det hele taget meget tydeligt igennem i de fleste af interviewene med såvel de kvinder, der havde, som de, der ikke havde planlagt den aktuelle graviditet, at graviditeten bliver et konkret symbol på, at 'det kan ændre nogle ting'.

Som det er illustreret i flere af de ovenstående citater, er graviditeten og det ventede barn forbundet med både tro på og håb om, at ansvaret for et barn vil fungere som en slags vendepunkt, en ny begyndelse og 'anledningen til et bedre liv'. Og på mange måder synes dette at være gået i opfyldelse. Men ikke af sig selv og bestemt ikke uden både drastiske og mindre drastiske valg, fravalg og omlægninger af livsstil både under graviditeten og ikke mindst efter fødslen. Nogle gange iværksat af kvinderne selv, og i forskelligt omfang og på forskellig vis understøttet af offentlige hjælpetilbud, andre gange stærkt foranlediget af professionelle i det offentlige sundheds- og socialsystem, som det skal beskrives andetsteds.

2.4 Opsamling: Perspektivering af graviditeten og barnet som forandringspotentiale

Med dette indledende kapitels fokus på, hvad graviditeten, som en social begivenhed, har betydet for de enkelte kvinder, har vi på baggrund af den samlede gruppes fortællinger og overvejelser søgt at udlede, om det er muligt at pege på generelle tendenser og erfaringer. Vi har i denne proces blandt andet fokuseret på, hvad der har ligget bag kvindernes ønske og beslutninger om at gennemføre et svangerskab på et tidspunkt og i en situation, som i langt de fleste tilfælde og på en lang række livsområder har været præget af misbrugsmæssig, fysisk, psykisk og social ustabilitet.

Som beskrevet er det kun et fåtal af de 26 graviditeter, som vi har spurgt ind til, der har været planlagte. Omregnet i tal repræsenterer de uventede graviditeter således omkring 80 % af samtlige; kun en enkelt kvinde tog initiativ til at afbryde svangerskabet, men fik, som det også er blevet beskrevet, afslag på at søge abort. Ikke desto mindre resulterede 22 uplanlagte graviditeter i sidste ende i 22 ønskebørn, om end nogle graviditeter blev opdaget ret sent. Og hvad er så forklaringen på det? Ud fra vores analyse af data skyldes det især to, men delvist overlappende forhold: på den ene side ønsket om at blive mor og på den anden ønsket om forandring.

Mens ønsket om at blive mor især synes at have været drivkraften for de yngre kvinder og de kvinder, der ikke havde børn i forvejen eller som havde børn, der var anbragt uden for hjemmet, ses graviditeten og det ventede barn for den samlede gruppe kvinders vedkommende som en velkommen og konkret anledning til at foretage nye og ansvarlige valg i forhold til deres misbrug og livsstil. Kvinderne udtrykker således i klare vendinger, hvad der er på spil, når de taler om at 'få et fast holdepunkt i livet', 'få et virkeligt ansvar, som man ikke bare kan løbe fra', 'tage ansvar for et lille menneske, der har brug for dig et hundrede procent', eller 'det blev min red-

ningsplanke', og 'jeg manglede en sidste god grund til at stoppe misbruget, og det fik jeg'.

At handle på motivation og gode intentioner har dog ikke været let, og for de fleste har graviditeten kun været begyndelsen på en lang og hård kamp for at opnå den ønskede forandring. Enkelte af de kvinder, det her handler om, har undervejs måttet erkende, at de ikke har formået at leve op til de krav om ansvarlighed og stabilitet, som de selv har ment, deres børn fortjente, hvorfor de på et tidspunkt har bedt om eller er gået med til midlertidige eller mere permanente anbringelser hos biologiske fædre eller i aflastnings- eller plejefamilier. Nogle har til gengæld – med det ophørte misbrug og den opnåede forandring i deres generelle situation efter den seneste fødsel – taget initiativ til at få anbragte børn hjem igen. Således er der en del kvinder, der, som de to der udtaler sig nedenfor, i forbindelse med interviewene har kunnet se tilbage og konstatere, at graviditeten og barnet var med til at bringe dem på ret køl:

Det har betydet meget for mig at få [barnets navn], også for min egen bedring. Jeg havde heller ikke haft nogen grund til at forbedre mig før. Og jeg siger ikke, at det er [mit barn], der har gjort det, men [det] har været min motivation til at komme videre og kæmpe for både [barnets] og mit liv. Altså, i starten var det udelukkende for [barnets] skyld, men så blev det også for mig selv. (A:24).

Nogle gange kigger jeg på [mit barn], og så tænker jeg, at [det] reddede mig. Et barn skal ikke sættes til verden, fordi det skal redde nogen, det er jeg udmærket klar over. Men nu kom [det], og [det] har virkelig reddet sin mor, det har [det]. Det tænker jeg, for det er grunden til, at jeg er nået så langt, så hurtigt. Det var ikke sket uden [barnets navn], så var der gået lang tid, inden jeg var nået til de beslutninger. (E:25).

At et barn ikke skal eller overhovedet bør sættes til verden for at redde noget eller nogen, det være sig parforhold eller sin mor, er en udbredt holdning blandt de fleste mennesker, misbrugere eller ej, professionelle som eksmisbrugere. Mange af kvinderne har da også fået advarsler og negative reaktioner fra omgivelserne, om det urealistiske og uansvarlige i deres forhold, som bl.a. denne kvindes oplevelser viser:

... Fordi hvis man siger til folk, at, 'Nå ja, der skulle åbenbart noget mere til for mig. Det var ikke nok bare at blive clean for min egen skyld', så siger de: 'Ja, men du kan ikke holde dig clean på dit barn.' Og så kan jeg kun sige: 'Nej, det kan godt være, du ikke kan, og det kan godt være at 90 % af kvinderne i NA [Narcotics Anonymous] ikke kan; men jeg kan godt. (D:34).

Troen på, at en graviditet og ansvaret for et barn kan medvirke til at løse misbrugsproblemer, har som antydnet også trange kår blandt professionelle i sundheds- og behandlingssystemet; men når muligheden for abort afvises af kvinder, der erkender, at de aktuelt eller til for nylig har haft et væsentligt forbrug af rusmidler, handler det om at sætte ind med relevante tilbud og tæt opfølgning og behandling gennem graviditeten. Vores materiale viser, at en graviditet – og ikke mindst det nyfødte barn – har udgjort en positiv motivationsfaktor for livsændringer af forskellig art, herunder medvirket til, at kvinder på eget initiativ har søgt hjælp og taget imod den rådgivning, støtte og behandling, som de er blevet tilbudt. Samtidig skal det understreges, at repræsentativiteten i denne undersøgelse naturligvis er begrænset og farvet af, at de kvinder, der har indvilliget i at deltage, for størstepartens vedkommende har lagt misbruget bag sig og lever sammen med deres børn.

I det følgende kapitel skal de livsstilsændringer, som kvinderne er blevet opfordret til eller pålagt at foretage og deres forskellige måder at handle herpå, præsenteres og diskuteres. I den forbindelse vil vi især fokusere på de dilemmaer og udfordringer, som graviditeten for de fleste har budt på i forhold til at stoppe misbruget, herunder de sundheds- og skadesreducerende strategier, som de har benyttet gennem graviditeten.

Kapitel 3

Livsstilsændringer: sundhed, misbrug og risikopfattelser

Indtil slutningen af 1950'erne havde man været forholdsvis overbevist om, at livmoderen tjente som et skærmende og beskyttet rum for det spirende livs udvikling frem til det tidspunkt, hvor det fuldbårne barn var parat til at blive født. Hvad der siden hen er blevet kendt som thalidomid-skandalen, satte imidlertid en brat stopper for denne forestilling, da det blev påvist, at mødre til tusindvis af børn med misdannelser i form af manglende arme og ben, i den tidlige graviditet havde indtaget det lægeordnede middel thalidomid mod kvalme. Denne opdagelse – at hvad den gravide kvinde kan indtage uden umiddelbare bivirkninger og skader på sig selv kan have fatale konsekvenser for fosteret – har blandt andet resulteret i, at rusmiddelbrug under graviditeten efterfølgende kom stærkt i søgelyset (Boyd 1999).

Med de sundhedsråd, anbefalinger og advarsler som befolkningen i almindelighed og kvinder i særdeleshed er blevet præsenteret for via kampagner og medier, ved de fleste i dag, at brug af rusmidler under graviditeten er forbundet med betydelige helbredsrisici for det ufødte barn. Det er således også forventningen, at de lægger deres eventuelle laster på hylden, så snart de bliver gravide. Denne forventning gælder også kvinder, hvis rusmiddelbrug har karakter af misbrug eller decideret afhængighed; men i erkendelse af at den ofte betydelige omlægning af livsstil, dette forudsætter, er der i offentligt regi etableret forskellige hjælpetilbud, som det så til gengæld forventes, at disse kvinder benytter sig af.

Fra professionel side fremhæves gerne vigtigheden af, at kontakten til gravide misbrugere bliver etableret så tidligt i graviditeten som muligt ud fra rationalet, at jo hurtigere rådgivning og de relevante foranstaltninger bliver sat i værk, desto større er chancen for at hindre, at fosteret udsættes for skader, og desto bedre er muligheden for at iværksætte en relevant og langsigtet indsats til fordel for både mor og barn. Hvad angår de kvinder, der har deltaget i denne undersøgelse, er der en ret stor spredning på, dels hvornår de har opdaget, at de var gravide, dels hvad der karakteriserede deres misbrugsstatus på det givne tidspunkt. Der er også, som det skal illustreres i dette kapitel, en forholdsvis stor forskel på, hvad kvinderne vidste om risikoen ved det forudgående eller pågående misbrug i forhold til fosterets helbred på den ene side, og hvad de foretog sig med henblik på at mi-

nimere eller undgå skader på fosteret samt for selv at opretholde en sund livsstil på den anden.

Som Murphy og Rosenbaum (1999) har mindet om, er dét at opdage og erkende, at man er gravid for de fleste kvinders vedkommende i sig selv en kompliceret psykosocial proces og ikke blot et biologisk fænomen. For kvinder, der har et misbrug, kompliceres denne proces som regel yderligere på grund af deres egne og ikke mindst alle andres forventninger til, at de straks ændrer livsstil og stopper deres brug af rusmidler. I tillæg hertil er der så frygten for, hvad rusmiddelbruget kan have haft af konsekvenser for fosteret. Men som beskrevet i det forrige kapitel er frygten, når beslutningen om at gennemføre svangerskabet er truffet, som regel blandet med håb og en tro på, at det skal nok skal lykkes at 'smide stofferne' inden fødslen, som det blandt andet kommer til udtryk i denne kvindes forklaring:

For det første var det på et eller plan, som om det var uvirkeligt, at det ikke var rigtigt, at det kan der ikke komme et barn ud af... Selvfølgelig vidste jeg med min fornuft og min hjerne og alt det der, at der var et barn inde i min mave, men følelsesmæssigt havde jeg det sådan, at der kan ikke komme noget godt ud af alt det her skidt. Det var sådan den ene side, og det var ikke, fordi den fyldte så meget. Men så var der også det der med, at håbet er evigt lysegrønt. Jamen, jeg kan huske, at selv til sidst gik jeg og regnede ud: 'Der er nok tre uger endnu, til jeg skal føde, så jeg kan godt nå at trappe ned.' (I:30)

Eksisterende forskning på området peger på, at de fleste kvinder ændrer adfærd og mindsker deres rusmiddelbrug i forbindelse med graviditet (Boyd 1999; Murphy & Rosenbaums 1999; Taylor 1993). Denne tendens fremstår også klart i vores materiale, men hvad der står lige så klart er, at ændringer i livsstil, adfærd og misbrug tager forskellige veje og sker med afsæt i forskellige forståelser og begrundelser, alt afhængig af den enkelte kvindes samlede sociale situation og ressourcer på det pågældende tidspunkt.

Kriterierne for rekrutteringen af undersøgelsesdeltagere var, som det tidligere er blevet nævnt, at de i forbindelse med deres graviditet havde været i et behandlingsforløb af mere eller mindre intensiv karakter på grund af alkohol- og/eller stofmisbrug. Det har således ikke været noget krav fra vores side, at kvinderne har haft et brug af rusmidler endsige et aktivt misbrug under graviditeten, som det bl.a. gjorde sig gældende i ovennævnte studie af Murphy og Rosenbaum (1999). Nogle af kvinderne var således ophørt med at bruge alkohol og/eller stoffer forud for graviditeten, overvejende i forbindelse med at de havde været i misbrugsbehandling, nogle få stoppe-

de, da de fandt ud af de var gravide; de fleste forsøgte på eller ændrede i deres forbrugsmønster, og endelig var der nogle stykker, der stort set fortsatte som hidtil eller endog forøgede deres brug.

Frem for alene at fokusere på kvindernes rusmiddelstatus vil vi i den følgende analyse kaste lys over, hvilke forestillinger de selv har gjort sig vedrørende sundheds- og risikofaktorer generelt, og hvad det har betydet for deres adfærd og livsstil under graviditeten. Vores interviewmateriale giver i den forbindelse anledning til at pege på to overordnede temaer, som på forskellig vis går igen i kvindernes beretninger om deres overvejelser og konkrete måder at takle deres situation på. Det handler på den ene side om risikoforebyggelse og skadesreduktion og på den anden om forskellige psykosociale faktorerers indflydelse på kvindernes graviditetsforløb.

Disse tematiseringer vil blive behandlet i separate kapitler med henblik på en afsluttende identificering og diskussion af den ambivalens, de udfordringer og dilemmaer, som graviditet og misbrugsproblematikker repræsenterer for kvinderne selv, deres omgivelser og behandlingssystemet.

3.1 Sundheds- og risikopfattelser

Det er ikke ualmindeligt, at der er divergens mellem myndighedernes og befolkningens risikovurderinger. Selvom om advarsler og oplysningskampanjer har en vis indflydelse, tages de ikke nødvendigvis for pålydende endsige til efterretning (Lupton 2001; Plant & Plant 1992; Sørensen 2004).

Alle kvinderne i undersøgelsesgruppen har dog været sig bevidst, at misbrug og graviditet betragtes som uforeneligt. Der ses dog en tilbøjelighed til, at kvinderne – ud over at tænke i de risikobaner, der specifikt handler om, hvad misbrug i sig selv kan forårsage af skader på det ufødte barn – opererer med et sæt sundheds- og risikopfattelser, som i højere grad udspringer af deres aktuelle sociale situation og dagligdag. Hertil kommer, at deres egenomsorg forud for graviditeten ofte har været minimal. Således synes de gængse kost-, motions- og andre former for sundhedsråd ikke have spillet den store rolle i hverdagen, og slet ikke hvis kvinderne ikke har haft ansvar for andre end sig selv.

Vi har i vores interview med kvinderne spurgt til, hvorvidt, og i så fald hvordan, deres graviditet betød en øget opmærksomhed på deres sundhedstilstand, og om den havde betydet ændringer i misbrugsvaner og livsstil som sådan. De svar og refleksioner, disse spørgsmål gav anledning til, udgør grundlaget for den følgende gennemgang.

3.2 Sundheds- og risikoforebyggende strategier

Kvindernes perspektiver på, hvad sundhed i graviditeten betyder og indebærer, refererer ikke bare til deres eget og fosterets fysiske helbred og velbefindende, men omhandler i lige så høj grad deres forestillinger om, hvad der positivt og negativt har haft indflydelse på deres psykiske tilstand, heriblandt også hvad der har forårsaget psykisk pres og stress. Vi gør således i nogen grad vold på kvindernes egne forståelser, når vi her vælger at skelne mellem sundhed i fysisk og helbredsmæssig forstand og den psykosociale dimension, som til gengæld vil blive diskuteret særskilt.

Kost og ernæring

Som nævnt har kvindernes sociale og ofte ustabile situation samt deres misbrug betydet, at der ofte ikke har været det store overskud til at sørge for regelmæssige måltider og varieret kost. Graviditeten og ansvaret for 'at barnet har noget at vokse af' har dog betydet, at de fleste har ændret spisevaner. Det synes dog at være et fåtal, der har lagt deres madvaner så drastisk om, at det lever op til betegnelsen 'varieret og ernærende kost'. En af de kvinder, der fortæller, at hun under graviditeten spiste 'meget sundt' og 'stort set kun frugt, grøntsager og forskellige syrnede mælkeprodukter' tilskriver sin kostændring det faktum, at hun i de første fem-seks måneder led af kvalme. Flere kvinder fortæller endvidere, at de begyndte at spise vitaminpiller, og en af dem tilføjer, at hun også ændrede vaner, om end det ikke var med fuldt overlæg:

Jamen, det var så flippet, fordi lige pludselig fik jeg vildt meget lyst til at drikke både vand og mælk, og det havde jeg ikke gjort, siden jeg var lille. (D:34).

For de kvinder, der har været i døgnbehandling eller befundet sig i andre former for institutionsmiljøer som fx hospitals- eller fængselsregi under graviditeten, har det naturligvis betydet, at der har været adgang til daglige måltider. For en kvinde, der havde levet som hjemløs, indtil hun kom i døgnbehandling, indebar det, at hun slet ikke behøvede at gøre sig overvejelser:

...altså, da spiste jeg jo, fordi der var mad (...) Men jeg spiste jo også, fordi det var lækkert. (F:29).

For de flestes vedkommende tyder det imidlertid på, at en ændret og mere sund levevis først og fremmest har været et spørgsmål om, at de i det hele taget har været opmærksomme på at spise noget hver dag. Skal man kort ridse de strategier op, som kvinderne selv definerer som sundhedsændrin-

ger, består de således i – dels at have sørget for at spise noget eller måske endda at have tvunget sig til det af hensyn til barnet – dels at der er ting, der er blevet undgået eller skåret ned på.

Som eksempel på førstnævnte strategi kan dette illustreres med en kvinde sidst i tyverne, som var i aktivt stofmisbrug. Knap tre måneder henne fandt hun ud af, at hun var gravid og havde sin første kontakt med jordmoderen, som påtalte, at hun var stærkt undervægtig. Da hun ved næste besøg havde tabt yderligere et par kilo, blev der talt alvorsord:

... så sagde hun, at nu syntes hun 'at for barnets skyld'! Men det var ikke med vilje, det var ikke sådan, at jeg nægtede at spise; men efter at hun gav mig den dér snak, så var det ligesom, at jeg tænkte 'Nu skal jeg bare spise, jeg kan jo ikke...det barn skal have et eller andet at leve af', og så gik jeg jo fra at veje knap 50 kilo til 90, da jeg fødte. Så jeg blev meget stor. Men det var ikke sådan, at jordmoderen sagde, at nu måtte jeg gerne holde lidt tilbage, det var: 'Bare spis. Hvis det gør dig glad, så bare spis!' Og det gjorde jeg, jeg spiste rigtig meget og hele tiden...(X:27).

'Bare spis' og 'al mad er god mad' synes at have været motto for mange af kvinderne, herudover har den trang til specifikke madvarer, som det siges, at gravide i almindelighed kan opleve, formodentlig også spillet ind på nogle af kvindernes madlyster.

Jeg spiste bare alt, alt! Det var lige fra frugt til McDonalds-mad, og det var ikke sådan, at jeg kun gik efter de fede sager, alt var godt, alt mad var godt. (R:23).

... og så kommer man lige forbi McDonald's, og 'det koster kun 10 kroner!'. Så skulle jeg lige ind og have en burger, det var jeg rigtig god til. Så jeg spiste meget, rigtig meget, spiste og spiste. (V:31).

Og jeg kunne spise håndværkere hele dagen. Det var jo et hit. Håndværkere med ost og pålægschokolade, og jeg kunne bare... Jeg gik op til bageren hver dag og købte de her, så jeg havde til hele dagen. Ja det er noget mærkeligt noget, men der var et eller andet med de håndværkere, det kunne jeg bare ikke lige stå for. (X:27).

Selvom nogle kvinder mere regelmæssigt end tidligere begyndte at lave aftensmad derhjemme, synes burger- og junkfoodmåltider, kakaomælk, kager og slik at have udgjort en betydelig bestanddel af kvindernes kost under graviditeten. Dermed har der i virkeligheden i højere grad været tale om en kvantitativ end en kvalitativ kostændring. Flere har i øvrigt i den forbindelse påpeget, at deres spisevaner også har ændret sig som konsekvens af, at de har stoppet eller reduceret deres forbrug af rusmidler, herunder af ciga-

retter. Således svarede en ung kvinde, adspurgt om graviditeten havde fået hende til at leve sundere end før:

Jeg stoppede med at drikke kaffe. Mine forældre sagde godt nok, at det var bedre, hvis jeg havde stoppet med at ryge, men altså.... jeg skar ned på det, jeg var nede under fem cigaretter om dagen. Så begyndte jeg at spise is i stedet for, jeg spiste gerne en liter om dagen, og så spiste jeg også toastbrød med remulade og ketchup. (P:22).

Med denne belysning af kvindernes kost og ændringer i kostvaner vil vi nu vende opmærksomheden mod de sundhedsforståelser og strategier, der er kendetegnet ved, at det ikke bare har drejet sig om at indtage noget for at blive sundere, men at kvinderne også har fravalgt eller mindsket deres brug af forskellige former for substanser, som skønnes at være skadelige eller decideret farlige for fosteret. Ud over at enkelte har forbundet kaffe og 'for meget chokolade' med en vis risiko for fosterets sundhed, har kvinderne generelt været opmærksomme på de risici, brug af forskellige rusmidler og medicin indebærer, heriblandt også cigaretters potentielt skadelige effekter.

Nikotin og rygevaner

Fra forskningshold har der gennem de seneste to årtier været et stadigt stigende fokus på tobak og risici ved nikotinindtagelse, herunder fare ved rygning under graviditeten. På en række områder er de foster- og fødselsrisici, der forbindes med rygning, af samme karakter, som de risici, der tilskrives under-/og fejlernæring samt forskellige former for brug og misbrug af rusmidler, men først og fremmest at rygning kan forårsage lav fødselsvægt og for tidlig fødsel (Sundhedsstyrelsen 2005; Boer et al. 1994; Plant & Plant 1992).

24 af de kvinder, der har deltaget i denne undersøgelse, var rygere, da de blev gravide³. En af dem stoppede helt med at ryge, da hun fandt ud af, at hun var gravid, nogle stoppede eller skar ned på det daglige forbrug i kortere eller længere perioder, men de fleste blev ved med at ryge som hidtil.

Den unge kvinde, der lagde cigaretterne på hylden, havde været stoffri et års tid forud for graviditeten. Hun var selv barn af misbrugende forældre og meget indstillet på at bryde denne arv og dermed også at give barnet en så god og sund start på livet som muligt. En af de andre kvinder, der holdt op med at ryge, hentede hjælp i et substitutionspræparat, som hjalp hende godt

³ For to kvinders vedkommende er deres tobaksstatus usikker og anses dermed som uoplyst.

over de første par måneder, – indtil hun fandt ud af, at det heller ikke var risikofrit, hvorefter hun praktiserede sin egen skadesreducerende strategi:

Ja, ja, fordi så gik jeg over på nikotintyggegummi (...) Så det gik fint, og jeg tygger nikotintyggegummi, og så sidder jeg en dag og læser på internettet, at det er meget værre med nikotintyggegummi for fosteret, end det er at ryge tobak. Det giver fosterskader, og jeg ved ikke hvad. Jeg sad med tyggegummiet i munden, og fik det så bare spytet ud med det samme. Lidt efter kom min kollega: 'Har du set det dér?' 'Ja, men jeg er stoppet med nikotintyggegummi'. Og så begyndte jeg med at ryge tobak igen. Men der var jeg nede på, at jeg røg kun én cigaret om dagen. Og så var der mange, der sagde: 'Hvorfor stoppede du ikke bare helt?' Jamen, fordi den cigaret kunne jeg ryge ad tre omgange - bare sådan, at jeg lige havde...så kunne jeg måske ryge en tredjedel cigaret om morgenen, og så røg jeg overhovedet ikke hele dagen på arbejde, først når jeg kom hjem: en tredjedel cigaret, og så en tredjedel cigaret om aftenen, det var det eneste. Nogle dage var det to cigaretter, men så heller ikke mere, mens jeg var gravid. (V:31).

Hospitals- og sundhedspersonale har til tider oplyst eller mindet om det hensigtsmæssige i rygeophør under graviditeten, og flere kvinder har taget informationen til sig og i det mindste forsøgt at nedsætte forbruget: 'Jo, jeg røg mindre. Jeg kunne ikke stoppe'. De følgende reaktioner understreger imidlertid, at risikovurderinger – i mange af livets forhold og af forskellige årsager – har en tilbøjelighed til både at afføde en vis risikovillighed, men også modstand:

Én ting, de tog fra mig, var alkoholen, men de skulle satme ikke også tage mine smøger... (M:32).

R: ...og så det der med rygning. Men nej! Hver gang jordemoderen sagde det til mig, så røg jeg faktisk to ekstra på en dag. Det er noget af det værste, nogen kan sige til mig: 'At jeg skal holde op med at ryge!'

I: Det holdt du fast i?

