

# VEJEN TIL BARNET GÅR GENNEM MOR – OG DET GODE TVÆR- FAGLIGE SAMARBEJDE

*'De dér briller, der er på én. For mig handlede det meget om, at jeg bare skulle fremstå så perfekt som muligt, så de [de professionelle] ikke havde nogen fingre at sætte. Og det gjorde jo, at jeg stod skide alene.'*

---

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN & MIA HEICK

Når en kvinde med en stofproblematik bliver gravid, aktiveres et større system af professionelle, der dels skal støtte og hjælpe kvinden, dels varetage det ufødte barns tarv bedst muligt. Det professionelle netværk og samarbejde opleves tit som meget overvældende for kvinden, der skal forholde sig til mere end 8-10 forskellige professionelle, hvis mange instanser er involverede. Mange kvinder holder også så lav profil som muligt af frygt for indgriben i familielivet, sanktioner og kontrol. I nogle tilfælde forsøger kvinden at holde sin graviditet eller sit stofbrug skjult eller forsøger, som i det indledende citat, at fremstå så perfekt som muligt for ikke at vække negativ opmærksomhed. Frygten for det system, som de professionelle repræsenterer, betyder, at disse kvinder ikke altid får den hjælp, de har brug for. Ligesom de meget let kan komme til stå og føle sig meget alene i systemet og som mor.

Set fra den professionelle synsvinkel er arbejdet med gravide kvinder med stofbrug også tit et udfordrende arbejde, der let kompliceres, fordi der er flere hensyn, interesser, samarbejdspartnere, holdninger og følelser involveret.

For det første er der mange præmisser på spil om, hvad der er den rigtige indsats. Dels er der mange professionelle aktører på feltet, og det kan være meget forskelligt, hvad der lægges vægt på i forhold til at yde en god og brugbar støtte for den gravide kvinde og hendes ufødte barn. Dels er de forskellige indsatsområder knyttet til forskellige kommunale forvaltninger (fx stofproblematik/ voksenbehandling, barn/familie-

afdeling) eller forankret i de regionale familieambulatorier med tilbud om specialiseret svangreomsorg eller i kommunale/regionale døgntilbud for mor og barn eller for barn alene.

For det andet er det et intenst felt, fordi vi som professionelle med vores forskellige roller er med til at afgøre, om kvindens samlede forhold rækker til, at hun og barnet kan forblive sammen efter fødslen. De forskellige positioner, funktioner og ansvar i det tværfaglige samarbejde gør, at vi balancerer mellem (det ufødte) barns behov og moderens behov. Det betyder også, at vi vægter fokus på henholdsvis mor og barn forskelligt. I denne artikel beskriver vi erfaringerne fra projektet *Gravid på Tværs* og de anbefalinger for en forbedret indsats i samarbejdet omkring og med den gravide kvinde, som blev samlet i en håndbog ved projektets afslutning. (1,2)

## Projekt Gravid på tværs

I årene 2008 – 2011 var vi begge involverede i projektet Gravid på Tværs som henholdsvis den gennemgående tovholder/socialrådgiver på projektet og som den gennemgående antropolog og ansvarlige for en række brugerfokusgrupper tilknyttet projektet. Projektet var et 2½-årigt metodeudviklingsprojekt med fokus på det tværfaglige samarbejde i forhold til at opkvalificere og forbedre indsatsen over for gravide kvinder med stofproblematikker og deres (kommende) barn, både under graviditeten og efter fødslen. Projektet var finansieret af satspuljemidler fra Socialministeriet og igangsat i KABS VIDEN, FamilieVinklen, i samarbejde med Socialt Udviklingscenter (SUS). Baggrunden



for