R: Ja. Og det var da i orden, at jeg skulle holde op med at tage stoffer og sådan noget, og det gjorde jeg også. Men rygning tager de ikke fra mig. (H:38).

På trods af de betydelige sundhedsskadelige effekter, som forbindes med rygning, har det tilsyneladende i praksis kun haft minimal indflydelse på denne gruppe kvinders tobaksvaner. Det er ikke desto mindre tankevækkende, at så mange af kvinderne i forbindelse med graviditet og fødsel har været i stand til at ophøre med deres ofte mangeårige misbrug og afhængighed af alkohol og/eller stoffer, men ikke deres tobaksforbrug. Tendensen til at holde fast i tobakken er dog ikke enestående for denne gruppe kvinder. Et stort antal danske gravide fortsætter således med at ryge igennem hele graviditeten til trods for oplysning og tilsyneladende tilstrækkelig viden og information om, hvad det indebærer af risici (Risør 2002). De mo-

tiver og begrundelser, som fremsættes af kvinderne i Risørs undersøgelse, for at ryge og for at blive ved med at ryge, men også ønsket om samt vanskelighederne ved at reducere rygningen under graviditeten, er i store træk sammenfaldende med, hvad kvinderne i nærværende undersøgelse har givet udtryk for. Hvad der dog træder tydeligere frem i vores materiale er, at kvinderne, som det også er illustreret i citaterne ovenfor, allerede har givet eller er i gang med at give afkald på noget, som også har spillet en stor rolle i deres hverdag. Og de fleste af kvinderne forbinder og bruger rygning 'til at slappe af' henholdsvis 'kvikke sig op'. Som tidligere nævnt er graviditeten i sig selv en fysisk og mental udfordring, men kvinderne står samtidig overfor den udfordring, det er, dels at skulle tøjle deres misbrug – dels bevise, at de er i stand til at tage vare på sig selv under graviditeten og på barnet efter fødslen. På den måde giver det trods alt nogen mening, når kvinderne prioriterer, som de gør. For prioriterer og klassificerer, det gør de, og med hensyn til deres generelle risikovurdering rangerer nikotin tydeligvis lavere end både legal medicin, illegale stoffer og alkohol, hvis risikopotentialer – set fra kvindernes perspektiv – skal omtales i det følgende.

Metadon og anden medicin

Undersøgelsesdeltagernes syn på brug af legale og ordinerede medicinske præparater under graviditeten afspejler en gennemgående ambivalens, som dels synes at kunne henføres til, at disse medikamenter i lige så høj eller endda i højere grad end brug af alkohol og stoffer menes at udgøre en risiko for skader på fosteret – dels at de, i hvert fald hvad metadon og andre opioider angår, kan bevirke, at fosteret og den nyfødte kommer til at opleve abstinenser. Til tider kan den logik, som nogle kvinder lægger for dagen, imidlertid forekomme en smule paradoksal, fx når denne kvinde, der indtil midt i graviditeten havde et misbrug, konstaterer:

Jeg havde slet ikke spist hovedpinepiller i den tid jeg gik gravid (...) det lille barn, det kan jo ikke tåle noget som helst. (Y:27).

På den anden side kan kvindernes logik eller forestillinger om, hvad deres misbrug kan forårsage af skader, dog også risikere at blive modsagt af medicinske autoriteter, som det blandt andet skete for en kvinde, der oprindeligt og igennem adskillige år havde fået udskrevet den medicin, hun også havde et illegalt forbrug af, mod rygsmerter:

R: ... og det ville han nemlig blive ved med at give mig. Plus mod migræne havde jeg også fået...

I: Selvom han vidste, at du var gravid?

R: Ja, ja. Men der siger jeg så: 'Nej, er du rigtig klog! Det vil jo skade barnet'. Jeg troede jo, at det ville skade barnet med fostermisdannelser og sådan noget. Og så siger han til mig: Nej, det skader ikke dit barn, du kan faktisk spise ketogener helt op til, at du skal føde, uden at dit barn bliver abstinent... eller misdannet. Og så tænkte jeg: 'Nå, men så sker der jo ikke noget, jeg er så tidligt i graviditeten, så er der jo ikke noget reelt. Det må ligesom være ude af kroppen til den tid'. (W:38).

Eller som en anden kvinde oplevede det: at blive beroliget med, at det misbrug af receptpligtig, men illegalt erhvervet medicin, hun havde haft gennem de første to-tre måneder af graviditeten, åbenbart ikke indebar de risici, hun havde frygtet:

...jeg fik at vide helt fra start af, at lige nøjagtig de morfinpræparater, som jeg tog, kunne ikke gøre skade på barnet. De kunne ikke gøre det handicappet, de kunne ikke gå ind og ødelægge systemet i [barnets] hoved. (...) Jeg kan huske, at den første læge, jeg var inde ved, da min egen læge var syg, han siger: 'Hvis du bare stopper en måned eller to før, så sker der ingenting'. Og der blev jeg også sådan lidt: 'Ok!' Men så snakkede vi selvfølgelig ikke om alt det andet, vi snakkede ikke om amfetamin; men han mente, at så længe jeg bare fik den morfin jeg havde brug for, så... Ja, vi snakkede om 120 milligram om dagen, så kunne jeg godt holde den, indtil jeg var syv måneder henne, uden at det ville blive født som et narkobarn. (X:27)

Den ene af de ovenfor citerede kvinder er én ud af de i alt otte kvinder i denne undersøgelse, der i løbet af graviditeten fik metadon. Heraf var to i substitutionsbehandling under hele graviditeten, men blev langsomt trappet ned på en minimal dosis før fødslen. Den ene fik sin sidste metadon den dag, hun fødte; den anden, der ud over det ordinerede havde et betydeligt forbrug af illegal metadon i den sidste del af graviditeten, stoppede helt og på eget initiativ få dage efter fødslen. Begge disse kvinders børn var blandt de nyfødte, der blev behandlet for abstinenser over en længere periode. De øvrige seks kvinder kom i metadonbehandling på forskellige tidspunkter i graviditetsforløbet, hvoraf tre var udtrappede mindst en måned før fødslen. De tre sidstnævnte var alle i beskyttede institutionsomgivelser, da metadonbehandlingen blev iværksat, og forblev i døgnbehandlingsregi indtil fødslen. Ingen af deres børn udviste nogen former for abstinenser. Det gjorde derimod de børn, der blev født af de tre kvinder, som alle forholdsvis sent i graviditeten blev sat i metadonbehandling.

Blandt stofbrugere generelt er metadon omfattet med en vis skepsis og ambivalens, hvilket typisk begrundes med dette stofs særlige iboende egenskaber, fx at det er langt mere afhængighedsskabende og langt sværere at trappe sig ud af end heroin (Dahl 2005; 2007). Denne forståelse går derfor

ikke uventet igen blandt kvinderne i denne undersøgelse, hvor flere end de netop omtalte otte kvinder, der fik metadon under graviditeten, har fået metadon i kortere eller længere perioder af deres liv.

Den omtalte og noget skepsisprægede holdning har betydet, at nogle kvinder i forbindelse med deres graviditet har afslået tilbudet om metadonbehandling eller mere eller mindre nødtvunget er gået med på det, men på betingelse af, at der ville være tale om en hurtig nedtrapning. Fra lægefaglig side er det dog en udbredt vurdering under hensyntagen til fosterets tilstand, at en metadonnedtrapning bør strække sig over en vis periode. Nogle læger ser endda helst, at kvinden forbliver på en lav dosis til efter fødslen, primært med henblik på at fastholde kontakten samt forebygge at moderen tager heroin.

Hvorvidt disse kvinders ambivalens og til tider udprægede modvilje mod at indtage metadon under graviditeten primært skyldes hensynet til barnet eller sig selv, er ikke altid til at afgøre og varierer da også både individuelt og situationsmæssigt, som det ses i vores materiale. Fx gav en yngre kvinde udtryk for sin klare overbevisning, at 'metadon er gift for krop og sjæl' og 'langt mere skadeligt for fosteret end heroin'. Da hun tidligt i sin graviditet kom i døgnbehandling, fik hun metadon. Havde det stået til hende selv, var hendes nedtrapning imidlertid ikke kommet til strække sig over så mange måneder, som den reelt kom til, hvilket hun ikke havde forsømt at problematisere overfor læge og behandlerne på stedet. Disse var på deres side til gengæld mere bekymrede over hendes adfærd og ikke mindst hendes – i deres øjne – overdrevne fysiske træning og løbeture, som de på forskellig vis søgte at begrænse. Selv begrundede hun sin træning med, at hun tidligere havde født et barn, der måtte behandles for metadonabstinenser, og at hendes daglige træning og indtagelse af litervis af vand, mens nedtrapningen stod på, var 'at få metadonen hurtigere ud af kroppen' – og efter at nedtrapningen var gennemført med henblik på 'at få metadonen helt ud af kroppen'. (Y:26).

En anden kvinde, som først for alvor erkendte sin graviditet, da hun var i sjette måned, og som på grund af et hjemmeboende barn holdt sit misbrug af heroin skjult, havde år forinden været gennem flere metadonnedtrapninger, hvilket hun ikke havde de bedste erfaringer med. Det udtrykte hun således: "En ting er at blive syg af heroin, men at blive syg af metadon... så bliver man bare herresyg!" (H:38). Da hun omsider fik kontaktet sin læge og fortalt, hvordan det var fat, gik hun med til at lade sig indlægge på ho-

spitalets svangreafdeling i den sidste del af graviditeten, hvor overlægen tog den første samtale med hende:

Om jeg skulle på nedtræpning? Naaah, det var jeg ikke sådan meget for... Men af hensyn til barnet ville det så være en meget god idé. Så spørger han, hvor meget jeg så skulle have, og jeg siger, at jeg jo ikke er meget for metadon og sådan nogle ting, sådan et lortestof... Det kunne vi jo godt blive enige om, mig og ham, men det er jo det, de har at tilbyde. Så siger jeg: 'Fire metadon'. 'Okay' det var han noget overrasket over, for ellers normalt kunne man ikke få mange nok. Så snakkede vi lidt frem og tilbage, og så siger han: 'Hvis det er rigtigt, det du siger, så må vi jo så se, når du har født, om barnet har abstinenser, hvordan vi skal gribe det an'. (H:38).

Generelt set er de kvinder, som har været i metadonforløb under graviditeten, kendetegnet ved at have haft et massivt stof- og blandingsmisbrug, hvor intravenøs stofindtagelse har udgjort en del af mønstret. Derfor er det også værd at nævne, at de kvinder, der kom eller helt præcist forblev i døgnbehandling indtil fødslen og blev nedtrappet med metadon, enten slet ikke har eller kun haft enkelte stofepisoder i den resterende del af graviditeten. Derimod har de kvinder, der fik metadon uden yderligere behandling, uanset om det var ambulante eller under hospitalsindlæggelse, med en enkelt undtagelse haft et fortsat massivt brug, selvom nogle gjorde forsøg på reducere eller udskiftede enkelte af de øvrige rusmidler, de anvendte, med andre. For enkelte kvinder indgik metadonen som led i et stadig mere kaotisk misbrug, hvilket denne kvindes beretning, om hvad der fandt sted for mere end ti år siden, vidner om:

R: ...jeg kan huske, at jeg prøvede at trappe ned. Det kunne jeg ikke... Og så gik jeg til lægen, og så prøvede han at trappe mig ned. Men så var det, at jeg drak snaps. Det var noget med, at så kom jeg ned til lægen og fik et glas metadon [tabletform] – men de var jo væk på ingen tid. Jeg kunne ikke finde ud af det, selvom jeg... fordi jeg ville jo gerne.

I: Hvad tror du, at der skulle have været til dengang, for at

R: At der var nogen, der havde taget mig med ind et sted, som jeg ikke kunne komme fra. Og passet på mig. Og trappet mig ned ordentligt. Og så skulle jeg være blevet der. Altså, jeg har jo været i behandling, døgnbehandling i psykiatrisk regi, det kom man jo i sin tid. Altså, sådan 10 dage sammen med nogle mennesker, der var kugleskøre, og så stod jeg uden noget. Jeg kan faktisk tydeligt huske... jeg havde som regel ikke engang en plasticpose med noget i. Så stod man der! Hvad skulle man... hvad skulle man gøre? Der var jo ikke noget. Der var ikke... (C:43)

Da de reduktions- og 'stofskifte'-strategier, hvori metadon indgår, i store træk er sammenfaldende med de strategier, som undersøgelsens øvrige

kvinder har praktiseret og berettet om i forhold til rusmidler generelt, vil de ikke blive beskrevet separat, men indgår i den følgende beskrivelse.

Alkohol og illegale stoffer

Almindeligvis skelnes der i undersøgelser som denne mellem alkohol og stoffer, mellem alkoholmisbrug og stofmisbrug, hvilket der kan være mange gode grunde til, ikke mindst fordi der er tale om rusmidler med forskellig lovgivningsmæssig status. I dette afsnit, hvor det skal beskrives, hvordan vores interviewpersoner har opfattet brug af diverse rusmidler under graviditeten, og hvad de har gjort for at forebygge eventuelle risici og skader, har vi imidlertid valgt at behandle alkohol og stoffer under ét. Dette begrundes med henvisning til tre forhold: For det første har kun en enkelt af de 26 kvinder udelukkende haft et misbrug af alkohol, for det andet har det misbrug, de øvrige kvinder har haft forud for eller under graviditeten, for manges vedkommende eller periodevis omfattet alkohol, og for det tredje anses alkohol ifølge Sundhedsstyrelsen på linje med eller endog mere risikabelt for fosteret end stoffer.

Sammenlignet repræsenterer de 26 kvinders brug og misbrug af rusmidler forud for graviditeten temmelig varierende mønstre i forhold til hvilke rusmidler, eventuelt i hvilke kombinationer, og hvor intensivt forbruget har været. Hertil kommer, at det typisk også har ændret sig over tid og år. De fleste har haft perioder, hvor de selv i kortere eller længere tid har holdt sig fra alle eller specifikke rusmidler; herudover har en del kvinder forudgående erfaringer med misbrugsbehandling, opsøgt for at få hjælp til at få styr på et misbrug. Især synes døgnbehandling at have betydet, at flere har haft kortere eller længere misbrugsfri perioder. Enkelte har i forbindelse med afsoninger benyttet lejligheden til at komme fri af misbruget af deres specifikke misbrugsstof⁴. I det hele taget kan de fleste kvinders misbrug karakteriseres ved ændringer i forhold til, hvilke stoffer de har brugt, i hvilke mængder og kombinationer, hvordan de har indtaget dem og hvor ofte, men også hvor og sammen med hvem. De ændringer, som graviditeten har givet anledning til, skal omtales i det følgende.

Samtlige kvinder var klar over, at misbrug og brug af specifikke rusmidler var forbundet med risici, om end den viden, de havde, var af mere eller mindre uspecifik karakter, og deres måde at forholde sig til den på varierende: nogle stoppede – eller forblev afholdende, da graviditeten blev opdaget, andre reducerede deres forbrug og/eller ophørte med at bruge nogle rus-

⁴Se fx: Dahl & Pedersen 2006:47-48.

midler, men anvendte til gengæld andre. Sidstnævnte strategi skal belyses med et par eksempler:

[Under graviditeten] var det heroin, hash og druk, men før det var der også piller, amfetamin og coke. (...) Jeg passede lidt mere på med druk, det passede jeg på med... jeg drak noget mindre. Nogle dage drak jeg slet ikke. Der var det kun heroin og hash, fordi jeg vidste, at alkohol skader mere... at spiritus skader barnet mere, end noget andet gør. Jeg havde alligevel noget omtanke. Og jeg havde jo et ønske om at komme ud af det misbrug, og jeg fik jo en chance. Jeg har jo et barn mere, som er i familiepleje, som blev tvangsfjernet, da han var 18 måneder. Så ham har jeg jo ikke rigtigt kunnet give noget. Men her fik jeg en mulighed for at give den lille noget. Der lavede et moderinstinkt op i mig... altså, at blive en mor. (F:29).

R: Altså, jeg kan bare huske, at jeg havde den indstilling, at det var... jeg vidste godt, at det var enormt farligt for fosteret at drikke, men der er aldrig nogen, der nogensinde har bevist, at det har nogen påvirkning på fosteret at ryge hash. Så det følte jeg mig rimelig tryk ved at fortsætte med.

I: Så røg du så bare mindre eller hvordan?

R: Nej... på det tidspunkt havde jeg det egentlig ikke særligt godt med at ryge. Så jeg røg, til jeg ikke havde mere, og så overbeviste jeg mig selv om, at nu skulle jeg ikke ryge mere.(...) Så kommer der et tidspunkt, hvor jeg alligevel syntes, at jeg manglede et eller andet, og så kørte jeg i Brugsen og hentede noget vodka. Men jeg kan ikke holde ud at drikke mig fuld hver dag, så meget alkoholiker er der ikke i mig. Så det endte alligevel med, at jeg enten kom til [byen] eller fik nogen lokket ud til mig med noget [hash]. (B:36).

Risikoen ved alkohol var begge disse kvinder sig bevidste og forholdt sig til den, om end de ikke tog konsekvensen og afholdt sig fra at drikke. Derimod er brugen af hash, som det også er antydnet ovenfor, ikke blevet opfattet med særlig bekymring. Dog blev en kvinde, der havde frygtet, hvad hendes indtag kunne have afstedkommet, beroliget:

Altså, de havde lavet et kæmpe studie i Hvidovre over dét der med hash, som jeg så fandt på internettet og læste. Og der havde de så ikke kunnet påvise nogle skader af hash på fosteret, så det var en betryggelse, fordi jeg var lidt hunderød, fordi jeg havde røget de par gange der. Dels i starten mens jeg ikke vidste, at jeg var gravid, og så lige nogle ekstra gange. (V:31).

Det var dog ikke alle, der var klar over, hvad der anses for skadeligt, og hvad der regnes for mere farligt end andet. Et hospitalsbesøg nogle år i forvejen havde gjort indtryk på denne kvinde, og det samme gjorde en bekendts advarsel mod alkohol, i hvert fald til en vis grad:

R: Jamen, det var, fordi vi en kendte én. Hun fødte et abstinensbarn, og så var vi ude og besøge hende. Det kunne jeg ikke klare, det der. Så dengang jeg så blev gravid, så tænkte jeg bare, at det skal jeg ikke udsætte den lille for.

I: Du vidste godt lidt om, hvordan det kunne ende, hvis du ikke holdt op?

R: Ja. Bare ikke med alkohol, det vidste jeg ikke. Det vidste jeg faktisk ikke, at det er det værste at udsætte dem for. Altså, jeg hørte det, og der var en, der sagde, at jeg skulle holde op med at drikke. Så jeg tog de der advarsler alvorligt. Men altså, ikke lige alvorligt nok, fordi jeg fortsatte med at drikke lidt en gang imellem. Og det var jo årgangsøl, jeg drak. Men øh... jeg er bare taknemmelig [over at barnet ikke er alkoholskadet]. (F:29).

Nogle har været lidt tøvende og usikre på, hvad risici ved de forskellige rusmidler består i. Følgende udtalelse viser desuden, at det informationsmateriale, der ligger fremme i venteværelser eller udleveres af sundhedspersonale, ikke formåede at fange den pågældende læser med sine budskaber:

R: Du må ikke hænge mig op på det, men der er noget med, at kokain og det der kan skade hjernen. Jeg tror også, at det kan skade noget af udviklingen for fosteret. Det tror jeg. Jeg mener, at det er sådan, det er.

I: Men det var ikke noget, der ligesom blev penslet ud for dig eller hvad?

R: Nej, det synes jeg ikke. Som sagt fik jeg flotte pjecer uden indhold. Jeg læste dem da, men det er ikke noget, man får noget ud af. Det er de der typiske... (K:31).

I forhold til advarsler om at bruge af rusmidler under graviditeten har kvinderne især hæftet sig ved risikoen for fosterdød og fysiske misdannelser. Frygten for, hvad de med fortsat brug udsatte deres ufødte for, var tydeligt til stede, når de fortalte om deres graviditet, men måden, de havde håndteret deres viden om konsekvenserne på, varierede. Nogle stoppede som sagt, men de fleste magtede ikke umiddelbart at skulle befinde sig i en rusfri tilstand, hvilket denne kvindes forklaring viser:

R: 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. Der var meget, der spillede ind.

I: Hvad fik du at vide om det, hvad vidste du selv?

R: Jeg fik at vide, at [barnet] kunne blive vanskabt, handicappet (...) Jamen, det var både alkoholen og stofferne. Men alkoholen holdt mig ikke tilbage, jeg havde det bedst, hvis jeg fik noget indenbords. Hvis man kan sige det sådan. (M:32).

Nogle kvinder trappede sig ned, 'tog en kold' eller forsøgte at stoppe ved hjælp af viljekraft eller udskiftning af rusmidler, som det allerede er illustreret. Planerne og de aktuelle forsøg på nedtrapning er dog sjældent faldet ud med det ønskede resultat.

... jeg kan huske, at vi lavede en aftale om, at jeg ikke skulle ryge mere end to [piber hash] om dagen. Og det... altså, det prøvede jeg jo sådan at holde, men vi er jo fantastiske manipulatorer med os selv... Så var der måske en dag, hvor jeg ikke røg, og så gjorde det jo ikke noget, at jeg tog fire den næste dag. Og så kunne jeg jo samle lidt sammen på den måde. Men desværre er der så de dage, hvor man så alligevel er kommet til at ryge fire, så glemmer man det næste dag. Det er sådan en hjernemanipulation. (B:36).

Altså, vi prøvede tit at trappe ned. Så købte vi et ordentligt antal piller: 'Nu trapper vi ned. Det gør vi'. Så når alt var planlagt: 'Nu tager vi så og så meget, de og de dage'. Så gik det også godt de første måske fem dage, men så lavede man et eller andet, kom til en masse penge og så startede man lige igen. Vi prøvede rigtig mange gange, men det lykkedes jo aldrig. (...) Jamen, vi lavede hele tiden planer om, at vi skulle stoppe. Ja... det er altid nemt at lægge en plan, når man ikke er syg, og når man så bliver syg [får abstinenser], kan man jo ikke. (G:25).

For nogle kvinder betød helt konkrete begivenheder, at det endelige valg indebærende fuldstændig afholdenhed i resten af graviditeten blev truffet. Det gælder blandt andet denne kvinde, som erkendte sit ansvar, og hvad det var hun satte på spil efter at have indtaget morfinpræparater og ikke kunne mærke liv og barnets bevægelser i mange timer derefter:

... for selvom jeg tog stoffer, til jeg var fem måneder henne, så vidste jeg godt, hvornår nok var nok. Jeg havde ikke et voldsomt misbrug [efter graviditeten var konstateret], bare nogle smuttere. Vi snakker måske om, at jeg gjorde det en gang om ugen. Det var også rigeligt, men jeg havde gjort klart på både sygehus og ved læge og det hele, hvordan det så ud, og gik på [Misbrugscenteret] til samtaler, så det var ligesom, der gik en periode, før jeg sådan endelig kunne afslutte det. Altså indtil jeg troede, at mit barn var dødt i maven på mig. Det var den sidste gang jeg tog stoffer.(...)

Jeg har mest set det som, ikke en sejr, men som noget der skulle gøres. Det var ikke en sejr, det var bare noget, jeg skulle igennem, jeg blev nødt til at gøre det, så jeg ser det ikke som, hvis man skulle holde op med at ryge. Det ville være en sejr, for det ville ligesom være noget, du gjorde for dig selv, det var noget du gjorde for at bevise noget over for dig selv. Jeg stoppede ikke med stofferne for at bevise noget over for mig, jeg gjorde det for at holde liv i mit barn, for det var rædsels-scenariet, der sad i mit hoved, det var at [barnet] døde inde i maven på mig. Og så har jeg ligesom taget livet af et menneske, og ikke bare et menneske, men mit eget barn. (X:27).

En anden kvinde, hvis misbrug, hun selv betegner som 'fuldstændigt borderline' og 'ustyrligt', påkaldte sig de højere magter under en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, hvorfra hun beretter om den følgende oplevelse, som har været medvirkende til, at hun siden har holdt sig fra stoffer:

... jeg får coke-psykoser, når jeg får stoffer. Hver gang jeg tager coke, så får jeg psykoser og ser ting, der ikke er der og sådan noget, ikke. Og jeg kunne se [barnet] igennem min mave og sådan noget. Det så jeg jo i den psykose... kunne se [dets] arme, der bevægede sig inden under min mave, selvom det gjorde jeg jo ikke, men det gjorde jeg jo. Da lavede jeg en aftale med Gud, at hvis han fik det til at forsvinde, så tog jeg ikke coke igen. Og det forsvandt. (D:34).

Andre kvinder har til gengæld kunnet berette om, hvordan deres grænser på trods af bedrevenen flyttede sig i modsat retning under graviditeten, men også om de skrupler, kvaler og samvittighedsnag som det udløste dengang. En kvinde, som på interviewtidspunktet var stoffri på syvende år, havde dog fået begivenhederne så meget på afstand og kunne i forvisning om, at hendes barn ikke havde fået mén efter at have været metadonafhængig i fostertilværelsen, afslutte følgende oplysning med en resigneret latter:

[Mit barn] er jo født med abstinenser, ikke, så... Der skal jo altså ret meget til, for at sådan en grænse rykkes... Den blev jo så rykket: 'Det kunne jeg så godt!' Jeg kunne ikke fixe mig selv i halsen, men jeg kunne godt sidde og tage stoffer, mens barnet var inde i maven, ikke. (...) Så jo, jo, faktisk en uge før jeg fødte, fixede jeg fire don'er. (I:30).

Flere af de nyfødte har skullet omkring en neonatal afdeling med henblik på abstinensbehandling efter mødrenes indtagelse af heroin eller andre opioider, men også på grund af forskellige fødselskomplikationer. Efter fødslen har lettelsen over omsider at kunne konstatere, at barnet er født med alle kropsdele og lemmer i behold, imidlertid været stor. Nogle har dog lige skullet tjekke et par gange ekstra, som fx denne kvinde, der i minutterne efter fødslen troede hun havde fået et barn med misdannelser og blev overmandet af selvbebrejdelser, indtil sagens rette sammenhæng gik op for hende:

Så ligger jeg jo der med barnet, der var smurt ind i fosterfedt, og den ene fod kan jeg ikke se, den var ligesom en klump. Og jeg siger: 'Gud nej, [det] har simpelthen klumpfod!' Bare sådan en klump. 'Gud nej, [det] har simpelthen fået en klumpfod af alle de stoffer, jeg har taget. Det er simpelthen straffen! Åh nej!' Det var virkelig sådan ...pu-ha. (H:38).

Stof- og alkoholforvoldte skader er dog ikke umiddelbart eller nødvendigvis synlige, og flere kvinder har beskrevet deres usikkerhed i forhold til, hvorvidt deres børn har fået mén efter deres mødres brug under graviditeten, blandt andet denne kvinde, der først og fremmest frygtede, hvad hendes betydelige indtag af alkohol hen imod slutningen af svangerskabet måtte have afstedkommet:

Der har jeg jo virkelig taget fra, hvis man kan sige det. Jeg drak jo flere flasker snaps om dagen. Og det der med alkoholskaderne.... Jeg var jo henne og kigge, når [barnet] sov, og måle på øjnenes afstand og jeg ved ikke. Det barn er virkelig blevet studeret. Og der er altså ikke noget med øjnenes afstand! Jamen, det var jo fuldstændigt sygt. Jeg var helt ødelagt over det, hvis det skulle have haft de konsekvenser for [barnet]. (C:43).

På baggrund af dette indblik i undersøgelsesdeltagernes beskrivelser af baggrunden for de valg, de har truffet, og de udfordringer, som graviditeten har budt på for langt de fleste kvinders vedkommende, vil vi i kort opsummere, hvad der kendetegner kvindernes levevis og indsats i forsøget på at gennemføre graviditeten uden at udsætte fosteret for belastninger og skader – eller i det mindste minimere risikoen. Med afsæt i denne opsamling vil vi i det næste kapitel pege på nogle af de sociale faktorer og forhold, der har spillet ind på, hvordan og hvorfor nogle kvinder har haft større held med eller umiddelbart bedre betingelser for at ophøre og reducere deres brug af rusmidler under graviditeten.

3.3 Opsamling: Sundhedsstrategier, risikoforebyggelse og skadesreduktion

Dette kapitels primære formål har været at belyse og dokumentere, hvorvidt og i så fald hvordan kvinderne i denne undersøgelse har opfattet og i dagligdagen integreret de almene sundhedsråd og -advarsler, som gravide opfordres til at efterleve af hensyn til fosteret og barnets sundhedstilstand. Vi har i den forbindelse fokuseret på de livsstilsændringer, som kvinderne har foretaget under graviditeten, herunder identificeret, hvad de risikoforebyggende eller skadesreducerende strategier, som kvinderne har praktiseret, består i under temaerne: 'Kost og ernæring', 'Nikotin og rygevaner', 'Metadon og anden medicin' samt 'Alkohol og illegale stoffer'.

Efter gængse sundhedsstandarder kan langt størsteparten af deltagerne i denne undersøgelse på grund af deres livsstil omkring graviditeten placeres i risikogruppen. Både hvad angår deres almene helbreds- og ernæringsmæssige status, men også deres brug af både legale og illegale rusmidler under og forud for graviditeten. I et risikoperspektiv er der således tale om en udsat gruppe kvinder, hvis sociale situation og ressourcer også forud for graviditeten er kendetegnet ved problemer af mere eller mindre kompleks art. På den anden side har den motivation og de ressourcer, som kvinderne trods alt besidder, sat dem i stand til at gennemføre en række omlægninger af deres livsstil med henblik på at forebygge og reducere risikoen for skader på deres ufødte børn. I den forbindelse kan nævnes, at omlægning af livsstil som risikoforebyggelse også har omfattet mere konkrete initiativer,

fx at søge anden bolig og komme væk fra et dårligt opvarmet hus med et ustabil fyr eller at sige sit job op på et morgenværtshus, fordi det nu ville være for risikabelt at gå imellem gæster, der kom op at slås.

De ændringer, som kvinderne – på baggrund af deres viden om levevis, men primært om risici ved brug af rusmidler og medicin i forbindelse med svangerskab – har gennemført eller forsøgt at implementere i deres livsførelse, kan først og fremmest henføres til de følgende strategier:

1. Forblive afholdende eller stoppe med at bruge rusmidler fra det tidspunkt, graviditeten opdages.
2. Opsøge eller modtage de særlige tilbud om støtte og behandling, som udbydes af det offentlige sundheds- og behandlingssystem.
3. Reducere og/eller ændre forbrugs- eller misbrugsmønstre

Som det er blevet beskrevet, var flere kvinder stof- og/eller alkoholfri, da de blev gravide, og enkelte stoppede, så snart graviditeten blev konstateret. Denne gruppe søgte typisk på eget initiativ støtte i eksisterende tilbud tilknyttet fødestederne.

Størsteparten af de øvrige kvinder opsøgte eller kom også i kontakt med specialtilbud for gravide med misbrug, men det skete ofte senere end den ovennævnte gruppe. Nogle undlod dog helt bevidst eller blev ved med at udsætte kontakt med sundheds- og behandlingssystemet for ikke at skulle afsløre deres misbrugssituation.

De fleste kvinder formåede ikke umiddelbart at ophøre deres brug af rusmidler, men reducerede typisk og betragteligt i forbruget gennem graviditetsforløbet og ophørte endeligt forud for fødslen. Nogle udskiftede eller vekslede mellem forskellige rusmidler for at nedsætte deres brug eller for at undgå brug af mindst et af de rusmidler, som de mente var mere risikabelt at tage end et andet/andre. Erstatning af illegale opioider med ordineret metadon som risikominimerende foranstaltning synes over længere forløb overvejende at have været et led i ændring af misbrugsmønstret. Endelig var der dem, der prøvede at stoppe, som lagde planer om og rent praktisk forberedte sig på nedtrapning, og dem, hvis misbrug blev mere kaotisk.

Mens kvindernes erfaringer med de offentligt foranstaltede tilbud til gravide med rusmiddelproblemer først skal beskrives i det sidste kapitel, har vi i dette kapitel været inde på, hvordan tilbudet om substitutionsbehandling med metadon er blevet anvendt. På den baggrund blev det konkluderet, at nedtrappingsforløb med metadon og forbliven i døgnbehandlingsregi betød,

at kvinderne på fødselstidspunktet var stoffri, og at deres børn blev født uden abstinenser. Kvinder i ambulantly metadonbehandling, som ikke modtog yderligere eller særlig opstøttende behandling, eller som først sent i graviditeten kom i metadonbehandling, fødte derimod børn som blev behandlet for abstinenser efter fødslen. Disse kvinder havde typisk et forbrug af andre rusmidler, som de på forskellig vis og med vekslende held søgte at nedtone eller stoppe.

De selviværksatte risiko- og skadesreducerende strategier, som kvinderne har forsøgt sig med, mødes dog sjældent med anerkendelse af de ansatte i sundheds-, social og behandlingssystemet. Responsen og de interventioner, der fra disse systemers side sættes i værk, varierer dog, men udspænder sig typisk mellem indsatser, der overvejende baserer sig på krav og sanktionsbaserede foranstaltninger for at hindre forsat misbrug, og indsatsintensive tilbud med henblik på at stabilisere og støtte den enkelte gravide bedst muligt i både ambulantly og/eller døgnregi.

Mens de tre førnævnte strategier er kendetegnet ved, at kvinderne på et eller andet tidspunkt har søgt, modtaget og dermed blevet underlagt forskellige former for tilbud og indsats, har enkelte kvinder som sagt bevidst fravalgt kontakt med sundheds- og behandlingssystemet under graviditeten, hvilket faktisk i alle de tilfælde, vi har fået præsenteret, har indebåret et eskalerende misbrug. Dette må således betragtes som en særdeles risikabel strategi for både mor og barn. De forskellige begrundelser for at holde graviditeten skjult vil fremgå af det følgende kapitel, som skal handle om kvindernes psykosociale situation under graviditeten. I den sammenhæng vil vi især fokusere på betydningen af sociale netværk og nære relationer, ikke mindst parforhold, samt hvilken rolle disse eksterne faktorer og forhold på forskellig vis kan ses at have indflydelse på og konsekvenser for undersøgelsesdeltagernes brug af både rusmidler og behandling.

Kapitel 4

Sociale beskyttelses- og risikofaktorer

Efter at have fokuseret på, hvad man kan betegne som kvindernes internt motiverede strategier, herunder hvad de har gjort eller forsøgt at praktisere med henblik på risikominimering og skadesreduktion, vil vi i dette afsnit vende blikket mod de eksterne forhold og betingelser, som på forskellig vis kan siges at have haft indflydelse på eller negativt begrænset kvindernes handlemuligheder og forsøg på at skabe de ændringer i livsstil og brug af rusmidler, som de selv har ønsket og andre forventet. Men da netop brugen af rusmidler udgør et så centralt omdrejningspunkt i denne undersøgelse af, hvordan både kvinderne selv og behandlingssystemet forsøger at håndtere kombinationen af rusmidler og graviditet, vil vi lægge ud med kort at redegøre for, hvilken betydning kvinderne forbinder eller har forbundet med deres brug.

4.1 Rusens betydning – brugen af rus

Selv med bevidstheden om, at det kan have konsekvenser for det ufødte barn, har mange af kvinderne haft et forbrug af rusmidler, efter at de opdagede, at de var gravide. Skal man – uden at ty til de nemme, men ofte fremsatte forklaringer om, at misbrug producerer eller resulterer i ligegyldighed og uansvarlighed – prøve at forstå hvorfor, er det nødvendigt at se nærmere på, hvad det er kvinderne bruger/har brugt rusmidlerne til. Det er en udbredt tendens alene at fokusere på rusmidlers negative og skadelige virkninger; men der kan være gode grunde til, heriblandt behandlingsmæssige, at prøve at forstå, hvad der anses som positive eller attraktive rusvirkninger. Vi vil derfor starte med at give et indblik i, hvilken rolle misbrugsstofferne, i positiv og negativ forstand, har spillet i kvindernes hverdag før, men især under graviditeten, for hermed at afdække, hvad behovet for rusen består i og/eller udløses af.

Selvom de fleste af kvinderne på interviewtidspunktet var fri af misbruget og gav udtryk for, at de bestemt ikke ønskede sig tilbage til de perioder, hvor de fysisk og psykisk lå under for behovet for at tage rusmidler, lagde de heller ikke skjul på, at savnet af rusens forskellige aspekter stadig kunne gøre sig gældende med større og mindre styrke. Det er især de beroligende eller dulmende effekter, som kvinderne på forskellig vis har kredset om i deres forsøg på at forklare, hvad de forbinder med rusen, og hermed hvordan rusmidlerne har været i stand til at yde psykisk smertelindring.

Mange har med henvisning til graviditeten og deres børn formået at modstå fristelsen, mange har med mellemrum givet efter, nogle har på et tidspunkt givet helt slip. Både det at modstå, give efter og helt slip har haft omkostninger, om end disse omkostninger har været af vidt forskellig art, afhængigt af hvorvidt der har været handlet på trangen eller ej. Som en af de kvinder, der har 'modstået', forklarer, har brugen af rusmidler i overvejende grad været en form for selvmedicinering, mere specifikt anvendt mod at have det dårligt 'inde i sig selv':

Jeg stoppede [da graviditeten blev konstateret] med det samme, og jeg drak aldrig. Ikke engang sådan én genstand, fordi jeg vidste jo, at det ville jeg ikke kunne nøjes med, så jeg gjorde ingenting. Men jeg kunne så bare mærke, at det der var svært.... mange af tingene jeg siger, er jo nok mere set i bakspejlet, men jeg kunne jo se, at jeg havde det dårligt. Hver gang jeg stoppede med at drikke, så havde jeg det dårligt inde i mig selv. (Q:37).

Denne selvmedicineringsstrategi mod at have det dårligt 'inde sig selv' eller 'med sig selv', 'at føle sig som en fejltagelse' eller 'helt forkert' beskrives af de fleste af kvinderne i denne undersøgelse. Således har deres brug af rusmidler i vidt omfang været anvendt til at dæmpe depression, depressive tanker og nedtrykthed, holde selvmordstanker på afstand og som sådan dækket et 'psykisk behov', således at de var i stand til at klare sig og komme igennem hverdagen. At dette psykiske behov – selv efter flere års afholdenhed – ikke bare forsvinder, illustrerer denne udtalelse:

Når jeg tog noget, havde jeg det ok, jeg kunne sådan ligesom fungere. Du sad ikke med alle mulige selvmordstanker og syntes, at du gjorde verden til et meget, meget værre sted. Altså, det var nogen tanker, som jeg slet ikke kunne holde ud. Jeg oplever det overhovedet ikke lige så kraftigt i dag, men jeg oplever det stadigvæk (G:25).

De fleste begrundede deres brug af rusmidler med behovet for 'at slukke for' eller 'flygte' fra verden, fra deres egne plagsomme tanker, selvbebrejdelser, skyldfølelse mm.. Således også denne kvinde, der under graviditeten 'gav efter' flere gange for at opnå fred med sig selv, og som forklarer det sådan:

'Bare giv mig fem timers ro indvendig'. Altså, jeg havde brug for roen, jeg havde brug for det der med at acceptere mig selv, bare lige i de fem timer jeg kunne få lov til at være skæv. (X:27).

Samme kvinde, som også har været stoffri i flere år, fortæller på linje med andre undersøgelsesdeltagere, at rusmidlerne ikke blot har tjent til at dæm-

pe 'de dårlige tanker' eller blevet brugt til 'bare at sidde og nikke' eller falde hen i rusen, men at de også har givet energi og fysisk overskud:

Det tog jo nogle år, før at morfinen bare begyndte at få den effekt, at jeg kunne holde mig oprejst, og jeg kunne fungere på det. Men derefter... det var først dér jeg kunne vaske tøj, det var først dér jeg kunne støvsuge (...) Altså det fik lige pludselig en modsat effekt på mig. Så det er jo sjovt at så se, hvad der sker, at jo mere vant du bliver med noget, at så begynder kroppen også at arbejde efter det. (X:27).

Flere af de kvinder, der overvejende har brugt centralstimulerende stoffer og især amfetamin, kan især savne følelsen af 'at være oven på', 'at have styr på det hele', men i det hele taget synes denne gruppe, der overvejende omfatter de yngre kvinder, umiddelbart at have haft færrest problemer med at stoppe og afholde sig fra at bruge rusmidler i graviditeten. Til gengæld har flere af disse unge kvinder efter fødslen fået ordineret bl.a. angst- og depressionsdæmpende medicin.

I den samlede undersøgelsesgruppe har der været en del kvinder, som ikke var i stand til at stoppe deres misbrug, og ligeledes en del kvinder i ambulante tilbud, der brugte rusmidler langt hen i graviditeten, om end det med tiden overgik til at være mere sporadiske indtag og episoder. Vi har imidlertid hæftet os ved, at der for disse kvinders vedkommende har været en række særlige forhold, der har gjort sig gældende. Vi mener i den forbindelse at have et vist belæg for at pege på, at den sociale situation, som de kvinder, der ikke har formået at blive eller forblive afholdende under graviditeten, har befundet sig i, har været stærkt medvirkende til, at de ikke umiddelbart har kunnet stoppe – eller at deres misbrug har udviklet sig i mere kaotisk retning. Hvad vi mere præcist hentyder til, vil blive nærmere beskrevet i de følgende afsnit, hvor vi først vil fokusere på de beskyttelses- og risikofaktorer, som kvindernes sociale netværk og dernæst deres parforhold repræsenterer for deres psykosociale velbefindende, herunder den indflydelse disse sociale relationer har haft i forhold til deres brug af rusmidler. Herefter vil vi kort redegøre for og diskutere andre begivenheder og faktorer, der synes at have udløst psykisk og/eller social stress, og som i fraværet af indgribende tilbud og støtteforanstaltninger har udgjort en betydelig risiko for, at den gravide kvinde har øget sit misbrug.

4.2 Sociale netværk og relationer

De fleste kvinder beskriver deres sociale netværk omkring graviditeten som spinkelt og begrænset. Dette forklares blandt andet med henvisning til en familiebaggrund og opvækst præget af den ene eller begge forældres mis-

brug, især af alkohol. Enkelte har haft forældre og/eller søskende, der har begået selvmord eller er døde af overdosis. Nogle få er opvokset hos forældre, der har haft et stofmisbrug, og i disse tilfælde er kvinderne i en ung alder blevet introduceret til blandt andet morfinpræparater og hash. Flere af kvinderne er opvokset med fysisk voldelige fædre eller med stedfædre, der har udsat dem for seksuelle krænkelser og overgreb, og nogle er på grund af konflikter med forældrene flyttet hjemmefra i en ung alder eller er blevet smidt ud. En del kvinder er opvokset i hjem, hvor enten deres mor eller far havde massive psykiske vanskeligheder, hvilket blandt andet har medført, at de som børn og unge enten var meget overladt til sig selv, eller de blev pålagt ansvaret for opgaver i hjemmet og deres yngre søskende som fx denne kvinde:

Min mor har jo været syg, siden jeg var 9 år, meget syg, hvor jeg så overtog hendes rolle, og da hun blev syg, der begyndte min far også at drikke meget. Så i lange perioder, faktisk til jeg var 23, der passede jeg jo dem [mindre søskende]. (Q:37).

Sådanne forhold har betydet, at adgangen til social støtte fra den nære familie også i voksenlivet har været sparsom eller helt fraværende. Nogle kvinder har ikke længere kontakt til deres forældre eller søskende, andre beskriver, at den relation, de har til deres forældre, er yderst skrøbelig og ustabil. Mange har aldrig oplevet familien som en støtte og anser det ikke for realistisk at forvente aflastning eller støtte fra den side hverken i forhold til sig selv eller til deres børn. Det gælder blandt andet disse to kvinder:

Mine forældre? Altså, de har været alkoholikere. Det er også derfor, jeg ikke snakker så meget med dem. Jeg er vokset op på værtshus... og havde barnepiger. De blev skilt for flere år siden. (...) Jo, min far han ringer en gang i mellem. Nu den lille er her, så er det nemmere... efter fødslen har han lige haft ringet to gange, ellers har jeg ikke snakket med ham i et år eller sådan noget. (U:27).

Nej, støtter, det kan man ikke kalde det. Det kan man ikke. Én af dem, der har haft mest travlt med, at der var en masse ting galt med mig, det var min far: 'Jeg var deprimeret, jeg var psykisk ustabil, jeg var det ene og det andet' - sådan er han med folk, han har så travlt med at sætte diagnoser på andre. Han har nærmest været med til, at jeg følte... Det har nok været det, at jeg meget skulle kæmpe med, at jeg har hele tiden prøvet at bevise, hele mit liv, at 'Jeg er normal, jeg er normal'. Men alligevel har jeg hængt fast i den opfattelse, de havde af mig, eller hvad skal man sige... Min morfar, han var fuldstændig psykopat mærkelig... han endte med at hænge sig selv... Min mor, hun har ikke haft andet end depressioner og hysteri og skriger, og haft det dårligt med sig selv. (V:31).

Fraværet og savnet af forældre eller familie er kommet til udtryk i flere af interviewene; men lige så ofte er spørgsmålet om relationen til forældre blevet affejet med kommentarer om, at kvinden ikke ønsker kontakt med forældrene, eller at forældrene og/eller søskende for længst har slået hånden af dem på grund af deres misbrug.

Det, der i særlig grad kendetegner undersøgelsesdeltagernes sociale netværk, er, at det består i en forholdsvis snæver venskabskreds af enkelte veninder/venner samt deres eventuelle partner. Mange af kvinderne har under deres aktive misbrug haft en bredere bekendtskabskreds knyttet til brug af stoffer eller alkohol, men de fleste har i forbindelse med graviditeten trukket sig og bevidst undgået kontakten med disse miljøer. Dette har til gengæld for manges vedkommende betydet, at de oplever sig socialt isolerede og ikke mindst efter fødslen har følt sig som i en slags ingenmandsland. Enkelte har dog i NA eller AA's selvhjælpsgrupper fundet et støttende netværk og derigennem også skabt sig en ny venskabskreds.

I forhold til deres sociale og familiære netværk har de fleste af kvinderne imidlertid stået svagt. Men selvom om disse netværk altså ikke har fungeret som en ressource og støtte i dagligdagen og for en del kvinders vedkommende tilsyneladende aldrig fungeret som sådan, har nogle dog haft bånd til forældre eller anden familie, som kan ses som både beskyttende og støttende. Således har især de yngre mødre i undersøgelsen fået betydelig emotionel støtte fra den nære familie både under graviditeten og i hverdagen efter fødslen, hvor deres forældre er indgået aktivt med hjælp til børnepasning, økonomi og anden praktisk hjælp. Betydningen af at have jævnaldrende venner, der ikke tager stoffer, er i den sammenhæng også stor og kan ligesom følelserne og ansvaret for barnet virke afledende på en eventuel lyst til at bruge rusmidler, hvilket denne unge mor har erfaret:

Dem, jeg går i byen med nu, det er nogen, der ikke tager stoffer eller noget, så det falder mig slet ikke ind, at tænke på det. Det er mest, når jeg sidder alene en gang i mellem og tænker tilbage, så kan jeg godt lige få lidt lyst til det, og så tænker jeg på [mit barn], og så er der ikke mere i det.

Set i lyset af anden forskning er de spinkle og ustabile sociale relationer samt de opvækstvilkår og -problematikker, som er kendetegnende for de fleste af deltagerne i denne undersøgelse, ikke hverken enestående for denne gruppe kvinder (Dahl & Pedersen 2006; Hecksher 2004; Pedersen 2000) endsige et særligt dansk fænomen (Kissin et al. 2001; O'Dell et al. 1998; Suchman et al. 2005). Hvad anden forskning også har dokumenteret er, at kvinder med misbrugsproblemer ofte er særligt udsatte for stressbelastning.

ger under graviditeten. I den sammenhæng synes det sociale netværk at have en beskyttende og forebyggende effekt samt at fungere som buffer i forhold til stress og perioder med belastning (Broadhead et al. 1983; Sandler et al. 1997), men karakteren af netværkets ressourcer er naturligvis afgørende og kan således også være potentielt negativt fx på grund af de pårørendes misbrug af alkohol eller stoffer eller på anden vis socialt og psykisk belastede situation (Abbey et al. 1985).

Parforhold - barnets far eller ny partner som støtte og risiko

Ligesom det sociale netværk kan tjene som social beskyttelse og emotionel støtte for kvinden i graviditet og barselsperiode, antages den biologiske far eller en eventuelt ny partner at kunne spille samme rolle. Opløsning af parforholdet med den biologiske far under graviditeten eller kort efter fødslen, at graviditeten var resultatet af en kortvarig affære, manglende anerkendelse af faderskabet, den biologiske fars død under graviditeten eller afsoning af fængselsstraf og misbrug ses som de primære begrundelser for, at langt de fleste af kvinderne ikke har været i (tæt) kontakt med barnets biologiske far. Dette fravær har både haft rent praktisk betydning, idet kvinderne har været nødsaget til at klare sig selv eller hente støtte og hjælp andre steder end hos barnets far, men følelsesmæssigt har flere også savnet én at dele forventninger og glæder med under graviditeten og efter fødslen.

Flere af de kvinder, der har levet sammen med barnets biologiske far eller som fandt en partner under graviditeten, har beskrevet denne som en god støtte undervejs i et forløb, der i en del tilfælde har været kaotiske og stressende og til tider præget af mistillid fra sygehuspersonalets og sagsbehandlerens side samt vanskeligheder i samarbejdet med disse. Men flere kvinder har også oplevet, at deres partners tilstedeværelse ikke har været ønsket i bestemte sammenhænge, og at professionelle ikke i tilstrækkelig grad har anerkendt dem i rollen som (kommende) fædre, herunder har undladt at inddrage dem i samarbejdet om behandlingsplaner og fremtidige foranstaltninger, hvorved de er blevet afskåret fra at yde den støtte, som de har repræsenteret for kvinden. På den anden side har det i nogle tilfælde også skabt problemer, at nybagte fædre – såvel ikke-misbrugere som eksmisbrugere, på grund af deres job har afvist at lade sig indskrive i behandling med mor og barn efter fødslen. Flere har desuden følt det som problematisk og nedværdigende, at etiketten 'stofmisbruger' hænger fast og anvendes som begrundelse for at begrænse besøgstider og samvær med mor og barn efter fødslen, hvilket denne unge kvinde, der havde et par års afholdenhed fra stoffer bag sig, kommenterer således:

Normalt her på sygehuset hvis du er almindelig fødende, så kommer du over på patienthotellet, og så kan din mand være sammen med dig, og så er man sammen med barnet. Men når du er eksmisbruger, så må manden ikke være sammen med barnet. Og det er egentlig åndssvagt, for man skulle egentlig tro, at for at støtte en familie op ville det være omvendt, men... men sådan er det ikke her i byen. Der skal manden bare skride... det er så de erfaringer, jeg har med det der sygehus. Det var simpelthen så væmmeligt og ydmygende... jeg vil aldrig opleve sådan noget igen. Altså, det var sådan noget med, at det stod i min journal, at jeg var eksmisbruger... (S:24).

At de biologiske fædre og aktuelle samleverer under graviditeten og efter fødslen for nogle kvinder har været en betydningsfuld følelsesmæssig og aflastende ressource, er der flere eksempler på. Mange kvinder valgte, som tidligere beskrevet, at gennemføre graviditeten uden at være i parforhold eller at afslutte forholdet til den biologiske far under graviditeten, enkelte først efter fødslen. I 20 af de 26 graviditetsforløb var den biologiske far eksmisbruger eller aktiv misbruger. Kvindernes begrundelser for at afslutte parforhold baserede sig overvejende på partnerens misbrug, ustabile adfærd og tilstedeværelse og/eller den vold, der var en del af flere af disse forhold.

I og med at så mange kvinder havde misbrugende partnere, repræsenterer vores datamateriale da også en overvægt af eksempler på den indflydelse og de negative konsekvenser, dette på forskellig vis har haft for kvindernes situation under graviditeten og tiden efter fødslen. Forholdet til en misbrugende og/eller voldelig partner fremstår i den forbindelse som en betydelig risikofaktor i forhold til udfaldet af kvindens psykosociale tilstand og brug af rusmidler igennem graviditetsforløbet. Her tænker vi dels på den psykiske belastningsgrad, som samlivet med en aktivt misbrugende og/eller voldelig partner, typisk udløser – dels på kvindens forudsætninger for at stoppe eller nedtone sit eget misbrug, herunder konstruktivt at anvende de støtte- og behandlingsforløb, som de fleste blev indskrevet i eller tilknyttet.

Vores materiale demonstrerer i det hele taget med stor tydelighed, at de kvinder, der bliver ved med at bruge at rusmidler langt hen i/igennem hele graviditeten med en enkelt undtagelse har en aktivt misbrugende partner. Vi vil i det følgende redegøre for, hvordan det har påvirket kvinderne, og hvordan de selv har reageret. I den forbindelse kan der skelnes mellem de kvinder, der er forblevet i forholdet, og dem, der på et tidspunkt har valgt at forlade partneren. I førstnævnte tilfælde har der nok været tale om, at misbruget har været en del af deres fælles liv og hverdag, men ingen vold. Som kvinderne beskriver disse forhold, har der været tale om en samhørighed udsprunget af længerevarende forhold samt en vis solidaritet i forhold til at stoppe misbruget og modtage behandling. For nogle forblev det ved forsø-

gene, for enkelte førte det til regulære behandlingsforløb for begge. Således modtog to par tilbudet om at komme i døgnbehandling sammen. Det ene forhold blev afbrudt under døgnbehandlingen, det andet holdt til efter fødslen. Partneren til en af kvinderne, hvis alkoholmisbrug adskillige gange havde ført til vold, herunder afsoning for vold mod kvinden, begyndte at tage antabus ved meddelelsen om, at han skulle være far. Parret havde desuden et betydeligt hashmisbrug, som kvinden havde bedt om hjælp til at stoppe med aflæggelse af urinprøver. Dette valgte hendes mand at støtte ved også selv at stoppe. At han samtidig fik arbejde indenfor det fag, han var udlært i, har ifølge kvinden været en yderligere motivationsfaktor til at fastholde afholdenheden.

Vi har i forbindelse med de kvinder, hvis partnere og ægtefæller også var misbrugere, og som ikke umiddelbart formåede at stoppe eller stabilisere deres misbrug, da de blev gravide, men som i en del tilfælde også fik et mere kaotisk misbrug, identificeret tre særlige risikosituationer eller –forhold, som i et vist omfang rækker ud over partneres misbrug, som i sig selv er en væsentlig risiko. Disse særlige risikofaktorer skal udfoldes i det følgende, og handler om 'vold i parforholdet', 'hemmeligholdte graviditeter' og 'ægtefælle eller partners død.' Som afslutning på dette kapitel vil vi desuden kort se på tiden efter fødslen og de risikofaktorer, som social isolation og ustabile, misbrugende fædre eller partnere, rummer.

Vold i parforholdet

Den vold, som en del af kvinderne i undersøgelsen har været udsat for af partneren både tidligere og under graviditeten, har i alle tilfælde været udløst af mandens alkoholindtagelse. De kvinder, der har levet sammen med voldelige mænd, hvis misbrug for alle mændenes vedkommende har bestået i en blanding af stoffer og alkohol, tilhører den gruppe, der har haft det største og mest vedvarende misbrug under graviditeten. Kvindernes mest oplagte middel til at håndtere den psykiske belastning, det har udgjort, har således været det samme som før graviditeten, uanset om volden var potentielt til stede eller blev optrappet: "[Hans] vold optrappedes, og jeg blev mere og mere psykisk brudt ned. Og så var det bare heroin. (W:38).

Det har ikke primært været deres samlevers stof- og blandingsmisbrug, der har betydet, at en gruppe kvinder valgte at forlade partneren under graviditeten, men først og fremmest aktuel vold, den potentielle trussel om vold og ikke mindst beslutningen om, at den skulle det ventede barn ikke udsættes for eller vokse op med. At forlade en voldelig misbrugende partner har medført, at flere kvinder i resten af graviditeten kun havde få stof-

episoder og/eller fuldstændigt ophørte med at bruge rusmidler op til fødslen. Således beskrev en kvinde, at det først var efter bruddet med faderen til hendes barn, at hun indså sammenhængen mellem hendes misbrug og den fysiske og psykiske vold, som han havde udsat hende for i årevis: ”For da han var ude af mit liv, der var stofferne også ude af mit liv.” (X:27).

Den psykiske belastning, som et fortsat samliv med voldelige partnere indebærer, har for enkelte kvinder medført et kaotisk og destruktivt misbrug. I nogle tilfælde har indskrivning i døgnbehandling brudt den onde cirkel. For en kvinde resulterede mandens vold i, at hun fødte to måneder for tidligt. I de efterfølgende måneder, mens barnet og hun selv i en længere periode var indlagt, fortsatte kvinden sit misbrug. Hun havde anmeldt sin mand for vold og ’stak af fra ham’, mens han sad i fængsel. Først efter at have fået barnet hjem, søgte hun behandling. Hvad der, ud over de tragiske aspekter i denne historie, imidlertid gør den særlig, er, at det for tidligt fødte barn var indlagt og blev behandlet for sine præmature vanskeligheder, ikke for abstinenser, hvilket moderens misbrug af bl.a. heroin måske kunne have indikeret behov for. Moderen fortalte nemlig ikke om sit misbrug, både på grund af de skam- og skyldfølelser hun havde, men også af frygt for at der ville komme fokus på hendes ældre barn. Da denne problematik om skjult misbrug under graviditeten gør sig gældende i flere tilfælde og har vist sig at udgøre en betydelig belastning for den gravides psykiske og misbrugsmæssige tilstand, og dermed kan betegnes som endnu en risikofyldt strategi, vil den blive uddybet nedenfor.

De skjulte graviditeter

Eksemplet med ovennævnte kvinde, som efter sit barns meget for tidlige ankomst til verden valgte ikke at afsløre, at hun havde brugt stoffer i graviditeten, er som sagt særligt af flere grunde, men også fordi fødsels- og hospitalspersonalet ikke opdagede noget. Samlivet med en misbrugende og voldelig mand, hendes psykiske underskud og manglende evne til at stoppe eller nedsætte sit indtag, betød et tiltagende kaotisk misbrug, som kulminerede med mandens vold og den for tidlige fødsel af hendes yngste barn. Som sagt holdt skamfuldheden, samt frygten for at det ældste barn ville blive fjernet, hende tilbage fra afsløre sit misbrug. Efter et par selvmordsforsøg tog kvindens mor affære og skubbede på for, at hun kom i behandling. Som alternativ til tvangsanbringelse blev børnene anbragt hos hendes forældre. Hun var først i behandling alene og senere sammen med børnene. Den rolle, som kvindens mor spillede, da hun omsider blev klar over, hvordan det stod til med datteren, blev et vendepunkt.

For en anden kvinde blev det fødslen af hendes første barn, der blev vendepunktet.

Også hendes historie viser, at tilstedeværelsen af et støttende netværk kun er en beskyttende faktor i det omfang, den gravide kvinde betragter og bruger det som en ressource. Mere end et halvt år efter sin fødsel vidste hendes forældre og nærmeste familie endnu ikke, at den behandling, hendes barn havde været igennem, ikke bare var iværksat på grund af en for tidlig fødsel, men at den nyfødte også havde været i behandling for abstinenser. Hun forklarede sin situation sådan:

Jeg har en lille hemmelighed, som jeg faktisk bevarer overfor hele familien (...) De ved godt, at jeg tidligere har været misbruger. Men det at jeg har været misbruger under min graviditet... jeg er ikke klar til, at de skal vide det (...) Det passer ikke på det image, jeg egentlig kan holde, når jeg er clean, det vil selvfølgelig lige krakelere lidt (...) I bund og grund er det da noget omkring: 'Hvad vil de tænke om mig? Da jeg kom her [på mor-barn institutionen], var jeg fast besluttet på, at det skulle de aldrig vide. Der er jeg nået til, at det skal de. (J:31).

Kvinden havde imidlertid ikke blot skjult sit misbrug for sin familie. Hendes mand, der ikke selv havde noget misbrug, og som havde været bortrejst i månederne op til fødslen, blev ligesom personalet på fødestuen først klar over, hvordan det var fat, da fødslen var i gang. Selv i den fase prøvede hun, om end forgæves som hun forklarer det, at skjule de injektionsmærker, hun havde på armen:

Skal jeg se tilbage, så var det nok endt med, at jeg havde sagt det. Men jeg brugte rigtig mange kræfter på at skjule det... Den, jeg nok brugte mest kræfter på at skjule det overfor, var min mand (...). Inde på fødestuen prøvede jeg at skjule mine arme, kan jeg huske... Jeg brugte mange kræfter på at holde den dér nattøje ned foran mine arme, det brugte jeg rigtigt mange kræfter på. Man kunne ikke finde blodårerne på mig – det var der, at man opdagede det. Jeg kan huske, da de tog fat i min arm – nu var det ikke sådan, at jeg var blå på den måde, men jeg havde lidt blå mærker, og jeg kan huske lige så tydeligt, at jeg prøvede sådan kun at få trøjen her op til og drejede... altså, jeg brugte så mange kræfter på de arme, at jeg slet ikke fokuserede på, at jeg var ved at føde....

Og så kan jeg huske lige så tydeligt, at lægen lige pludselig sagde: 'Er du misbruger?' Så sagde jeg: 'Ja, det er jeg.' Og så... så... det er jo tusinde tanker... hele det der: 'Hvad tænker de om mig!' Fokus var bare på hele det der, det var ikke, at jeg var ved at få et barn, når jeg tænker tilbage. (J:31).

Kvinden, der havde været i arbejde under det meste af graviditeten, fik tiltagende dårlig samvittighed over, hvad hun med sit heroinmisbrug udsatte barnet for. Hun havde søgt abort, men fortalte ikke lægen om det aktuelle omfang af sit misbrug og fik afslag. Derefter intensiveredes hendes mis-

brug for alvor. Hendes fortælling vidner desuden om det psykiske pres, det indebar at holde på 'hemmeligheden' over for sin mand, sin familie og omgivelserne i det hele taget, hvilket også indebar, at hun afskar sig fra den hjælp og støtte, som personerne omkring hende angiveligt var parate til at bidrage med, og som hun godt vidste, hun havde brug for:

Det er også mig at skulle gøre tingene rosenrøde, og så er det nogle gange svært, både svært at bede om hjælp, men også svært for dem, der egentlig holder af mig, at se, hvad det er, jeg har brug for hjælp til (...) og se, at det jo også har været svært for mig og hele min bekymring omkring mit barn. Jeg vil lige sige, at jeg har et sundt og rask barn. [Vi] har gået til en del undersøgelser, fordi man har haft en mistanke om nogle ting, fordi [barnet] havde svært ved at holde øjenkontakten. Og hele det, der er fulgt med mig der, min skyldfølelse, bekymringer og alverdens ting og sager, det har været svært at dele med min familie, for jeg har ikke fortalt dem sandheden. (J:31).

Erfaringen med, at misbruget øges i takt med, at bestræbelserne på at graviditeten søges holdt skjult for familie og myndigheder, synes klar: 'Dobbeltilivet' og det mere og mere destruktive misbrug tærer fysisk og mentalt på kræfterne og er særdeles risikabelt for både mor og barn, hvilket eksemplerne i vores materiale illustrerer, fx den højgravide kvinde, der fik en overdosis; kvinder på randen af opgivelse og med selvmordstanker samt børn født meget for tidligt og med abstinenser. En yngre kvinde, der havde fået fjernet sit ældste barn, tog sammen med sin mand beslutningen om at gøre alt for, at hendes efterfølgende graviditet forblev hemmelig. Således droppede hun ud af den metadonbehandling, hun var i, så snart hun blev gravid. Hun fødte sit barn derhjemme, men myndighederne fik efter kort tid nys om det, og barnet blev fjernet.

Ægtefælle eller partners død

En anden betydelig risikosituation, som er overgået flere kvinder i undersøgelsen, udløses af deres ægtefælle/partners død under graviditeten. En kvinde mistede sin mand ved en overdosis kort tid efter, at hun havde fundet ud af, at hun var gravid. Hun var selv i misbrug og havde nået at tale med ham om, at de sammen skulle søge behandling, men hans død gjorde situationen uoverskuelig, og hun optrappede misbruget:

Jeg ønskede jo kun det bedste for den lille, men der var jo det der, at min mand var lige død, og det var... da havde jeg lyst til at tage livet af mig selv, så jeg gik i sådan nogle selvmordstanker. Jeg var ved at tage livet af mig selv, men så fordi jeg var gravid, så gjorde jeg det ikke med en OD (...) men så var der så en bekendt, hun vidste godt, at jeg var gravid og hun fik mig så overtalt til at søge behandling. (F:29).

For en anden kvinde, hvis mand tog sit liv, kort tid efter at de havde besluttet sig for, at hun skulle gennemføre sin uventede graviditet, var hans død starten på en lavine af begivenheder, der også førte hende på selvmordets rand:

Da de så fjernede børnene, så gik der ren kage i det hele. Jeg begyndte at drikke som et hul i jorden. Jeg drak jo lidt i forvejen, men det gik helt galt dengang, så... Der var intet. Det hele kunne være lige meget. (M:32).

En nærtståendes pludselig død kan i sig selv være en voldsom psykisk belastning. For disse kvinder, der i forvejen befandt sig i en situation, der var belastet på mange forskellige områder, og som knap havde nået at overveje, hvordan de skulle klare graviditeten, var den umiddelbare reaktion på deres følelsesmæssige kaos at 'flygte i stoffer og alkohol.' Ingen af dem havde længere kontakt med deres familier; ingen af dem var i kontakt med behandlingssystemet, og ingen af dem havde psykisk overskud til at søge eller fik tilbudt krisehjælp.

I forhold til det ophørte misbrug, som mange af kvinderne opnåede før eller umiddelbart efter fødslen, byder tiden, der følger også på udfordringer og risikosituationer af forskellig art. For mange er livet som enlige mødre vanskeligere end de umiddelbart havde forestillet sig, og mange føler sig både sårbare og socialt isolerede.

Social isolation som risiko

Oplevelsen af social isolation er tydeligst blandt de kvinder, der bor alene med deres børn. De har både svært ved at fastholde eller genoptage gamle venskaber og etablere og udvikle nye kontakter. Mange af kvinderne har under deres aktive misbrug haft en bekendtskabskreds, hvor brugen af stoffer eller alkohol var i centrum, men undgår enten bevidst kontakten med denne gruppe eller oplever ikke, at der er noget at hente i det samvær, efter at de har fået børn. På spørgsmålet om, hvorvidt hun efter at have fået sit yngste barn har en social omgangskreds, forklarer denne kvinde:

Nej, på nuværende tidspunkt har jeg ikke. Men det er ikke sådan, at jeg kan sige, at sådan har det været hele mit liv. Men jeg vil sige, at nu her, hvor jeg har været ude i det hårde misbrug, har der ikke været den der gode veninde eller gode ven. Og den der gode ven eller gode veninde, man har haft, er en eller anden man skulle ud og finde stoffer med. Andet var der ikke i det. Altså, det er slet ikke nogen, jeg har kontakt med nu, hvor jeg er clean... Det er jo simpelthen bare... Det eneste, man har venner omkring, er jo stofferne. Og det kan jeg jo også tydeligt se nu, hvor jeg er ude af det. Det er jo ikke nogen mennesker, der betyder noget for mig.

Men tidligere, inden jeg begyndte på de hårde stoffer, har jeg haft gode veninder, som jeg kan sige, at jeg har haft i mange år. (T:25).

De af kvinderne, der hverken har fast partner eller familie, der kan støtte op, oplever tilværelsen som enlige forældre som vanskelig og ensom, hvilket udgør en risikofaktor i forhold til tilbagefald til brug af alkohol og/eller stoffer. En af vanskelighederne ved aktivt at prøve at etablere nye ikke-stofrelaterede venskaber er modviljen mod at indvi andre i deres fortid, hvilket en kvinde med en lang historie med misbrug og indlæggelser på psykiatrisk hospital bag sig forklarer således:

I: Har du noget netværk her, hvor du bor?

R: Nej. Det er svært, fordi jeg stadigvæk har mit barn hele tiden. Så har jeg jo også 'min bagage', så jeg godt kan blive genert, og det fylder meget. Jeg synes, at det er svært at komme i kontakt med andre på den måde... Men jeg synes også, at det er svært med de ting, jeg har i fortiden. Det ser andre mennesker jo ikke, men det optager mig meget i mit samvær med andre.. (A:24).

Som det ses, vil fortiden som stofmisbruger for nogle være med til at definere handlerummet i nutiden, hvilket også spiller ind i forhold til at skabe nye kontakter. Frygten for fordømmelse eller afvisning ved at fortælle om sin fortid med misbrug kan således betyde, at tidligere misbrugere generelt og kvinder i dette studie specifikt afholder sig fra at skabe nye relationer, eller de skjuler fortiden i samværet med andre. Kombineret med et spinkelt familiært netværk forstærkes risikoen for isolation. En 25-årig kvinde, der bor alene med sit barn fortæller, om hvordan hun oplevede den første tid efter, at hun blev udskrevet fra døgnbehandling med sit barn:

Det var rigtigt hårdt. Jeg flyttede jo helt herop for at være tæt på min mor og alligevel ikke for tæt. Og jeg havde ikke boet her i 7-8 år. Det var, hvad jeg havde af tilknytning, inden jeg startede her. Jeg flyttede derop på 4. sal med [mit lille barn] og kendte ikke nogen og turde ikke snakke med nogen. Og hver gang der var nogen, der forsøgte at lære mig at kende - det har jeg altid været dårlig til, og er det stadigvæk - så var det bare: 'Du skal ikke snakke til mig'... Det er, fordi jeg er bange, ikke. (...) Og da jeg havde siddet et par måneder uden mere eller mindre at have set et menneske, så gik jeg til min læge og fik antidepressivt. Så havde jeg dem derhjemme, men jeg tog dem aldrig. Bare det, at du vidste, at du havde dem... (E:25).

For forældre, der oplever en bred vifte af vanskeligheder, kan social støtte fra netværk eller familie betyde en vis tryghed og aflastning. Den sociale støtte kan blandt andet bidrage til, at forældrene eller i dette tilfælde moderen er i stand til at opretholde opdragelsesmæssige rutiner i forhold til barnet i perioder med bekymringer og problemer. I modsat fald kan manglen-

de social støtte eller ligefrem social isolation ses som en risikofaktor både for barnets udvikling, men også for moderens evne til at fastholde en tilværelse uden misbrug af legale eller illegale rusmidler. (Suchman et al., 2005). En kvinde, der er alene med to børn, fortæller om behovet for aflastning og risikoen for overbelastning, som hun har prøvet at søge hjælp for:

Man er alene med to børn, og havde jeg nu kun haft den ældste, og hvis og hvis og hvis... Der er nogle ting, der bare ikke hænger sammen. Jeg er meget bundet til den her lejlighed, fordi min yngste er så lille, så derfor er det også vigtigt at komme nogle steder, hvor man kan tage sine børn med og selv få lidt luft. Jeg har været ved at ansøge om aflastning, men det kan de [kommunen] ikke, det vil de ikke give mig. De bliver ved med at sige, at det er fordi, at jeg er for velfungerende. Så sagde jeg til hende engang: 'Vil det sige, at jeg bare skal begynde at drikke, så kan du give mig noget hjælp?' 'Ja, det var faktisk lige før, at det var sådan', sagde hun. Der synes jeg jo så, at der er noget galt. Jeg synes ikke, at det skal være sådan. Jeg synes, at man skal kigge på hver enkelt sag, og ikke bare sådan, at der er bare ikke noget at gøre. De har bare begrundet det med, at det går for godt, jeg er for velfungerende. Og de giver ikke bare sådan noget aflastning til højre og venstre længere. Der skal være brug for det. Og så har vi jo også sagt: 'Jamen, det er der også brug for, hvis jeg skal blive ved med at holde hovedet oven vande, så har jeg også brug for de pusterum'. (Q:37).

Bekymringer over fædre og børn – tiden efter fødslen

For en del af de kvinder, der har levet alene eller med en ny partner, har kontakten til børnenes biologiske fædre efter fødslen enten været fraværende eller episodisk og ustabil. Moderen repræsenterer således den primære og i mange tilfælde eneste gennemgående person i barnets tilværelse.

... der har lige været en periode med [barnets] far, han har samvær hver 14. dag. Så begyndte han ikke at møde op og forsvinder. Nu har jeg fået det annulleret hos Statsamtet. Og min mor, der drikker igen. Der er mange, der sådan forsvinder fra [mit barns] verden. Og det irriterer mig, at jeg ikke kan give [barnet] det bedre, at jeg ikke har en far til [barnet], en mand, bedsteforældre, men jeg ville så gerne ønske for [barnet], at vi havde en familie. Altså, [barnet] har mig et hundrede procent, men... (A:24).

Den utryghed og usikkerhed, som ustabile fædre og ikke mindst fædre med voldelige tendenser repræsenterer for mor og barn, fylder meget i flere kvinders liv, selvom de er flyttet for sig selv. Flere har på et tidspunkt taget konsekvensen, og som i ovennævnte tilfælde ophævet de gældende samværsaftaler. Dette er dog ikke nødvendigvis uproblematisk og ligetil, som det ses nedenfor, hvor den biologiske far, der stort set har været ude af billedet siden midt i graviditeten og kun set barnet en enkelt gang efter føds-

len, efter mere end et år pludselig meddeler, at han ønsker samkvem. På grund af hans voldelige og utilregnelige adfærd har denne kvinde fået hemmelig adresse og telefonnummer og har kontaktet Statsamtet for at fortælle, at hun er bange for ham samt forhørt sig, om han virkelig efter så lang tid uden kontakt kan få samkvem med deres fælles barn:

I: Og statsamtet, hvad siger de til, at du ikke tør at være alene med ham?

R: Der var ikke noget at diskutere. Jeg skulle ned til det møde, og kunne jeg ikke det, så måtte det foregå over korrespondance med breve, men det ville se dårligt ud for mig. Og jeg går jo i panik og forsøger at snakke med hende nede på Statsamtet, og forklarer hvad vi har med at gøre, og hvor forfærdeligt det her udfald kan blive for [barnets navn] Og så begynder hun at snakke om overvågning af samkvem, og jeg siger: 'Er det så for hans skyld, eller er det for barnets skyld, du snakker nu?' (...) og jeg blev rigtig gal og skuffet og sagde, at nu havde jeg simpelthen gået gennem et helvede for at få lov til overhovedet at beholde [barnet], og så kan han gå fra ind gaden og søge samkvem med det barn, som jeg har kæmpet så hårdt for at beholde. Men det blev der ikke lyttet til (...) Det er jo et voldsomt stressniveau, du er på, men hvad gør man ikke for at beskytte ungen, det er jo for [barnet skyld], at jeg ville gøre det her. Og jeg havde allerede... altså hvis han fik samkvem, så havde jeg allerede fået adresse i Norge, og så var jeg flyttet derop. (X:27).

Faderen meldte til kvindens store lettelse afbud, før mødet startede, men sagen er ikke afsluttet, og på interviewtidspunktet lurer angsten stadig for, at faderen skal dukke op og kræve samvær med barnet:

Og jeg spørger så sagsbehandleren om: 'Hvad så, betyder det så, at han ikke kan søge samkvem med hende igen?' 'Jo, det kan han sagtens, det kan han hele tiden gøre'. Jeg var sådan helt, det er jeg stadigvæk: 'Jamen, hvor er retten henne!'. (X:27).

Kvindernes beretninger er generelt kendetegnet ved, at de i kortere eller længere perioder har været alene om at tage vare på et eller flere børn. Nogle kvinder har i perioder med misbrug valgt at overlade børnene til bedsteforældre, nogle børn er blevet anbragt udenfor hjemmet på myndighedernes foranstaltning, og nogle er blevet hjemgivet, når situationen er blevet stabiliseret. En del børn har boet sammen med deres mødre, mens disse har været i misbrug. I lyset af at kvinderne har berettet om en række forskellige problemer hos deres børn – det være sig både fysiske, psykiske og adfærdsmæssige vanskeligheder – synes behovet for rådgivning og emotionel og praktisk støtte i forhold til børnene at være udbredt. Selv efter mange års stabil og stof- og alkoholfri tilværelse giver flere kvinder udtryk for behovet for professionel rådgivning og ekspertvurderinger vedrørende deres børns adfærd. Ikke mindst teenagebørns problemer af forskellig art,

herunder hvorvidt disse tilstande og problemer kan tilskrives deres misbrug under graviditeten, har optaget kvinderne. Flere har overvejet at søge professionel bistand, men her kan både økonomi og tvivlen vedrørende det hensigtsmæssige i at rode op i gamle sår spille ind, som fx denne kvinde fortæller om:

Jeg kunne godt tænke mig, at [barnet] havde nogle samtaler med én – at jeg havde nogle samtaler med én – og at vi sammen kunne have nogle samtaler med én. Og jeg har selvfølgelig prøvet at undersøge flere gange igennem årene, når jeg har følt, at det var slemt, men jeg har ikke kunnet finde.... I lang tid var det jo, fordi vi ikke havde nogle penge, jeg havde simpelthen ikke råd. Hver gang jeg fandt noget, så kostede det bare det blege. Og så har jeg, nu efter at jeg selv er begyndt at tjene penge, faktisk haft så skide travlt. Jeg har haft fokus på et par stykker, men jeg har også været i tvivl. Jeg ved jo godt, at psykologer og psykiatere har nogle ting, de er gode til, nogle specialområder. Og jeg ville gerne have en, der var god til *det*. Hvor får man at vide, hvem der er det? (C:43).

En kvinde, der i dag er ansat i en fremtrædende stilling indenfor det offentlige, anfører i forbindelse med hendes ønske om at få en professionel vurdering af, hvilken hjælp hendes teenagebarn kunne have gavn af, at det stadig er forbundet med både skam og frygt for misbilligelse at afsløre sin fortid, men også en frygt for, at der måtte være sprækker i tavshedspligten. Et barns problemer kan dog være så voldsomme, at der bliver handlet:

Da jeg havde været ædru i et halvt år [efter døgnbehandling], så fik hun en skrigende spiseforstyrrelse. Det begyndte allerede et par måneder efter, jeg var kommet hjem, hun skulle lige teste, om jorden kunne bære, og så begyndte hun at knalde ud. Bare det at... jeg har jo set det der før, og der gik en måned, så var hun i behandling på psykiatrisk, og der fik vi stoppet den der. Og så har den kørt... altså rimeligt indtil nu, hvor hun her to år efter begyndte igen at få nogle udfald psykisk. Så gik hun ud af skolen her til juni, og så skulle hun starte på en anden uddannelse. Der kunne jeg se, at det taklede hun ikke godt, det var en meget hård årgang, hun gik på, og hun begyndte at køre psykisk på os herhjemme. Så tog jeg fat i kommunen og spurgte, hvad tilbud de havde, og så kom hun ind og har fået et psykologtilbud. Der kan jeg se, at til at begynde med, der handlede det om [stedfaderen], men det er sådan set kun startskuddet. Nu handler det jo om mig, hendes barndom og det hele (...) Ja ja, det kan ikke nytte noget, hun er simpelthen nødt til at takle det, ligesom jeg var nødt til at takle mine forældre, det er også mangel på omsorg... så har hun jo også været igennem gentagne omsorgssvigt. Selvom jeg gjorde det, så godt jeg kunne, så var det jo aldeles ikke godt nok. Så faktisk her til morgen, fordi du skulle komme så... hun har gået som katten omkring den varme grød med det, men hun har ikke villet snakke med mig om det. Og det er igen den der, at hvis hun nu begynder, så kan det være, at jeg går i druk... (Z:42).

Som det fremgår, er det i denne undersøgelse kvinderne som mødre, og kun de færreste biologiske fædre, der er de gennemgående figurerer i deres børns liv. Ofte har forældrene været misbrugere sammen, og misbrug og vold har været centrale elementer i forholdet mellem forældrene til mange af de børn, hvis mødre vi har interviewet. De fleste af disse kvinder har dog på et tidspunkt valgt at bo alene med børnene eller fundet nye partnere. Som enlige mødre har flere imidlertid oplevet at befinde sig socialt isolerede og i en situation, hvor de har haft svært at etablere nye kontakter og relationer, og med et svagt eller fraværende familienetværk har de befundet sig i en yderst sårbar position, men uddannelse og beskæftigelse har med tiden hjulpet de fleste til at bryde isolationen. Der er dog også nogle, hvis forældre, øvrige familie og partnere stabilt yder betydelig støtte og aflaster kvinderne i hverdagen.

Det skal nævnes, at flere af deltagerne i denne undersøgelse har modtaget tilbud om at deltage i særlige tilbud om samværsgrupper for sårbare og udsatte gravide og mødre, herunder tidligere misbrugere. Disse tilbud har tydeligvis været en velkommen anledning til at mødes med andre kvinder i samme situation og dermed i en vis grad både forebygget isolation og haft en netværksskabende funktion.

4.3 Opsummerende: Sociale risiko- og stressfaktorer – før og efter fødslen

For undersøgelsesdeltagerne har graviditeten været en periode, hvor mange valg har skullet træffes og søges ført ud i livet vedrørende den enkeltes livsstil, hverdag og brug og misbrug af rusmidler. Generelt har kvinderne prøvet at fastholde eller skabe en mere stabiliseret livsførelse, og de fleste har søgt eller er blevet tilbudt hjælp, støtte og behandling af forskellig art til at gennemføre graviditeten så forsvarligt som muligt. Men som det er blevet demonstreret, har kvindernes egne ressourcer og sociale betingelser herfor været forskellige og/eller ændret sig undervejs, såvel i positiv som i negativ retning.

Kvindernes indre motivation for at gennemføre graviditeten så forsvarligt og risikofrit som muligt har bragt de fleste et godt stykke af vejen. Eksterne faktorer har imidlertid, som det også er blevet illustreret, og på mere og mindre uforudsigelig vis spillet en nok så afgørende rolle, hvad enten det har været af den opstøttende og hjælpende karakter, som ydes via de offentlige servicesystemer, familien og det sociale netværk samt de nære relationer, i parforholdet og i relationen til andre børn – eller i modsat fald har de samme instanser og relationer fungeret som konflikt-, stress- og dermed

risikoudløsende. Kvindernes generelt sårbare og/eller socialt og psykisk belastede situation har i de fleste tilfælde – om ikke under graviditeten, så efterfølgende – ændret sig i stabiliseret og positiv retning, også i forholdet til rusmidler. For en del kvinders vedkommende har misbrugets ophør i sig selv betydet en vis forbedring.

Vi har i dette kapitel, med udgangspunkt i kvindernes fortællinger, fokuseret på de faktorer, der fungerer som beskyttelse henholdsvis på de relationer og begivenheder, som både potentielt og aktuelt har vist sig risikofremkaldende for kvindernes brug af rusmidler. I den forbindelse har karakteren af kvindernes familiebaggrund og sociale netværk samt deres parforhold vist sig at være centrale, både i rollen som beskyttende og støttende faktorer, men også som risiko- og skadesproducerende.

Dette viser sig med al tydelighed i eksemplerne med kvinder, der lever sammen med misbrugende og ikke mindst voldelige mænd. Men også mere subtile aspekter ses at spille en rolle, hvilket blandt andet kommer til udtryk i forbindelse med afsnittet om de skjulte eller hemmeligholdte graviditeter. Begrundelserne for at holde graviditeten skjult for professionelle og myndigheder og/eller familie og ægtefæller bunder primært i frygten for, at der vil blive grebet ind med fjernelse af det ventede barn og/eller aktuelt hjemmeboende børn – og i skammen over rusmiddelbruget, og hvad de med denne brug risikerer at udsætte barnet for.

I denne undersøgelse, hvor fire ud af 26 kvinder af den ene eller anden grund til et vist tidspunkt formåede at holde deres seneste graviditet skjult, må denne strategi klart anses for at være den mest stressfremkaldende for kvinden overhovedet – og i forhold til fosteret og den nyfødte den mest skadevoldende. Enkelte andre kvinder i undersøgelsen har under tidligere graviditeter gjort sig samme erfaringer med skjulte graviditeter og det misbrugsmæssige kaos, det producerer. Andre kvinder, der har oplevet at befinde sig i et psykisk og misbrugsmæssigt kaos under graviditeten, fx på grund af voldelige partnere eller partnerens død, har i et vist omfang været i stand til at søge hjælp og med forskellige tilbud og indsatser reducere eller stoppe deres misbrug forud for fødslen.

Andre eksterne stressfaktorer, som ikke har været særskilt behandlet, men som berøres i det afsluttende kapitel omhandlende forskellige varianter af behandlingsforløbs- og indsatstyper, er de systemforårsagede stressbelastninger, som typisk er produceret i kontakten med professionelle og de forskellige systeminstanser. Disse kan først og fremmest relateres til truslerne om, at deres børn vil blive fjernet ved fødslen, hvis de fortsætter med at

bruge – især illegale – rusmidler, som mange kvinder i denne undersøgelse har været udsat for. Ud over disse trusler, som aktiverer den gravide kvindes psykiske alarmberedskab, har de foranstaltninger, som typisk iværksættes for at kontrollere den gravides misbrugsstatus, for manges vedkommende givet anledning til en mental stresstilstand. Især har nogle af de kvinder, som indstiller deres brug, men som har enkelte slip undervejs, frygtet konsekvenserne, men ikke mindst har nogle kvinder oplevet, at urinprøver har påvist stoffer, som de afviser at have indtaget. Med truslen om fjernelse af barnet hængende over hovedet har sådanne episoder forøget stressniveauet og dermed haft en markant og til tider langvarig indflydelse på kvindens ofte i forvejen belastede mentale tilstand.

På den ene side kan vi ud fra denne undersøgelse konkludere, at truslen – om, at børn vil blive fjernet, hvis ikke den gravide kvinde/moderen bliver og forbliver stoffri – i mange tilfælde har vist sig at have en præventiv effekt. På den anden side er det i en række tilfælde sket på bekostning af kvindens psykiske overskud til at vænne sig til tanken og forberede sig på at skulle være mor og har samtidig været undergravende for tilliden til det professionelle hjælpesystem.

Fra dette kapitels fokus på forskellige mønstre, socialt støttende faktorer og ikke mindst risikofaktorer i kvindernes omgivelser og netværk vil vi i det følgende kapitel rette opmærksomheden mod de offentligt foranstaltede tilbud, som kvinderne har benyttet eller været underlagt i forbindelse med graviditeten.

Kapitel 5

Forskellige kvinder – forskellige forløb

De tilbud, som kvinderne har fået under graviditeten, har været af ret forskellig art og varierende i intensitet. Vi har tidligere foreslået, at indsatsen overfor gravide med misbrugsproblematikker baserer sig på tre grundmodeller (Dahl & Hecksher 2006). Heraf synes den lægefaglige eller *den medicinsk baserede model* med sit fokus på fosteret/det ufødte barn at indtage den dominerende rolle. I *den sociale samarbejdsbaserede model* og *den (døgn)terapeutiske model*, der sjældent eksisterer alene, men overvejende ses anvendt som led i den samarbejdsbaserede model, er det først og fremmest den gravide kvinde, der fokuseres på ud fra rationalet: ”Vejen til at sørge for barnet går gennem moderen. Trives moderen, trives barnet også.”⁵

I dette kapitel er vi gået bag om modelforståelsen og har med udgangspunkt i kvindernes fortællinger om de forløb, tilbud og foranstaltninger af forskellig art, som de har modtaget i forbindelse med deres graviditet, identificeret fire overordnede typer, som er kendetegnet ved følgende forhold:

1. Forløb, hvor kvinden under graviditeten og efter fødslen modtager et ambulantly tilbud, og hvor hun oplever, at der under graviditeten især er fokus på barnet (det ufødte barn) samt kontrol af hendes misbrugsstatus.
2. Forløb, hvor kvinden under graviditeten modtager et ambulantly tilbud med fokus på kontrol af misbrugsstatus (i disse forløb kan indgå decideret misbrugsbehandling og/eller særlige ydelser til gravide med misbrug), og hvor hun efter fødslen indskrives på en 'mor-barn'-institution⁶ i en kortere eller længere periode.
3. Forløb, hvor kvinden under graviditeten og efter fødslen modtager et ambulantly tilbud, hvor hun oplever, at der især er fokus på at støtte hende som kommende mor med løbende afklaring af kvindens aktuelle behov og ressourcer.
4. Forløb, hvor kvinden under graviditeten eller umiddelbart efter fødslen indskrives i stoffri døgnbehandling sammen med barnet og i nogle tilfælde med barnets far.

⁵ I den tidligere udarbejdede statusrapport har vi redegjort for de særlige karakteristika, herunder formålet med og rationalerne bag de tre grundmodeller (Dahl & Hecksher 2006:4-5).

⁶ Med 'mor-barn'-institution refereres samlet set til døgninstitutioner, hvor fokus er på udvikling og vurdering af forældres evne til at tage vare på deres barn/børn. Disse institutioner har typisk ikke misbrugsbehandling som en del af deres koncept, men kvinderne kan under opholdet modtage misbrugsbehandling i form af eksempelvis ugentlige samtaler med en misbrugsbehandler, der kommer udefra.

I den følgende beskrivelse peges på generelle aspekter og tendenser i de forløb, kvinderne har fortalt om. Vi går således ikke nærmere ind på de mere specifikke forhold og variationer, der fx gør sig gældende i forbindelse med strafafsoning, eller de tilfælde, hvor kvinden har været uden kontakt til systemet under graviditet/først er kommet i kontakt med behandlingen i forbindelse med eller efter fødslen, ej heller de enkelttilfælde, hvor psykologhjælp eller ambulante misbrugsbehandling med fokus på kvindens kommende rolle som mor har været del af indsatsen. Således eksemplificeres de forskellige forløbstyper med henblik på at tydeliggøre, hvad de enkelte typer forløb har indebåret for kvinden, barnet og kvindens relation til behandlingstilbudet. Først præsenteres eksempler på ambulante forløb med fokus på kontrol af misbrugsstatus (omfattende de to første forløbstyper) med inddragelse af cases og citater. Dernæst præsenteres eksempler på de ambulante behandlingsforløb, hvor kvinderne beskriver, at fokus især har været på at støtte dem som kommende forældre, og hvor misbrugsbehandlingen har været sekundær til denne ydelse. Endelig beskrives de forløb, hvor kvinderne på baggrund af en belastet livs- og misbrugssituation er blevet indskrevet i stoffri døgnbehandling.

5.1 Ambulante tilbud med et særligt fokus på kontrol af misbrugsstatus

En del af de interviewede kvinder har under graviditeten været i ambulante tilbud, hvor de oplever, at der især er fokus på fosteret/det ufødte barns tilstand samt kontrol af misbrugsstatus. For nogle kvinder munder disse forløb efter fødslen ud i et kortere eller længere ophold på en 'mor-barn'-institution. Andre fortsætter med at modtage ambulante ydelser, hvilket ofte er forbundet med eller alene indebærer fortsat kontrol af misbrugsstatus, men kan også betyde, at de tilbydes nye former for støttende foranstaltninger.

Kontrol af misbrugsstatus er overvejende baseret på regelmæssig aflæggelse af urinprøver fra 1-2 gange om ugen til 1 gang hver 14. dag. Udlevering af og kontrol med indtagelse af antabus for at hindre brug af alkohol kategoriseres her som en del af denne tilbudstype. Til at støtte op om processen har nogle kvinder deltaget i samtaleforløb med en misbrugsbehandler eller sygeplejerske med specialfunktioner i forhold til særlige grupper gravide, heriblandt misbrugere. Flere af kvinderne er under forløbet blevet knyttet til en jordemoder/sygeplejerske med særlig viden om gravide med misbrug. Kvinder, der har været i denne type tilbud, har ikke oplevet, at (misbrugs-)behandling med fokus på sociale eller psykologiske aspekter har været

fremtrædende, derimod har der gennem kontrol af misbrugsstatus specifikt været fokus på det ufødte barns tilstand og trivsel.

Der er stor forskel på, hvordan kvinderne under graviditeten har oplevet denne kontrolbaserede indsats. Nogle har fundet det støttende og motiverende. På andre har kontrollen derimod virket mistænkeliggørende, til tider krænkende og er dermed ikke blevet oplevet som en sundhedsmæssig ydelse. Fælles for de kvinder, der har anset kontrollen som en støtte, er, at de alle stort set selv har formået at stoppe eller nedsætte deres forbrug af rusmidler på tidspunktet for opdaget graviditet.

Selvom enkelte blandt de kvinder, der ikke har oplevet kontrollen som en støtte, har været afholdende gennem hele graviditeten, har de fleste indtaget rusmidler under graviditeten, hvilket ikke nødvendigvis er blevet afdækket ved kontrolindsatsen.

Flere af de kvinder, der ikke oplevede kontrollen som en støtte, fortæller, at den kontakt, de havde med sundhedspersonale og misbrugsbehandlere under graviditeten og efter fødslen, primært handlede om, hvorvidt de afholdt sig fra at indtage rusmidler. Således kom samtaler med behandlere og/eller sundhedspersonale mere til at handle om resultater af urinprøver end om eventuelle andre konkrete behandlingsmæssige og rådgivningsmæssige emner. I den kontakt følte mange, at deres motivation, ressourcer og kompetencer blev overset eller underkendt. I det følgende vil vi inddrage eksempler på forløb, hvor kontrol af misbrugsstatus har været oplevet som en støttende henholdsvis ikke-støttende foranstaltning.

Kontrol af misbrugsstatus som støtte

Som eksempel på et graviditetsforløb, hvor kontrollen i kombination med tilknytning til en fast jordemoder under graviditeten og tildeling af en støtteperson i hjemmet efter fødslen, blev oplevet som understøttende, gengives dele af Camillas historie i caseform:

Case 1: Camilla

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 voldelig. 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 dagevis. 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 ambulante dagbehandlingsforløb for yngre stofmisbrugere. Selvom forløbet var bygget op omkring udendørsaktiviteter, hvilket Camilla ikke var specielt begejstret for, men hun mødte op og deltog, som hun skulle. I den periode indtog hun regelmæssigt antabus, da det især var alkohol, der udløste hendes brug af stoffer. Samtidig mødte hun sin nuværende mand, der også har en fortid med misbrug af alkohol, amfetamin og kokain. De flyttede sammen og besluttede sig snart for at ville have et fælles barn. Camilla blev ret hurtigt gravid og blev tilknyttet et specialtilbud for gravide med misbrug, hvor hun afleverede ugentlige urinprøver og fik desuden 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 blev hun bevilliget en støtteperson, der kom i hjemmet flere gange om ugen. Relationen til støttepersonen udviklede sig fra indledningsvist at blive opfattet som en kontrolinstans til efterhånden at blive en værdifuld støtte, en fortrolig, som Camilla kunne dele sine bekymringer med, og som gav råd og vejledning i forhold til at være mor til to mindre børn. Efter fødslen holdt Camilla op med at aflægge urinprøver på sygehuset. En enkelt gang har støttepersonen med alkometer 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 effektiv 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 vild 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 en 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. (T:25).

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 at sige 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, men at der i lighed med andre kvinders erfaring har været tale om, at ydelse og indsats har ændret sig undervejs, i takt med at behovet for hjælp og støtte har ændret sig.

Andre kvinder har også ment, at tilbudet med fokus på kontrol af misbrugsstatus har understøttet deres forløb og set det som en motiverende og velgnet måde at bevise deres afholdenhed både over for sig selv, men også over for de professionelle. En ung kvinde fortæller, at hun i et tidligere ambulans behandlingsforløb har profiteret af kontrol af misbrugsstatus gennem aflæggelse urinprøver, hvilket medførte, at hun betragtede muligheden for at aflægge urinprøver som en støtte også i graviditets- og barselsforløb. Ud over denne type kontrol af misbrugsstatus indgik hun ikke i andre behandlingstilbud:

Ja, jeg blev indskrevet i specialtilbudet til gravide, jeg blev henvist dertil fra egen læge, og der fik jeg en jordmoder... som var rigtig rigtig sød. Der kunne jeg komme en gang om ugen. Så i starten gad de ikke at tage urinprøver, for der kunne... det var stadig så fyldt med shit [hash]. Så det var først efter de vidste, at nu skulle den være ren. Så begyndte de så også at tage urinprøver, og det var så også en god hjælp for mig, ligesom jeg også havde været vant til det fra tidligere. (R:23).

Fordelen ved denne type ydelse med fokus på kontrol af misbrugsstatus kan således være, at kvinden, så længe hun i en vis udstrækning formår at afholde sig fra rusmidler, vil opleve tilbudet som den mindst indgribende ydelse. Konsekvensen kan imidlertid være, at kvindens øvrige situation og behandlingsmæssige behov overses eller nedprioriteres, og ikke alle kvinder har overskuddet eller modet til hverken at betvivle de foranstaltninger eller for den sags skyld bede om andre ydelser end dem, der iværksættes. Som det nedenstående eksempel illustrerer, udløser social indgriben fra myndighedernes side ikke automatisk, at der iværksættes støttende foranstaltninger, selvom mange ting kunne tale herfor. Det viser yderligere, at kvinderne som regel selv yder en betydelig indsats, selv når deres ressourcer er i bund.

En kvinde befandt sig under sin seneste graviditet i en massivt belastet situation. Hendes kæreste tog sit liv, da hun var et godt stykke henne i graviditeten, og dagen efter begravelsen blev hendes børn uden varsel og på dramatisk vis fjernet, hvilket fik hendes misbrug af alkohol og stoffer til at eskalere voldsomt. Hun var ikke i nogen form for behandling, men havde efterfølgende et møde med sagsbehandleren om udsigterne til at få børnene hjem igen. Her fik hun at vide, at hun skulle have styr på sit misbrug, før det kunne komme på tale:

Jeg skulle så prøve at snakke med alkoholambulatoriet dernede og se, om jeg kunne komme på antabus. Og jeg var også dernede og snakke og skulle starte op ugen efter på antabus, men det kom jeg ikke, fordi jeg syntes, at det hele så sort ud for mig. Men så flytter jeg så herind [til byen] og begynder så at få min antabus og bliver koblet på specialtilbudet til gravide med misbrug, efter at jeg er blevet clean - jeg tog jo en kold tyrker herhjemme, hvor jeg ikke snakkede med nogen i 14 dage (...) Jeg fik et rigtigt godt forhold til sygeplejersken derinde, og vi snakkede meget. Jeg blev enig med mig selv om på et tidspunkt, fordi da var jeg ved at gå tilbage [i misbrug], at blive indlagt oppe på sygehuset, for hun havde tilbudt, at jeg endelig skulle ringe, hvis jeg var i problemer, og det gjorde jeg så en dag og sagde: Nu er du nødt til at gøre et eller andet. (M:32).

For denne kvinde var det først og fremmest viljen til at få sine børn hjem igen, der fik hende til selv at trække sig ud af stoffer og dernæst søge og fortsætte resten af graviditeten i antabusbehandling. Hendes indlysende behov for yderligere støtte – som blev tilgodeset i form af samtaler og i sidste ende en kortere indlæggelse på sygehus under graviditeten – fik hun således først, da hun havde stoppet misbruget.

Når kontrol er en central ydelse, synes det at være afgørende at sikre sig, hvorvidt der bag et massivt misbrug ligger problemer af anden art. En ud-

redning af kvindens øvrige behandlingsbehov og i forlængelse heraf tilbud om ydelser afstemt efter de konkrete behov kan være central for at sikre, at aktuelle og konkrete behov for støtte og behandling ikke overses og negligeres. Som det vil blive omtalt i den afsluttende opsummering om barrierer i forhold til at søge behandling, kan tilgængeligheden af ydelser have betydning for, hvorvidt gravide med misbrug opsøger behandling.

I det følgende vil vi fokusere på den betydning, det har for kvindens (og mandens) oplevelse af et forløb, at konkrete ydelser bygger på en standardløsning i form af fastsatte rammer for behandling af gravide med misbrug.

Kontrol af misbrugsstatus som 'ikke-støttende' foranstaltning

I modsætning til det ovenstående afsnit om kvinders oplevelse af kontrol af misbrugsstatus som en støtte, er der også nogle kvinder, der beskriver forløb, hvor indsatser med fokus på kontrol af misbrugsstatus opleves som en mistillidsskabende foranstaltning, kendetegnet ved manglende anerkendelse af den enkelte kvindes hensigter og ressourcer. Kort sagt oplever en del 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. Nedenstående case er et eksempel på denne type kontakt eller behandlingsrelation.

Case 2: Lise

Lise er 40 år. Hun har to drenge, hvoraf den ældste er flyttet hjemmefra, og den yngste lige er blevet 1 år. Efter at have tilbragt mange år i storbyen er hun sammen med sin mand flyttet til en mindre provinsby, men uden at flytte folkeregisteradresse. 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 trappe 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 stadig kunne finde på at tage heroin, om end det skete med længere og længere mellemrum, valgte hun derfor at fortie. En nedtrappingsplan blev aftalt, og Lise måtte indstille sig på at tage den lange vej til amtstilbudets afdeling og aflægge to ugentlige urinprøver, hvilket kolliderede med hendes undervisning 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 nedtrapping, hun havde påbegyndt måneder forinden. Efter fødslen blev barnet overført til neonatalafdelingen. Både forældre og personale vurderede, at barnet efter 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 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 simpelthen så hårdt rent psykologisk, fordi at du vejer alt, hvad du siger og gør.”

Da udskrivningstidspunktet nærmede sig, vurderedes det fra hospitalsafdelingen side, 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 hospitalspersonale overså deres ressourcer og overhørte deres ønsker. Kommunens medarbejdere gav på deres side udtryk for, at forældrene blev oplevet som usamarbejdsvillige. Det endte dog med et kompromis. Familien blev installeret på en døgninstitution med henblik på at deres forældreevne 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 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 er gennem barnets første leveår fortsat med at aflægge ugentlige urinprøver. Som det følgende illustreres, har der dog i vid udtrækning været tale om 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 jordemoderen] 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. (L:40).

Lises forløb er kendetegnet ved hendes oplevelse af, at der er blevet fokuseret så ensidigt på hendes tidligere misbrugssituation, kontrollen og heroinepisoderne, hvilke hun i princippet kunne have ’dækket over’. Hun føler, at opmærksomheden stort set udelukkende blev rettet mod fostret, 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 anden kvinde, der efter adskillige års intravenøst misbrug af heroin ikke havde brugt heroin i seks år, men dog andre illegale stoffer, især amfetamin og kokain (ikke iv-indtaget), blev under graviditeten bedt om at aflægge ugentlige urinprøver på det lokale misbrugscenter. Hun tog kokain en enkelt gang, efter at hun opdagede, at hun var blevet gravid, hvilket hun ikke havde lagt skjul på. I forbindelse med urinkontrollen opstod undervejs i forløbet uoverensstemmelser om resultatet af prøverne, da kvinden nægtede at have indtaget det pågældende stof. Det blev startskuddet til et forløb præget af mistillid og manglende tiltro til, at hun var i stand til at tage vare på et barn fra systemets side og for hendes eget vedkommende en tiltagende frygt for, at hendes barn ville blive fjernet efter fødslen:

Der var så en enkelt prøve, hvor jeg sagde: 'Ved du hvad, det har jeg altså ikke gjort.' Nej, men så ville de sende den ind, det var på de der sticks... så ville de sende den ind til screening. Og så kom den tilbage, og så var den ren. Så sagde jeg: 'Nå, men så må I sgu da kunne se, at der er noget galt her.' Jamen, så ville de bare sende resten ind til screening. Og så kommer [en hospitalsansat] og siger, at hun har fundet ud af, at de der sticks er bedre end laboratorieprøverne, så den var altså uren alligevel. Jamen, altså for fanden! (...)

Og det havde jo også konsekvenser for mig. De troede jo ikke en skid på mig! De mente, at jeg var dybt afhængig, og at den lille ville have abstinenser, når den kom ud, og hvis det ikke blev bedre, så ville jeg ryge til Amtssygehuset på børneafdelingen, fordi så ville barnet have abstinenser, når det kom ud. Hvis mit misbrug havde været så massivt, som de der prøver viste, så havde [barnets navn] haft abstinenser, da [det] kom ud. Og [barnet] havde jo ingenting. Men de troede bare ikke på mig. Jeg var bare en lille narkoman, jeg kunne jo ikke bevise det. (K:31).

Omdrejningspunktet i relationen mellem hende og misbrugsbehandleren bestod stort set udelukkende i samtaler om urinprøverne:

Behandlingen bestod jo meget i dette her med de urinprøver, faktisk. At jeg var utilfreds med, at de viste noget, som ikke var der, og at de [misbrugsbehandlerne] var utilfredse med, at jeg løj om, at jeg havde taget noget. Altså, det var faktisk det, det hele gik på. (K:31).

Under forløbet blev hun tilbudt kontakt til en ansat på fødeafdelingen med særlig viden om stof- og alkoholmisbrugere. Denne kontakt beskrives som den eneste, der ikke kun drejede sig om kontrol af misbrugsstatus, men hvor der også blev spurgt til hendes egen tilstand og velbefindende. Foranlediget af misbrugsbehandleren blev kvindens situation yderligere tilspidset ved inddragelsen af de kommunale sagsbehandlere. På mødet med kommunens Børne- og Familieafdeling, hvor både kvinden, hendes kæreste (faderen til barnet) og dennes mor deltog, blev de forberedt på, at 'de urene urinprøver' betød, at barnet ville blive fjernet umiddelbart efter fødslen.

Kvinden endte med efter fødslen at blive indskrevet på en 'mor-barn institution', men har aldrig har fået en forklaring på, hvad der i sin tid fik kommunen til ændre planer. Efter blot et par ugers ophold blev mor og barn udskrevet med henvisning til, at hun var velfungerende, og 'at hun ikke hørte til der'. Med den tilspidsede kontakt og truslerne om fjernelse af barnet in mente plager det hende dog stadig, at forløbet – her mere end et år efter – ikke er blevet afsluttet fra kommunens side, og hun går stadig med frygten for, at kommunen pludselig vil gøre krav på barnet:

Jamen, jeg var da totalt angst. Min graviditet har ikke været lykkelig – overhovedet ikke. Selv den dag i dag, selvom alt går suverænt, så har jeg stadig den der i baghovedet: Hov, hopper de nu lige frem fra bag en busk og siger: 'Dig – vi kommer og tvangsfjerner dit barn!' Selvom de ikke har noget at ... altså... vi får at vide alle steder fra, at de ikke har noget. Så længe de ikke har noget, så kan de jo ikke gøre det. Men alligevel sidder den bare i baghovedet. Den går jeg rundt med hver dag. Det gør jeg. Vi har lige malet værelse. Da tænkte jeg: 'Okay, jamen, skal jeg male det her værelse – for hvad nu, hvis de kommer en dag og vil have [barnet]?' Altså jamen, det er forfærdeligt (...) Det sidste, jeg hørte, var et brev for tre måneder siden om, at jeg får en ny sagsbehandler dernede, og hun vil kontakte mig hurtigst muligt. Så har jeg ikke hørt fra dem siden. Ikke et ord. De sidder bare dernede og venter på 'kommer der snart en urin-[prøve...]' (K:31).

Både casen og den følgende beskrivelse illustrerer, hvordan etableringen af en behandlingsrelation baseret på kontrol og de konsekvenser af forskellig art, som kontrolfunktionen er forbundet med, kan vanskeliggøre eller hindre en tillidsfuld relation mellem kvinden og sundheds- og behandlingspersonale. Denne relation er imidlertid ikke blot central i den konkrete situation, men også af væsentlig betydning for eventuelle fremtidige graviditeter. Netop frygten for, at ens barn risikerer at bliver fjernet, er en af de fremtrædende ydre barrierer der kan medvirke til, at gravide med misbrug undlader at afsløre et eventuelt misbrug eller søge behandling.

Konsekvenser af kontrol uden behandling

En konsekvens af udelukkende at have fokus på kontrol af misbruget kombineret med manglende misbrugsbehandling illustreres af en yngre kvindes fortælling om hendes 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:

R: 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 blev det sådan lidt grotesk... så steg mit misbrug af metadon. Fuldstændigt vanvittigt. Fuldstændigt. 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.⁷

I: Var der nogen form for nedtrapningplan?

R: 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 kraftstjeleme 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 fjerde sal 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. (I:30).

Indlæggelse i beskyttede omgivelser repræsenterer altså ikke nødvendigvis den beskyttelse af hverken mor eller det ufødte barn, som man forestillede sig. Som ovenstående beretning illustrerer, stemmer sygehusets tilbud og ydelse, ifølge kvindens beretning, heller ikke overens med hendes behov for behandling og forberedelse på fødsel og forælderrollen. Den rent medicinsk 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 med at skaffe sig og indtage mere metadon end foreskrevet. Dette ekstra indtag, som sløvede hende, mener hun selv har betydet, at hun efterhånden ikke skænkede de konsekvenser, det kunne få for det ufødte barn, særlige overvejelser.

⁷ 1 metadon/1 'don' svarer til 5 ml./5mg

Fokus på kontrol af misbrugsstatus har altså i denne sammenhæng ikke det ønskede resultat – tværtimod. Spørgsmålet er, hvorvidt en sådan kontrol af misbrugsstatus er anvendelig uden et behandlingsmæssigt tilbud, der matcher den enkelte kvindes behov for støtte og vejledning.

Opsamling på kontrollerfaringerne

Samlet set illustrerer de præsenterede cases og eksempler, at når tilbudet har fokus på kontrol af misbrugsstatus, er der risiko for, at man på den ene side overser, at de gravide med stof- og/eller alkoholmisbrug selv oplever at have en række sociale, psykologiske eller misbrugsrelaterede problemstillinger, som ikke bringes frem i lyset og/eller inddrages i behandlingen, og på den anden side, at et rent fokus på kontrol risikerer at producere sin egen form for problemer. Disse forhold har indflydelse på, hvordan kvinden indgår i behandlingsrelationen. For nogle kvinder har kontrol af misbrugsstatus dog været oplevet som en støtte, mens kontrollen for andre har virket som et ekstra problem og dermed forstærkende på deres øvrige problemstillinger. Uoverensstemmelser omkring resultater af urinprøver har i en række tilfælde givet anledning til, at en ellers god relation mellem professionelle og den gravide kvinde, har resulteret i en anspændt og for kvinden stressfuld situation, især når 'urene prøver' risikerer at få betydning for, om barnet vil blive fjernet eller ej. Kort sagt har kontrol med misbrugsstatus hjulpet nogle af kvinderne og støttet dem i at afholde sig fra indtagelse af rusmidler. For andre har denne ydelse enten ikke haft nogen effekt eller nærmest forværret deres situation og været oplevet som en psykisk belastning.

5.2 Mindre intensive ydelser og særlige tilbud uden fokus på kontrol af misbrugsstatus

Der er blandt de interviewede kvinder en gruppe bestående af fortrinsvis yngre kvinder, der under deres graviditet har modtaget mindre intensive ydelser fra amtslige specialenheder for gravide med misbrug. De har børn i alderen fra knap 1 år og op til 7 år. På tidspunktet for graviditeten brugte kun en enkelt af kvinderne i denne gruppe rusmidler, men de havde alle i perioden op til graviditeten haft et misbrug af både legale og illegale rusmidler. De havde typisk debuteret i 13 – 15 års alderen med hash, amfetamin og alkohol og siden også brugt ecstasy, kokain og opioider. For en enkelt kvinde havde alkohol og medicin været de primære rusmidler i gennem en årrække, en havde haft en kortere periode med heroin. De fleste havde et netværk, der støttede op både under graviditeten, men især efter fødslen i form af hjælp i dagligdagen.

Kendetegnende for disse unge kvinder er, at de har oplevet, at behandlingssystemet fra starten har haft fokus på dem som kommende mødre i besiddelse af et vist niveau af ressourcer, men også med et behov for hjælp til denne opgave.

En yngre kvinde, der tidligere havde været indskrevet i ambulans stoffri behandling, men som siden selv stoppede sit misbrug af amfetamin og ecstasy, beskriver, hvordan hun efter fødslen kom i kontakt med et amtligt specialteam via en læge på barselsgangen, som hun havde fortalt lidt om sit tidligere misbrug. Det førte til, at hun blev tilbudt at mødes med repræsentanter for forskellige sociale instanser, hvilket hun opfattede som en service med henblik på at støtte hende:

R: ...så har vi haft nogle møder om det, og hvordan det går med den lille og sådan noget. Vi har faktisk kun haft to møder herhjemme, og så blev det lukket igen, så skal jeg bare møde op i [mødre-/samværsgruppen], for det gik simpelthen så godt.(...) Det med møderne var noget, de syntes, vi skulle have for at se, hvordan det går, og så var min sagsbehandler med og min sundhedsplejerske, og amtets behandler og Familiecenteret var også med, og det var sådan lidt... fordi så sidder man der for sig selv, og der sidder en hel masse, der skal sige alt muligt om én.

I: Hvad, tænker du, var formålet med de møder?

R: Det er for at finde ud af, hvad jeg ville og for at støtte mig. (P:22).

En anden kvinde, der ligeledes selv havde stoppet sit misbrug af bl.a. heroin, oplevede en noget anden entré ind i det amtligt system, efter at hun i forbindelse med en scanning havde besvaret spørgsmål om brug af rusmidler:

R: Så spørger de ind til sådan nogle ting omkring misbrug, og så svarer jeg. Og så var det som om, at der gik en stor rød sirene i gang... så fik jeg samtaler med behandleren [fra amtets specialenhed for gravide med misbrug] og med et par af sygeplejerskerne ude på sygehuset og en læge, og så fik jeg dem så overbevist om, at jeg tog altså ikke stoffer længere og sådan nogle ting, og så blev vi enige om, at putte mig i et forløb sammen med behandleren.

I: Var de bange for, at du stadigvæk tog noget?

R: Ja.

I: Hvordan fik du så overbevist dem om, at det kunne du godt klare?

R: Jamen så sagde jeg til hende der, at jeg bare kunne møde op derude, og så kunne de tage blodprøver, hvis det var det. (...) De tog et par prøver på mig og sådan nogle ting, men kunne godt se, at der var ikke noget at komme efter.

I: De er nok ikke så vant til, at folk de klarer det selv...

R: Nej, det sagde han også, at det var derfor, de ikke troede på det. Det var, fordi det ikke kunne passe, at jeg havde gjort det selv. Så jeg blev skannet noget oftere, end man normalt gør, men det var fordi det var så kort tid efter, at jeg var blevet gravid, og heroin det er jo i blodet i lang-lang-lang tid. (N:19).

I lighed med det foregående eksempel viser ovenstående interviewuddrag, at selvom kvinderne ikke har et aktuelt misbrug, har de professionelle omkring dem vanskeligt ved at tro på, at de selv formår at stoppe deres misbrug. De tilbud, disse kvinder får, omfatter således heller ikke henvisning til misbrugsbehandling, men består typisk i en række særydelser, som fx hyppigere scanning under graviditeten, tæt kontakt til specialjordemoder, tæt tilknytning til lokal sundhedsplejerske med ugentlige besøg i op til et år efter fødslen samt kontakt til det kommunale familiecenter, men ikke misbrugsbehandling. En kvinde fortæller om den støtte, hun stadig modtager:

R: Min kontaktperson oppe fra Familiehuset er der, hvis man har problemer eller brug for støtte i forbindelse med familien.

I: Hvad kan du så bruge hende til?

R: Alting, hun kommer hjem og besøger mig, og så hvis jeg har det træls, så snakker vi om det, eller også så hjælper hun mig, hvis der er noget, eller hvis mit barn er træls, så kan hun fortælle mig, hvad jeg gør forkert.

I: Så hun er sådan en støtteperson?

R: Ja.

I: Er det noget du selv har bedt om, eller er det noget, de har foreslået?

R: Det er noget jeg har bedt om.

I: Kan du så mærke om det hjælper på de ting, du synes er svære?

R: Ja.

I: Hvordan kan du mærke det?

R: Det ved jeg ikke... lige i starten der kunne jeg godt have svært ved at overskue bare at skulle ned og handle, men der er ikke noget mere. (N:19).

I forhold til hvordan kvinderne bruger den kontakt eller ekstra støtte, de tilbydes i form af kommunale eller amtslige ydelser, forklarer en yngre kvinde, som på interviewtidspunktet har brugt tilbudet i et års tid:

R: Ja, vi snakker stadigvæk sammen. Sidst vi havde et møde, det var vist i sidste måned, der snakkede vi om, at det var meningen, at det var det sidste gang, men det synes jeg ikke.

I: Du ville gerne blive ved med at have lidt kontakt.

R: Ja, også fordi på den måde, der kan jeg få hjælp til de ting, jeg har behov for. (R:23).

I det hele taget er det en generel opfattelse blandt disse kvinder, at ”hvis man gerne vil hjælpes, så får man den hjælp, man vil have.” Ud over samtaler og rådgivning har de fleste deltaget i en mødregruppe/café for kvinder med misbrugsproblemer, et tilbud der opleves som tilgængeligt og brugbart. De fortæller, at der i cafeen er tilbud om rådgivning – der er altid enten en læge/ jordemoder eller en sundhedsplejerske til stede – og ikke mindst samvær med andre mødre i samme situation:

Også bare det, at der er ligesom nogle mennesker, der står i det samme som en selv. Man har sådan, at man kan snakke med nogen om, hvordan man har det, og hvad man tænker og hvordan det er at have et barn... Det er også det, jeg synes, der er godt ved det der cafeen, det er, at det er sådan nogle unge mødre (...) Jeg er ikke interesseret i almindelig mødregruppe, det havde jeg ikke lyst til. Jeg er blevet tilbudt det. (R:23).

I disse forløb har der ikke været knyttet betingelser om kontrol af misbrugsstatus til ydelserne. Ydelsen beskrives ikke som misbrugsbehandling, men nærmere som et understøttende tilbud ydet af få centrale personer, der er tilgængelige for kvinderne, når de, både før og efter fødslen, har brug for hjælp og vejledning. Fra støttepersonalets side har det især været hensigten at støtte kvinderne i rollen som mor, og set fra kvindernes side har de betragtet det som et tilbud, hvor de kunne hente råd og vejledning i forhold til barnet, bolig, økonomi, uddannelse og parforhold. Enkelte erfarede dog, at det ikke nødvendigvis var frivilligt at møde op:

Jeg kom hjem fra døgnbehandling, så kontaktede jeg dem på misbrugscenteret og sagde, at jeg gerne ville i dagbehandling, fordi jeg syntes ikke, at jeg var helt klar til at komme ud og stå på egne ben bare sådan. Og så kom jeg derned og fortalte så også, at jeg var gravid og alt det der, og så kontaktede de behandleren fra det særlige tilbud til gravide (...) Jeg troede, at det var mit eget valg, om jeg ville, men det fik jeg så at vide, at det var det ikke, det skulle jeg bare. Men det er jeg heller ikke ked af nu. (R:23).

Den gruppe kvinder, der har været i denne form for særligt støttende tilbud har typisk haft færre år med misbrug end de kvinder i undersøgelsesgruppen, der modtaget mere intensive og omfattende behandlingstilbud under graviditeten – om end misbruget for en dels vedkommende i hvert fald periodevis har været massivt. Også blandt de unge har flere af kvinderne tidligere været i ambulanset eller døgnbaseret misbrugsbehandling, de har haft misbrugende kærester, og enkelte også været i et voldeligt parforhold. Kun en enkelt har en kompetencegivende uddannelse, langt de fleste har forladt folkeskolen efter 8. eller 9. klasse og har måske været i arbejde eller uddannelsesforløb, men er droppet ud af disse – typisk på grund af deres misbrug. Selvom flere i denne gruppe har kunnet hente støtte i familienetværket, er der nogle, hvis opvækst har været stærkt præget af deres forældres misbrug, psykiske eller fysiske sygdomme. En del af de unge mødre i denne gruppe har fået/får forskellige former for medicin mod psykiske lidelser, typisk depression og angst.

Søger man at danne sig et samlet billede af denne gruppe unge kvinder, er det åbenbart, at de på forskellig vis er både sårbare og udsatte for at ryge

ind i ustabile perioder med misbrug. Ikke desto mindre synes graviditeten og barnet for de flestes vedkommende at have betydet, at de ikke længere forbinder noget attråværdigt med rusmidler. De tillægger deres ansvar for børnene stor betydning, og de fleste har formået at anvende de tilbudte ydelser som et bidrag til at fastholde den påbegyndte kurs uden stoffer og har dermed skabt sig en langt mere stabil tilværelse end forud for graviditeten. Graviditeten og det at få et barn er dermed blevet en 'adgangsbillet' til at få støtte og hjælp til at lære at leve et voksenliv. "Barnet er -", som en af de unge kvinder konstaterede, "blevet et vindue ind i den normale verden."

5.3 Intensive ydelser og døgnbehandling

Af de 26 interviewede kvinder har otte været indskrevet i stoffri døgnbehandling under deres graviditet og/eller i umiddelbar forlængelse efter mor og barns udskrivning fra hospital efter fødslen. I samtlige disse døgnbehandlingsforløb har kvinderne haft deres barn/børn med, og i enkelte tilfælde har også barnets far været indskrevet. Disse kvinder er gennemsnitligt noget ældre end kvinderne beskrevet i det foregående afsnit. Sammenlignet med gennemsnitsalderen for kvinder indskrevet i stoffri døgnbehandling i Danmark, som i 2005 var 32 år (Pedersen & Villumsen, 2006), har disse gravide/nybagte mødre dog været noget yngre. Ophold på en døgninstitution i forbindelse med graviditet og fødsel er typisk af længere varighed – for de interviewede kvinder mellem et halvt til et helt år i behandling, og derefter vil der ofte have været en periode i udslusningsbolig eller andre semibeskyttende foranstaltninger.

Som beskrevet er kvinderne i undersøgelsesgruppen generelt svagtstillede i forskellige henseender omkring graviditetstidspunktet. Ikke mindst de kvinder, der har været i stoffri døgnbehandling, er kendetegnet ved betydelige problemer og belastninger på en række områder. De er alle i forhold, som er præget af partnerens misbrug. To kvinder havde deres partner med i stoffri døgnbehandling, begge disse forhold blev opløst under eller kort efter døgnbehandlingsforløbet. En yngre kvinde fortæller om sine forventninger til, at hun og partneren blev bevilliget døgnbehandling sammen og om den betydning, det kan have for et parforhold:

Jeg sagde så til ham: 'Vi tager derned sammen, men jeg er ikke sikker på, at vi tager hjem sammen.' Mens vi så var dernede, gik jeg så fra ham og sagde: 'Nu har vi prøvet i seks år og har ikke kunnet finde ud af det overhovedet, måske er løsningen, at vi skal gå fra hinanden.' (...) Et misbrug ødelægger ethvert forhold, det er ikke nemt at holde gang i noget som helst. Man bliver mistroiske overfor hinanden og tror, at man snyder hinanden hele tiden, og det gør man jo egentlig også, lyver og ... det er sådan noget rigtigt... et rigtigt usundt forhold. (E:25).

De kvinder, der kom i døgnbehandling, havde haft et massivt misbrug af flere forskellige rusmidler i en kortere eller længere årrække. De begyndte typisk at indtage rusmidler i en alder af 12- 13 år. Op til deres seneste graviditet havde de et brug af både legale og illegale rusmidler, overvejende alkohol, metadon, benzodiazepiner, kokain, amfetamin, heroin, hash og typisk i form af kombinationer af deres særligt foretrukne stoffer. Også under graviditeten har de i større eller mindre omfang brugt et eller flere af disse rusmidler, nogle kontinuerligt, andre episodevis, men ofte massivt. Flere af kvinderne har været i nedtrappingsforløb eller afrusning under og/eller efter graviditeten. En del har berettet om indlæggelser på psykiatrisk hospital på baggrund af psykoser, selvskadende adfærd, selvmordstanker samt depression i årene op til den seneste graviditet og for en enkelt kvindes vedkommende også efter fødslen.

Deres sociale netværk har på tidspunktet for graviditeten været præget af, at de har været i aktivt misbrug og dermed har det typisk bestået af relationer indenfor misbrugsmiljøet. Deres familierelationer og mulighed for støtte herfra er generelt præget af manglende eller yderst ustabil kontakt til forældre og søskende, som for en dels vedkommende også er misbrugere.

De døgnbehandlingsforløb, kvinderne beskriver, er alle foranledigede af behandleres vurdering af, at ambulante behandling ikke i tilstrækkelig grad kunne støtte op om de enkelte kvinders sociale, fysiske, mentale og/eller misbrugsmæssige situation på det pågældende tidspunkt. Der er således tale om kvinder, hvis livssituation omkring deres graviditet og fødsel har været særligt belastet, hvorfor beslutningen om stoffri døgnbehandling er blevet anset for den bedst mulige løsning af hensyn til såvel mor som barn.

I det følgende præsenteres to casebeskrivelser omhandlende en ung kvinde og en lidt ældre. De formidler på hver deres måde et indblik i de komplekse problemer og særdeles vanskelige situationer, som karakteriserer disse kvinders liv omkring graviditeten og efter fødslen, men også det forandringspotentiale de besidder, selvom det i perioder har nødvendiggjort en massiv, men som regel også en velvilligt imødekommende indsats fra behandlingssystemets side.

Case 3: Cecilie

Cecilie er i dag 24 år, hun bor alene med sit barn på 3 år. Hun har haft et misbrug af alkohol og stoffer siden 13 års alderen, med alkohol som det primære rusmiddel, men også hash og kokain har været stærkt inde i billedet. Hendes opvækst er præget af begge forældres massive og omsiggri-

bende alkoholmisbrug, hvilket blandt andet har betydet, at hun har tilbragt en stor del af sin barndom og ungdom på forskellige institutioner. Gennem hele sin ungdom har hun desuden været ind og ud af psykiatriske hospitaler på grund af selvmordsadfærd og psykotiske episoder.

Da Cecilie fandt ud af, at hun var gravid, var hun lige gået fra sin kæreste. Hun var ikke tvivl om, at hun ville beholde barnet, men erkendte også, at hun havde brug for hjælp og støtte til at klare sig. Hun holdt på eget initiativ op med at tage stoffer og drak betydeligt mindre end tidligere. Hun og kæresten prøvede at finde sammen igen, og de blev begge indkaldt til møde på kommunen med nogle for dem helt fremmede personer. Her modtog de besked om, at det var blevet besluttet, at hvis ikke Cecilie indvilligede i at få foretaget en abort, så ville graviditeten ende med en tvangsfjernelse af barnet. Beslutningen var baseret på, at hun havde været 'inde i det psykiatriske', havde haft et misbrug og selv var opvokset i et hjem med misbrug og omsorgssvigt. Mens Cecilie godt kunne forstå de kommunale embedsfolks bekymring og også var indstillet på at følge kravene om afholdenhed fra stoffer og alkohol samt forholdt sig positivt over for at aflægge hyppige urinprøver, var hun på den anden side både forundret og frustreret over, at ingen var interesseret i at høre, hvad hun selv og kæresten havde tænkt og forestillet sig. Der var ingen dialog og på ingen måde lagt op til, at parret havde eller ville få den mindste indflydelse.

Med de betingelser, kommunen stillede op, måtte Cecilie indse, at der ikke var udsigt til, at hun ville få lov til at beholde barnet efter fødslen. Hun fik dog at vide, at der var en chance for, at hun ville få lov til at se sit barn efter fødslen, hvis hun holdt sig stof- og alkoholfri. Cecilie var imidlertid indstillet på at kæmpe for at beholde sit barn og sørge for, at det fik et andet liv, end det hun selv havde haft. Hun besluttede derfor at flytte til den by, hun var opvokset i, og hvor moderen stadig boede. Dermed valgte hun også endegyldigt at forlade barnets far, som i adskillige tilfælde havde været voldelig over for hende. I forbindelse med flytningen kontaktede hun sin gamle praktiserende læge. Han var til hendes store lettelse meget forstående og henviste hende til den amtslige specialenhed for gravide med misbrug, som derfra overtog kontakten. I dette regi var der ifølge Cecilie ingen tale om en fremtidig tvangsfjernelse, derimod følte hun sig i vid udstrækning inddraget i processen og udformningen af en behandlingsplan, der sigtede på, at hun efter fødslen skulle indskrives i døgnbehandling sammen med barnet. Som hun selv forklarer det, var hun sig fuldt bevidst om, at for at kunne tilbyde det kommende barn en tryk og stabil tilværelse, havde hun selv brug for intensiv behandling både i forhold til sit misbrug, men også i

forhold til at arbejde med sin fortumlede og traumatiske opvæksthistorie. Rent psykisk var det derfor en stor aflastning at vide, at hun efter fødslen ville kunne opholde sig i trygge rammer: ”Det er selvfølgelig sådan lidt trist, men jeg har altid boet på institution og vidste, at man kunne få hjælp på den måde. Jeg kendte ikke rigtigt til behandlingen som sådan, altså misbrugsbehandling, men fik forklaret om forskellige muligheder, blandt andet om ’mor-barn hjem’, men det ikke var den vej, jeg ville. Jeg ville gerne have noget terapi og hjælp.”

Der var specielt én medarbejder fra specialenheden, som Cecilie knyttede sig til. Hun oplevede det desuden som en stor støtte, at der var mulighed for at komme i kontakt med medarbejderne døgnet rundt, også i weekenderne. Selvom hun var flyttet i egen lejlighed, blev hun således fulgt tæt af medarbejderne, og hun begyndte i denne periode også at kunne glæde sig til at blive mor. Hun var både stolt, glad og spændt på at overstå fødslen og følte, at de kampe hun kæmpede med sig selv både var for hendes egen og barnets skyld. Én ting, hun imidlertid valgte at holde hemmeligt for behandlerne og andre professionelle var, at hun stadig drak – overvejende i weekenderne og som regel sammen med sin mor. Men da hun en aften midt i graviditeten lod sig friste til at tage kokain, blev hun efterfølgende så bange for, at der kunne være sket noget med barnet, at hun valgte at fortælle det til den medarbejder, som fulgte hende. Det resulterede i en ny plan baseret på en fælles beslutning om at fremrykke indskrivningen i døgnbehandling til et par måneder før forventet fødsel.

Da Cecilie kom i døgnbehandling, havde hun svært ved at indgå i de behandlingsmæssige gruppesammenhænge. Hun brugte mere tid på at ’bygge rede’ og forberede sig på det kommende barn. Men efter fødslen begyndte hun for alvor og aktivt at indgå i de terapiforløb, der sigtede på at styrke hendes personlige udvikling og selve misbrugsbehandlingen. Efter døgnbehandlingsforløbet, der kom til at strække sig over næsten et år, blev hun sammen med datteren overflyttet til en udslusningsbolig.

Her tre år efter fødslen har hun stadig opfølgende møder med kontaktperson og behandler fra døgninstitutionen. Hun beskriver relationen til behandlerne som en betydningsfuld kilde til støtte i dagligdagen, om end en støtte hun efterhånden har mindre og mindre brug for. I et tilbageblik over det samlede forløb fremhæver hun tre ting, som hun tilskriver afgørende betydning for, at hun og datteren i dag er sammen og trives godt. Det er for det første, at der undervejs var nogen, der valgte at tro på, at hun var i stand til at kæmpe sig ud af sit liv som misbruger. For det andet, at der var nogen,

der kunne se hende som andet end blot en psykisk syg kvinde med et kaotisk misbrug, en opvækst på institutioner og en voldsdom i bagagen. Og for det tredje, at der var nogen, der kunne se, at de stod med en kvinde med drømme og en vilje til at kæmpe for et andet liv, og at de valgte at støtte hende i den kamp. Cecilies sagsbehandler har siden hen fortalt, at da de mødtes første gang, havde hun været både bekymret og skeptisk og tænkt ved sig selv: ”Hende der! Skal hun have et barn!” Men som Cecilie konkluderer, var der som sagt ”heldigvis nogen, der kunne se, at jeg så gerne ville det, at jeg så gerne ville hjælpen og viste det (...) De havde nok set min styrke og glæde og så samtidig, at jeg havde brug for hjælp.”

Den relation, Cecilie indgår i med misbrugsbehandlere og kommunale behandlere under graviditeten, beskriver hun på følgende vis: Hun oplever, at hun og misbrugs- og sagsbehandlerne har et fælles mål med forløbet, nemlig at mor og barn skal forblive sammen, og at relationen er så tryk, at hun tør kontakte misbrugsbehandleren i det øjeblik, hun tager stoffer. Relationen kan fastholdes i kraft af, at episoden både håndteres med alvor, men også i kraft af at det fælles mål ikke fraviges. Til trods for at relationen til misbrugsbehandlerne af Cecilie beskrives som positiv og understøttende, undlader hun ikke desto mindre at fortælle om sit brug af alkohol under graviditeten, men hun er til gengæld klar over, at hun har brug for intensiv terapi, hvilket hun især efter fødslen lægger stor energi i.

Hvor Cecilies forløb har resulteret i, at hun har sit barn hos sig og er fri af sit misbrug, så beretter Jenny om et noget andet forløb.

Case 4: Jenny

Jenny er 38 år og har tre børn. På interviewtidspunktet har hun ingen af børnene hos sig. Den yngste bor hos faderen, de to ældste er i plejefamilie. Hun har gennem mange år haft et misbrug primært af heroin, men også af benzodiazepiner og smertestillende medicin. Ingen af hendes graviditeter har været planlagte.

Under sin seneste graviditet, som hun opdagede ret sent, indtog hun jævnligt heroin, og det eskalerede hen imod slutningen af graviditeten. Under fødslen fik barnet for lidt ilt og kom til verden med abstinenser. Barnet svævede i de første dage mellem liv og død. Jenny blev i løbet af den første uge efter fødslen trappet ned med metadon og kom i kontakt med amtets specialtilbud til gravide med misbrug. Medarbejderne besøgte jævnligt Jenny i den periode, hvor hun var på sygehuset for at være sammen med datteren, der var indlagt på neonatalafdelingen.

Om den første tid efter fødslen fortæller Jenny: ”Jeg var jo også på hospitalet hele tiden. Det var ikke sådan, at jeg drøede rundt og lige skulle et eller andet. Jeg havde heller ikke lyst til at tage noget [stoffer]. Det havde jeg ikke (...). Selvfølgelig var der alt det der med [mit barn] og alle bekymringerne, men jeg syntes i det hele taget, at det var (...) enormt trygt at være der”. På sygehuset indledtes et samarbejde mellem misbrugsbehandlere, læger, jordemoder og sygeplejersker, repræsentanter for kommunens børne- og ungeudvalg og den kommunale sagsbehandler. Jenny mente selv, at hun skulle hjem i sin lejlighed med barnet, og at hun ville kunne klare sig med lidt ekstra støtte i hjemmet, men måtte indse, at det ikke skønnedes forsvarligt: ”De ville ikke lade mig tage [barnet] med. På grund af at jeg var misbruger og af hensyn til barnet.” Hun blev derimod tilbudt et stoffrit døgnbehandlingsforløb, hvilket hun, set i lyset af at alternativet ville være, at hun ikke fik barnet med hjem, modvilligt accepterede. Jenny havde tidligere været i familiepleje med børnene og havde i den forbindelse været stoffri i længere og kortere perioder. I denne omgang blev det besluttet, at hun skulle have de to yngste af sine børn i døgnbehandling. Om forløbet, som strakte sig over mere end et år, fortæller hun:

”Det har jo været en lang, lang vej – en lang, lang rejse, dette her. (...) Man kan jo så sige, at alle de ting, der sket omkring mit mellemste barn, der var abstinensbarn, hvor jeg kom i familiepleje, og så fik egen lejlighed (...), det var jo ikke behandling, det var jo mere opbevaring (...). En ting er jo at smide sine stoffer, det har jeg jo gjort mange gange. Og det kan alle jo gøre. Alle kan jo smide deres stoffer i en kortere eller længere periode. Men grunden til at tage stofferne og hvorfor man tager stofferne (...) stofferne er jo ikke problemet. Jeg har jo problemet, jeg har jo noget, jeg ikke kan finde ud af. Det er jo derfor, jeg tager stoffer, det blev der aldrig snakket om eller noget som helst. Det startede jeg jo egentlig først på, da jeg kom på døgninstitutionen med børnene. Ja, jeg synes, at langt, langt hen ad vejen fik jeg jo fat, rigtig godt fat også i forhold til stofdelen (...). Mens jeg var på hospitalet med den yngste, følger jeg jo min nedtrapning og tager ikke noget. Det første år tager jeg heller ikke noget. Der synes jeg egentlig, at det går sådan rimeligt. Og så synes jeg, at det hele ramler sammen på et tidspunkt. Der er så mange ting, og det er så voldsomt. Én ting er stofdelen, som selvfølgelig er en kæmpedel af mit liv, og så er der så børnedelen (...), og alle de andre ting. På et tidspunkt synes jeg bare, at det hele ramler, jeg kan ikke finde ud af en skid. Kan ikke finde ud af at være ordentlig mor, kan ikke finde ud af terapiformen, kan ikke finde ud af stoftrangen, alt muligt. Det hele ramler (...), og jeg får ikke snakket med nogen om det eller noget som helst. Og så lige pludselig kan det hele bare være lige meget: Mine børn ville have det meget bedre uden mig, jeg har jo heller ikke noget liv (...) Og jeg tror egentlig, at det, der ligger i det, er igen den der med, at jeg ikke kan finde ud af den stoftrang. Når tingene er svære, og når tingene gør ondt, så plejer jeg at tage stoffer, ikke (...). Mit hoved og mine følelser hænger ikke sammen på det tidspunkt. Jeg ved ikke (...), men det bliver i hvert fald sådan, at nu vil jeg tage livet af mig selv, simpelthen. Jeg tager væk fra døgn-

institutionen, får købt nogle stoffer, tager heroin og så må det være det. Slut. Ikke mere smerte, ikke mere føle, ikke en skid mere. Og så vågnede jeg op næste morgen! Pis! Og så alligevel: 'Hvad fanden er det, du har gang i!' Jeg bliver enormt forskrækket over mine egne handlinger og enormt ked af det og ringer til døgninstitutionen og siger: 'Hvor er mine børn henne?'

Efter denne episode kom Jenny tilbage på døgninstitutionen igen og fortsatte behandlingsforløbet. Halvandet år senere flyttede hun i en udslusningsbolig og begyndte igen at tage stoffer. Først i det små og siden oftere og oftere. Denne gang ønskede døgninstitutionen ikke, at hun skulle fortsætte forløbet. Der blev holdt et møde med Jennys behandlere fra amtet og kommunens sagsbehandler:

R: 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. Alt det jeg har været igennem og budt mine børn og alle de der ting. Og alligevel fik jeg chancen for endnu engang at komme af sted med mine børn. Så siger misbrugsbehandleren, at hun syntes, det allerbedste ville være, hvis jeg kom et sted hen, ikke så lang tid og fik noget ro helt uden børn, for det, hun kunne se, var, at det var den der 'misbrugsdel', jeg skulle have fat i. 'Mor-delen' var der jo ikke noget at udsætte på, det gik jo.

I: Hvordan var det at høre det? Var du enig med hende?

R: Jamen, det var jeg jo enig med hende i. Forløbet på døgninstitutionen havde jo også udviklet sig. Selvfølgelig havde der været nogle huller, og jeg havde stået i stampe nogle steder, men det havde jo hele tiden udviklet sig, og jeg var jo ikke i tvivl om, at jeg kunne de der 'mor-ting'. Slet, slet ikke. Overhovedet ikke. Men det var jo bare fandens med de der stoffer. De blev ved med at komme ind over. Der var nogle ting, jeg ikke kunne finde ud af. Så tanken var jo ikke sådan helt fjern. Men jeg vidste jo også, at det ville være frygteligt. Jeg havde jo aldrig været væk fra mine børn, aldrig. Men for en periode tænkte jeg, at jo, hvis det er det, der skal til.

Foranlediget af misbrugsbehandlerne fra specialtilbudet til gravide misbrugere fik Jenny bevilliget et ophold på en stoffri døgnbehandlingsinstitution uden sine børn med henblik på at håndtere og forebygge sit brug af heroin. Samtidig med at hun oplevede, at behandlingen styrkede hende, havde hun dog i perioder svært ved at acceptere, at andre bestemte over hende og børnene:

Selvfølge har jeg været styret af systemer og sådan noget, sagsbehandlere, i forhold til hvor jeg har været henne og sådan nogle ting, selvfølge 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. Både i forhold til, at: 'Nå, men der er nogle rammer her, der er nogen, der bestemmer, og det må jeg få det bedste ud af. Det er nok nemmere at gå med strømmen end imod strømmen.' Og det tror jeg også, at man kommer længst med. Ikke at man altid er enig! Uha-uha, det har jeg sgu ikke altid været, nej (...). Jeg har følt mig låst og har været i de der rammer, men den eneste, jeg kan skyde skylden på, om man så må sige, er jo mig selv. Det er jo ikke sagsbehandlerens skyld, det er jo ikke ungerens skyld, det er jo ikke behandlingsstedets skyld. Det er jo min skyld!

Kendetegnende for Jennys historie er, at hun oplever, at de planer, der bliver lagt i forhold til hendes behandlingsforløb, i et vist omfang søger at inddrage hendes egne ønsker. Især var det vigtigt for hende at blive sammen med sine børn. Samtidig lægger Jenny ikke skjul på, at hun undervejs har indvilliget i planer lagt af andre, ikke fordi hun ønskede at leve op til planerne, men med det formål at undgå at få fjernet børnene. I det beskrevne forløb mente de sociale myndigheder og misbrugsbehandlerne ikke, det var forsvarligt at lade hende komme hjem med børnene, men hun fik derimod mulighed for at få dem med på døgnbehandlingsinstitutionen. Da det efter et længere behandlingsforløb med fokus på familiebehandling blev tydeligt, at hun havde svært ved at magte tilværelsen uden brug af stoffer, blev det besluttet, at hun skulle alene i behandling for at lære at håndtere sit forhold til brug af rusmidler. Jennys fortælling illustrerer, at de professionelle indstilling og de tiltag, de har været med til at sætte i værk, har betydet, at hun har kunnet betragte dem som allierede. Selv når tingene gik galt, har hun haft tiltro og tillid til, at de ikke bare har handlet for at varetage børnenes tarv, men også i forhold til hendes velbefindende og interesser.

5.4 Opsamling på forløbstyper

Livssituationen i tiden omkring deres seneste graviditet har for en stor del af undersøgelsesdeltagerne været præget af problemer på en række fronter. Indskrivning i døgnbehandling kan i den forbindelse ses som systemets mest radikale svar på at hjælpe en gravid kvinde med kaotiske livsforhold. Døgnbehandling med fokus på gravide kvinders problemer repræsenterer og anvendes således som en foranstaltning, der forventes at tage hånd om kvindens hele livssituation: hendes misbrug, hendes forhold til børn, hendes sociale kompetencer, boligsituation, økonomi og mentale tilstand. Både kontrollen og kontakten kan være langt mere omfattende på en døgnbehandlingsinstitution, end det er muligt at praktisere i en ambulans sammenhæng.

De beskrevne forløb, hvor døgnbehandling har været et centralt led, illustrerer, at kvinderne her har oplevet, at de i deres relation til det behandlingspersonale, der er deres nærmeste kontaktpersoner, er blevet taget alvorligt som mødre. Denne relation anses som et afgørende udgangspunkt, for at indsatsens formål, herunder det pædagogiske sigte med at styrke moderen selv samt styrke og fastholde relationen mellem mor og barn i barnets første leveår, giver mening for moderen. Opholdet i et stoffrit og terapeutisk miljø, hvor der således er opmærksomhed på både mor og barn, har vist sig at have den tilsigtede støttende og relationsstærkende funktion.

Med Cecilies historie in mente, hvor der indledningsvist var stor afstand mellem myndighedernes mål og hendes mål med graviditetsforløbet, understreges, at det kan have stor betydning for forløbet, at behandlerne og kvinden i et eller andet omfang kan skabe og arbejde ud fra et fælles mål. Dette kan muligvis være afgørende for, hvor dramatisk eller udramatisk forløbet bliver for kvinden, hendes børn og partner. Samtidig illustrerer det, at brugen af rusmidler er en potent risikofaktor i disse forløb. En faktor hvis potentielle indflydelse i forløbet måske i nogle tilfælde undervurderes både af kvinden selv og af behandlerne.

Cecilie og Jennys fortællinger repræsenterer to meget forskellige forløb om bevægelsen væk fra et kaotisk liv med misbrug af rusmidler og massive problemer på en række andre områder. Begge kvinder har oplevet, at de selv har en stor andel i denne forandring, men samtidig at den ikke kunne være kommet i stand, såfremt der ikke havde været behandlere og andre myndighedspersoner, der havde tiltro til og givet dem mulighed for at forandre deres tilværelse.

Nogle af de spørgsmål, der melder sig, er, hvordan man i en behandlingsmæssig sammenhæng, i lyset af kvindernes ofte svingende motivation og ressourcer, har mulighed for at fastholde en tro på og tillid til, at kvinden kan og vil forandre sig. Og hvorledes man på én og samme tid kan formå at tage vare på både kvinden og hendes integritet, det ufødte og/eller nyfødte barn og kvindens eventuelt ældre børn?

For os at se, giver fortællingerne ikke nogen entydige svar, men samlet set viser vores materiale, at individuelt tilpassede indsatser og forløb af både mere og af mindre intensiv karakter kan have en positiv effekt for nogle kvinder og deres børn. Anden forskning har i den forbindelse dokumenteret, at kvinder, der har deres børn med sig i stoffri døgnbehandling, generelt bliver længere tid i behandling, har færre depressive symptomer og mere positiv selvopfattelse end kvinder, der ikke har deres børn med i behand-

ling (Hughes et al. 1995; Wobie et al. 1997). At lade moderen fastholde relationen til og samværet med barnet kan naturligvis, alt efter situationen og moderens og barnets tilstand, have både positive og negative effekter på henholdsvis moderen, barnet og deres indbyrdes relation. Vores materiale viser, at for nogle kvinder har det at bevare kontakten og relationen til barnet/børnene en positiv indflydelse på behandlingsprocessen generelt. Samtidig er vi klar over, at vi i denne rapport præsenterer historierne fra moderens vinkel, og at forløbene og fortællingerne formentlig ville være anderledes, hvis de blev beskrevet fra henholdsvis børnenes eller behandlingssystemernes perspektiv. Samtidig kan der med henvisning til Jennys case stilles spørgsmål til, om det at have børn med i døgnbehandling i et vist omfang kan risikere at skygge for, at andre problematikker, herunder problemstillinger i forhold til misbruget, ikke bliver tilstrækkeligt anerkendt og bearbejdet.

Set fra systemets og behandlernes side vil dilemmaet typisk bestå i en balancegang mellem at bevare kvindens tillid og hensyn til barnet, samtidig med at man skal forholde sig til den potentielle risiko, som moderens genoptagelse af brug af rusmidler vil være undervejs i graviditetsforløbet. For det er evident, at opvækst og samliv med en stof- eller alkoholmisbrugende forælder kan være en stor belastning for et barn (Lindgaard 2002). For Cecilie kunne alternativet til den behandling, hun med sin flytning opnåede at få, meget sandsynligt have resulteret i en graviditet med et betydeligt stressniveau og større indtag af rusmidler end tilfældet blev, samt at den varslede tvangsfjernelse af det nyfødte barn var blevet bragt til fuldførelse, hvilket igen ville kunne have en negativ effekt på tilknytningen til det kommende barn. Raskin (1992) fremhæver i den forbindelse, at tilknytningen til det kommende barn kan blive forstyrret, hvis kvinden er usikker på, hvorvidt hun får lov til at beholde barnet. For Jenny kunne alternativet til døgnbehandling sammen med børnene muligvis have været en anbringelse af børnene i en plejefamilie. En anbringelse af børn ved en tvangsforanstaltning kan være en kilde til både skam og sorg for moderen, hvilket i sig selv kan forøge risikoen for genoptagelse af et misbrug eller forøgelse af et aktuelt misbrug af stoffer (Raskin 1992). Således kan behandlingsmæssige beslutninger i den enkelte sag have en række tilsigtede effekter og en række potentielt utilsigtede effekter på henholdsvis kvinden, barnet, relationen mellem de to og relationen til indsatssystemet. En tilsigtet effekt af en anbringelse i døgnbehandling kunne være, at en kvinde formår at fastholde afholdenhed fra rusmidler i en periode, hvorved både moderens og barnets helbred beskyttes. Et eksempel på en utilsigtet effekt af en behandlingsmæssig indsats kan være, at en kvinde på baggrund af frygt for fjernelse af

børn ikke etablerer et tillidsforhold til de berørte professionelle, og at hun ved brug af stoffer eller alkohol ikke opsøger relevante behandlingstilbud; et andet eksempel kunne være, at en anbringelse af kvindens børn vanskeliggør opbygningen og vedligeholdelse af en relation mellem mor og barn. En relation, der også for det sårbare barn kan have en beskyttende effekt (Thormann 2006).

For nogle kvinder, blandt andet Jenny, bliver dét at give afkald på sit barn/børn for en kortere eller længere periode imidlertid resultatet af erkendelsen af, at hendes ustabilitet er til skade for børnene, og at hendes egne ressourcer ikke slår til. Tre af de otte kvinder, der har været indskrevet på en døgnbehandlingsinstitution i forbindelse med graviditeten, har på interviewtidspunktet ingen af deres børn boende hos sig. Disse tre kvinder har, siden det døgnbehandlingsforløb der blev iværksat i forbindelse med deres yngste barns fødsel, haft kortere eller længere misbrugsperioder. Kvinderne har i den forbindelse selv taget skridt til, at deres børn enten bor hos en plejefamilie eller hos deres far. En kvinde fortæller her om baggrunden for det vanskelige valg, hun traf, efter hun og hendes nye kæreste forsatte med at tage stoffer efter hendes seneste døgnbehandling.

Jamen, så kørte vi jo videre, og hele tiden sagde vi: 'Så stopper vi [med at tage stoffer] Når mit barn kommer hjem, så stopper vi', for så kan vi jo ikke fortsætte, når [barnet] er der. Det havde jeg jo prøvet så mange gange, og det dur ikke. Så kom [barnet] hjem, flyttede ind og alt det der. Så gik der to måneder, så tænkte jeg: 'Det her skal [barnet] bare ikke være med til igen! Vi formår jo ikke at stoppe. Vi formår ikke at bede om hjælp. Vi formår ikke en skid. Og det her skal [barnet] bare ikke være med til'. Så op til min sagsbehandler(...) og sige: 'Dette her gider jeg ikke. Vi er på [i misbrug], og mit barn skal ikke være med til dette her mere, så [barnet] skal tilbage i familiepleje.' Det var hårdt, det var dæleme hårdt. Og selvfølgelig skulle [mit barn] aldrig have været igennem sådan noget, men alle de dér ting kan man jo først se bagefter. Vi var jo hver gang helt sikre på, at *nu* stopper vi. (H:38).

De præsenterede cases viser, at de behandlingsmæssige beslutninger, der tages omkring gravide med misbrug af rusmidler, er behæftet med en risiko for, at de ønskede behandlingsmæssige resultater ikke opnås. Samtidig illustrerer de i lighed med mange af de øvrige interview, at det kan udløse uventede ressourcer hos kvinden, at der tages hensyn til hendes ønsker og behov.

De kvinder, der blev indskrevet i stoffri døgnbehandling i forbindelse med graviditet og fødsel, var ud over deres brug af rusmidler belastede af problemer på en række områder. På interviewtidspunktet var de fleste af disse

kvinder ude af deres misbrug, i arbejde eller i gang med en uddannelse. Nogle er fortsat i kontakt med systemet, andre har i årevis klaret sig selv. En ung kvinde, der fortæller om tilfredsheden ved at være i stand til at påtage sig almindeligt lønnet arbejde og derved gøre sig uafhængig af offentlige ydelser, skal afslutningsvis have ordet:

Jeg synes også, at det er dejligt at være ude af det system (...). Bare det at komme ud og arbejde, komme ud af bistanden, det var en kæmpesejr. Og så (...) i efteråret sagde jeg til min behandler, at nu gad jeg ikke mere, nu havde jeg aftjent min værnepligt. Jeg skulle nok ringe til hende, hvis det var, at der blev noget. (G: 25 år).

5.5 Afrunding: motivation – barrierer – udfordringer

Som det er blevet beskrevet, har indgangen til og motivationen for at modtage forskellige former for særtilbud og behandling under graviditeten været forskelligt begrundet af de kvinder, som har deltaget i undersøgelsen. Nogle har forud for graviditeten været indskrevet i misbrugsbehandling, nogle har selv taget kontakt til behandlingssystemet/svangretilbud, eller de er blevet henvist af andre, fx praktiserende læge. Disse kvinder har været klar over, at de havde brug for særlig støtte og/eller fastholdelse i en allerede opnået misbrugsfri tilværelse af hensyn til barnet. De har således også været indstillede på og gennem kontrol ønsket at dokumentere deres afholdenhed. Deres primære motivation har været at skabe det bedste forløb for barnet fra starten, og de har både forventet og i de fleste tilfælde oplevet, at de indgik i et samarbejde med de specifikke specialtilbud.

Flere kvinder har i forbindelse med de rutinemæssige jordemoderundersøgelser og/eller på baggrund af myndighedernes kendskab til deres tidligere misbrug fået tilbudt særlig ydelser. Men, som det er blevet illustreret, opleves det af kvinderne som særlig vigtigt, at ydelsen er et reelt tilbud og ikke en tvangsforanstaltning.

I en del tilfælde har kontrollen af misbrugsstatus været et krav fra de sygehusbaserede specialtilbud, og i visse tilfælde har det at indgå i behandlingsforløb, herunder med jævnlig urinkontrol, også været foranlediget af kommunale myndigheder, som med henvisning til forældremyndighed over andre børn og/eller det ventede barn har krævet, at kvinden kunne bevise, at hun kunne blive og forblive misbrugsfri. For flere kvinder er behandling således blevet opstillet som eneste alternativ til tvangsfjernelse af deres børn. Som det er beskrevet, har denne form for ultimatum i mange tilfælde udgjort en yderligere belastning og stressfaktor igennem graviditeten og sat sine spor i lang tid efter fødslen. Kontrol af misbrugsstatus uden opfølgen-

de misbrugsbehandling eller særlige støtteforanstaltninger for kvinder, der ikke umiddelbart har formået at indstille deres misbrug, eller som har haft tilbagevendende stofepisoder, synes i bedste fald at ske på bekostning af en tillidsfuld samarbejdsrelation med sundhedspersonale og behandlere, i værste fald at den oplevede psykiske belastning udløser et mere kaotisk misbrug på linje med de kvinder, som har hemmeligholdt deres misbrug. Flere af de kvinder, som ikke formåede at stoppe misbruget, mens de var i ambulante forløb, fik efterfølgende tilbudt døgnbehandling.

På baggrund af kvindernes erfaringer med indsatsystemet i forbindelse med deres graviditeter, vil vi til slut samle op på, hvad der i deres øjne fremstår som særlige indre og ydre barrierer for at opsøge, indgå i og profittere af tilbud:

- Frygten for, at barn/børn vil blive fjernet.
- Moraliseren samt trusler om, at barn/børn vil blive fjernet fra professionelt hold.
- Frygten for samt konkrete oplevelser med, 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 tilstrækkelig 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 misbrugsbehandling/døgnbehandling er/kan indebære.
- Eget eller partnerens misbrug af rusmidler kan opleves som en hindring for at opsøge behandling.

Hvad der set fra kvindernes perspektiv udgør aktuelle eller potentielle barrierer, kan betragtes som udtryk for de udfordringer, som systemet og de professionelle står med i forhold til at hjælpe og støtte gravide kvinder med misbrugsproblemer.

Appendiks

Bilag 1:

Kort og generelt om interviewpersonerne

Vi har interviewet 26 kvinder i alderen 19 til 43 år, heraf var halvdelen under 30 år på interviewtidspunktet. De har alle haft et misbrug af enten illegale rusmidler og/eller alkohol forud for eller i forbindelse med graviditet og fødsel, og alle har i den forbindelse været i kontakt med misbrugsbehandling eller et særligt svangretilbud.

Arbejde, uddannelse og indtægt

En stor del af kvinderne har aldrig haft kontakt med arbejdsmarkedet. Bortset fra fire kvinder, der har en kompetencegivende uddannelse, har resten af interviewgruppen afsluttet folkeskolen imellem 8.-10. klasse, enkelte har påbegyndt kortere uddannelser uden at fuldføre disse. På interviewtidspunktet er fem af de 26 interviewpersoner i almindeligt lønarbejde, herudover er fem i et uddannelsesforløb. De øvrige får kontanthjælp, sygedagpenge, er i aktivering eller modtager revalideringsydelse. Nogle få er stadig på barsel. En del af de kvinder, der er uden arbejde og på kontanthjælp, har enten aldrig været eller har i mange år ikke haft kontakt til arbejdsmarkedet.

Opvækstvilkår

Mange af interviewpersonerne beretter om en opvækst præget af ustabilitet og manglende omsorg. De fortæller om forældrenes misbrug af enten stoffer eller alkohol, fysisk afstraffelse fra faderens side og psykisk eller fysisk syge forældre – om skilsmisser, en stedfars eller brors seksuelle overgreb, forælders eller søskendes selvmord og anbringelser i plejefamilie eller på institution. En del er flyttet hjemmefra i 13-16 års alderen, typisk på grund af problemer med forældre. Enkelte oplyser at komme fra hjem uden særlige problemer. Enkelte blandt de ældre, men især de yngre mødre har forældre eller anden familie, som har hjulpet og støttet dem i dagligdagen, både da de var nybagte mødre, men også i forbindelse med at de har været i behandling for misbrug. Der er således for den samlede gruppes vedkommende tale om forskellige opvækstvilkår og stor variation i graden af støtte fra familien.

Stofmisbrug/alkoholmisbrug

Alle kvinderne har haft perioder med afhængighed og misbrug af enten stoffer og/eller alkohol. Størstedelen har haft et misbrug i mere end 10 år, enkelte beretter om perioder på op til mere end 20 år med brug af illegale rusmidler, heriblandt heroin. Andre har haft misbrug af alkohol, amfetamin og/eller hash i en kortere årrække. Der har for mange af de interviewede kvinders vedkommende ikke været tale om et jævnt og kontinuerligt forbrug, men kortere eller længere perioder med massivt misbrug afbrudt af kortere eller længere perioder uden brug. En af kvinderne har hash, en anden alkohol som eneste og foretrukne stof, men ellers har interviewpersonerne kombineret en række forskellige stoffer. Tre kvinder har haft alkohol som deres primære rusmiddel, dog ofte i kombination med benzodiazepiner, heroin, amfetamin og hash. En stor del af kvinderne beretter om en debutalder på 12-14 år for hash og alkohol, ofte er debutalderen for heroin, amfetamin og kokain noget højere. Almindeligvis har kvinderne som helt unge indgået i kammeratskabsgrupper/-sammenhænge, hvor indtagelsen af rusmidler var central/almindelig i en tidlig alder, enkelte fortæller, at de er blevet introduceret til stoffer af deres forældre, men det mere afhængighedsbaserede misbrug er typisk etableret gennem parforhold med misbrugende mænd. Flere af kvinderne har gennem flere år op til seneste graviditet således været i parforhold, hvor indtagelsen af stoffer var central for begge parter, det er også i disse forhold kvinderne beskriver, at de er blevet udsat for vold fra partneren. Vold har dog i samtlige tilfælde været udløst af indtagelse af alkohol.

Blandt de 26 interviewpersoner angav 20 at have indtaget illegale rusmidler og/eller haft episoder med massivt alkoholindtag under den seneste graviditet. Nogle fik metadon/blev nedtrappet med metadon under graviditeten, men har ofte suppleret med andre stoffer henholdsvis som enkeltepisoder med massivt brug eller kontinuert. De fleste formåede at ophøre eller nedsætte forbruget, da de opdagede, at de var gravide, og de fleste havde opført deres brug omkring fødselstidspunktet.

Børn

De 26 kvinder har tilsammen 47 børn i alderen 0 til 19 år. Lidt over halvdelen har på interviewtidspunktet 1 barn, en del har 2 – 4 børn, og en enkelt kvinde har 6 børn. Blandt kvinder med flere børn havde størstedelen fået børnene med forskellige fædre. Aldersmæssigt fordeler børnene sig således, at knap halvdelen er 5 år eller yngre.

31 af børnene bor hos moderen (og hendes eventuelle partner); 6 bor fast hos deres biologiske far; 2 børn, begge over 18 år, er flyttet hjemmefra og 8 børn er i plejefamilie. En del af de børn, der i dag bor hos deres mødre, har i kortere eller længere perioder boet hos kvindens forældre, hos bedsteforældre eller været på børnehjem, typisk på grund af moderens rusmiddelbrug eller på grund af hendes indskrivning i døgnbehandling. De børn, der bor hos faderen, er mellem 4 og 15 år, og de børn, der er anbragt i plejefamilie, er mellem 4 og 10 år. Langt de fleste af de interviewede kvinder har mindst et hjemmeboende barn, mens 4 kvinder ikke har nogen af deres børn boende.

Graviditet

Ud af de 26 interviewede kvinder havde kun de fire planlagt at få deres yngste barn. En stor del af kvinderne rapporterer om flere provokerede eller spontane aborter ved tidligere graviditeter. Omkring halvdelen af kvinderne opdagede, at de var gravide i første trimester, flere dog først omkring overgangen omkring tredje – fjerde måned, de øvrige blev klar over deres graviditet i 2. trimester, enkelte så sendt som i 6. og 7. måned.

6 af de 26 børn blev efter fødslen behandlet for abstinenser. Kvinderne kan fortælle om en række forskellige symptomer eller vanskeligheder hos deres børn, men hvorvidt disse er forårsaget af moderens indtagelse af rusmidler under graviditeten, fødselskomplikationer af forskellig art, eller der er tale om andre faktorer, der har påvirket barnets udvikling, har vi ingen forudsætninger for at bedømme.

Partner og samliv

På interviewtidspunktet boede 11 af de 26 kvinder alene med et eller flere børn, én kvinde boede alene uden børn, og én var i fængsel uden sine børn. 13 kvinder boede med partner, heraf boede de 6 sammen med barnets biologiske far. Forholdet til den biologiske far er for de øvrige kvinders vedkommende enten opløst under graviditet eller i løbet af det første år efter fødslen.

20 af de biologiske fædre til kvindernes yngste børn havde et tidligere eller aktuelt misbrug af alkohol og/eller stoffer. 8 af kvinderne havde forud for og/eller under graviditeten været udsat for vold fra barnets biologiske far. Mere end halvdelen af børnene har slet ingen eller ustabil kontakt med deres biologiske fædre. 3 af børnenes biologiske fædre døde under moderens graviditet. Andre årsager til 'ingen' eller ustabil kontakt forklares med misbrug, fængsel eller at pågældende ikke ved, at han er blevet far.

Ind i behandling

8 af de 26 kvinder var indskrevet i døgnbehandling eller ambulante misbrugsbehandling, da de opdagede, de var gravide. 14 kvinder blev indskrevet i misbrugsbehandling eller i specialtilbud til gravide på sygehuse under graviditeten, heraf modtog de fleste ambulante tilbud i form af særlige svangretilbud og/eller ambulante misbrugsbehandling, typisk i form af samtaler, antabus og/eller aflæggelse af urinprøver. Nogle var i stoffri døgnbehandling under graviditeten og/eller efter fødslen. Tre kvinder kom først i kontakt med misbrugsbehandlingen/særlige svangretilbud umiddelbart før eller efter fødslen, heraf var de to i aktivt misbrug under graviditet og op til fødsel. En enkelt af interviewpersonerne havde ingen kontakt med behandlingssystemet omkring sin graviditet og fødsel, men fik det senere.

Bilag 2: Interviewpersonerne fra A-Z

A: 24 år	Intensivt ambulat tilbud under graviditet. Længerevarende stoffri døgnbehandlings sidst i graviditet og efter fødsel. Stoffri i 3 år på interviewtidspunktet. Barn 3 år, hjemmeboende.
B: 36 år	Mindre intensivt ambulat tilbud under graviditet. Længerevarende stoffri døgnbehandlings sidst i graviditet og efter fødsel. Ryger hash dagligt på interviewtidspunktet. Barn 4 år, bor hos faderen.
C: 43 år	Metadonbehandling under graviditet. Længerevarende stoffri døgnbehandling efter fødsel. Stoffri i 12 år på interviewtidspunktet. Barn 15 år, barn 13 år, begge hjemmeboende.
D: 34 år	Indlagt på sygehus til afgang i 1. trimester. Stoffri døgnbehandling før fødsel. 'mor-barn'- institution efter fødslen. Stoffri i 1½ år på interviewtidspunktet. Barn 1½ år, hjemmeboende, aktuelt gravid.
E: 25	I stoffri døgnbehandling under graviditet og efter fødsel. Partner med i behandling indtil fødsel. Stoffri i 6 år på interviewtidspunktet. Barn 5 år, hjemmeboende.
F: 29	Indskrevet i stoffri døgnbehandling før og efter fødsel. Siden i udslusningsbolig. Er i løbet af det seneste år begyndt jævnligt at bruge hash og heroin. Barn 4 år, i familiepleje, barn 9 år, i familiepleje.
G: 25	Indskrevet i stoffri døgnbehandling under graviditet sammen med barnets far. Stoffri i 2 år på interviewtidspunktet. Barn 6 år, barn 4 år - begge hjemmeboende
H: 38	Indlagt til nedtrapning på sygehus umiddelbart før fødsel. Indskrevet i stoffri døgnbehandling efter seneste fødsel. Har været stoffri 1 år på interviewtidspunktet. Barn 19 år, udeboende; barn 10 år, i plejefamilie; barn 7 år, bor hos faderen.

I:30	Ambulant nedtrapning på metadon under graviditet, siden indlagt på sygehus under graviditeten. Stoppede med metadon efter fødsel, plejefamilie og 'mor-barn'-institution efter fødslen. Stoffri i 7 år på interviewtidspunktet. Barn 7 år, hjemmeboende, aktuelt gravid.
J: 31	Nedtrapning på metadon umiddelbart efter fødslen. Mor og barn anbragt i plejefamilie og derefter på 'mor-barn'-institution i perioden efter fødslen. Stoffri i 6 måneder på interviewtidspunktet. Barn 6 måneder, hjemmeboende.
K: 31	Ambulant behandling i graviditet, indskrevet på 'mor-barn'-institution kort før fødslen. Kort ophold på 'mor-barn'-institution efter fødslen. Stoffri i 1½ år på interviewtidspunktet. Barn 1 år, hjemmeboende.
L: 40	Ambulant nedtrapning på metadon under graviditet, længerevarende indlæggelse på sygehus under graviditet og efter fødsel. Indskrevet på 'mor-barn'-institution i periode efter fødsel. Stoffri 7 måneder på interviewtidspunktet. Barn 7 måneder, hjemmeboende. Har desuden voksent barn, udeboende.
M: 32	Ambulant behandling med antabus. Indskrevet på 'mor-barn'-institution efter fødslen, herefter støtteperson i hjemmet. Stoffri, antabus i 2 år på interviewtidspunktet.. 6 børn i alderen 1¾ -15; fire er hjemmeboende, to bor overvejende hos faderen.
N: 19	Ambulant behandling under og efter graviditet. Stoffri i 2 år ved interviewtidspunkt. Barn 1 år, hjemmeboende.
O:23	Ambulant tilbud under og efter graviditet. Stoffri i 4 år på interviewtidspunktet. Barn 3 år, hjemmeboende.
P:22	Ambulant tilbud efter graviditet. Stoffri 1½ år på interviewtidspunktet. Barn ½ år, hjemmeboende.
Q:37	Ambulant behandling under graviditet, kombineret med kortere indlæggelse på sygehus. Ambulant tilbud efter graviditet. Stoffri 5½ år på interviewtidspunktet. Barn 7 år, barn 3 år – begge hjemmeboende.

R:23	Ambulant tilbud under og efter graviditet. Stoffri i knap 2 år på interviewtidspunktet. Barn 1 år, hjemmeboende.
S:24	Ambulant tilbud på svangreafdeling under graviditet. Stoffri 5 år på interviewtidspunktet. Barn 3 år, hjemmeboende.
T:25	Ambulant tilbud under graviditeten, antabus. Støtteperson i eget hjem efter fødslen. Stoffri i 2½ år på interviewtidspunktet. Barn 5 år, barn 1 år – begge hjemmeboende.
U:27	Ambulant tilbud under og efter graviditeten. Stoffri knap 8 måneder på interviewtidspunktet. Barn 9 år, i plejefamilie; barn 7 år, i plejefamilie; barn 1 måned, hjemmeboende.
V:31	Ambulant tilbud på sygehus under graviditeten. Ambulant tilbud i misbrugsbehandlingen efter fødslen. Stoffri i knap 1½ år på interviewtidspunktet. Barn ½ år, hjemmeboende.
W:38	Ambulant behandling med metadon iværksat sent i graviditeten. Metadonvedligeholdelse på interviewtidspunktet. 4 børn i alderen 9-17 år, 1 hjemmeboende barn.
X:27	Ambulant misbrugsbehandling og ambulant tilbud på svangreafdeling under graviditet. Stoffri i godt 3 år på interviewtidspunktet. Barn 3 år, hjemmeboende.
Y:26	I metadonbehandling, nedtrapning i stoffri døgnbehandling under graviditet. Stoffri på interviewtidspunktet. Barn 4 år, på institution; barn 2 år, i plejefamilie. Aktuelt gravid.
Z: 42	Ingen behandling under graviditet Afholdende fra alkohol efter døgnbehandling i 2 år på interviewtidspunktet Barn 15 år, barn 5 år, barn 4 år – alle hjemmeboende

Litteratur

Abbey, A., Abramis, D. J. & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.

Boer, K., Smit, B. J., van Huis, A. M. & Hogerzeil, H. V. (1994). Substance use in pregnancy: do we care? *Acta Paediatrica Suppl.*, 83(404), 65-71.

Boyd, S. C. (1999) *Mothers and Illicit Drugs: Transcending the Myths*. Toronto: University of Toronto Press.

Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schonbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537.

Dahl, H. V. (2005). Stofbrug, stofafhængighed og substitutionsbehandling: fra morfin til metadon. *Psyke & Logos*. 26(1), pp 195-220.

Dahl, H. V. (2007). The methadone game. Control strategies and user responses. I: Fountain, J. & Korf, D.J. (Eds.) *Drugs In Society. European Perspectives*. Oxford, New York: Radcliffe Publishing.

Dahl, H. V. & Hecksher, D. (2006). *Gravide kvinder efter døgnbehandling for deres afhængighed af rusmidler*. Statusrapport. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Dahl, H. V. & Pedersen, M. U. (2006). *Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Daniels, C. R. (1997). Between fathers and fetuses: The social construction of male reproduction and the politics of fetal harm. *Signs*, 22(3), 579-616.

Hecksher, D. (2004). En beskrivelse af tidligere stofmisbrugere - på basis af en opfølgingsundersøgelse. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift*, 21(3), 215-230.

Hughes, P. H., Coletti, S. D., Neri, R. L., Urmann, C. F., Stahl, S., Sicilian, D. M. & Anthony, J. C. (1995). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: The effect of a child live-in program. *American Journal of Public Health*, 85(8), 1149-1152.

Kissin, W. B., Svikis, D. S., Morgan, G. D. & Haug, N. A. (2001). Characterizing pregnant drug-dependent women in treatment and their children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 27-34.

Knupfer, G. (1991). Abstaining for Foetal Health: the fiction for that even light drinking is dangerous. *British Journal of Addiction*, 86, 1063-1073

Murphy, S. & Rosenbaum, M. (1999) *Pregnant Women on Drugs: Combatting Stereotypes and Stigma*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Lindgaard, H. (2002). *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer - mestring og modstandsdygtighed*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Lupton, D. (2001). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage Publications.

O'Dell, K. J., Turner, N. H. & Weaver, G. D. (1998). Women in recovery from drug misuse: An exploratory study of their social networks and social support. *Substance Use & Misuse*, 33(8), 1721-1734.

Pedersen, M. U. (2000). *Stofmisbrugere - før under efter døgnbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, M. U. & Asmussen, V. (2002). *Metadon-projektet. Design og metode*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, M. U. & Villumsen, S. (2006). *DanRIS 2005 - STOF. Dansk Registrerings- og InformationsSystem*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Plant, M. & Plant, M. (1992). *Risk Takers. Alcohol, Drugs, Sex and Youth*. London: Routledge.

Raskin, V. D. (1992). Maternal Bereavement in the Perinatal Substance Abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 149-152.

Risør, M. B. (2002). *Den gyldne middelvej. Sundhedsfremme i hverdagen – en antropologisk analyse af gravide kvinders praktiske ræsonnement i relation til rygevaner*. Ph.d-afhandling. Afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet. Juni 2002.

Sandler, I. N., Wolchik, S., A., MacKinnon, D., Ayers, T., S., & Roosa, M., W. (1997). Developing Linkages between Theory and Intervention in Stress and Coping Processes. In: S.A. Wolchik & I.N. Sandler (Eds) *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 3-40). New York: Plenum.

Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A. & Luthar, S. S. (2005). How early bonding, depression, illicit drug use, and perceived support work together to influence drug-dependent mothers' caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(3), 431-445.

Sundhedsstyrelsen (juni 1998). *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*. http://www.dsog.dk/files/screening_GDM.pdf

Sundhedsstyrelsen (oktober 2002). *Notat vedrørende amternes implementering af Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorgen*. http://www.sst.dk/faglige_omr/planlaeg/svangeromsorg.pdf

Sundhedsstyrelsen (2005). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (februar 2007). *Alkohol og graviditet*. http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Alkohol_graviditet/Alk_grav.pdf
FAS og FAE

Sørensen, J. K. (2004). Fest, fritid og nye farer. Unges håndtering af risiko i stofbrug. I: Asmussen, V. & S. Jöhncke (red.) *Brugerperspektiver - fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag. 72-96.

Taylor, A. (1993). *Women Drug Users, an Ethnography of a Female Injecting Community*. Clarendon Press, Oxford.

Thormann, I. (2006). *Medfødte alkoholskader. Omsorg og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.

Tryggvesson, K. (2006). *Campaign againsts drinking pregnancy – In the interest of whom?* Paper præsenteret på 32. Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kjetil Bruun Society, 2006.

Wobie, K., Eyer, F. D., Conlon, M., Clarke, L. & Behnke, M. (1997). Women and children in residential treatment: Outcomes for mothers and their infants. *Journal of Drug Issues*, 27(3), 585-606.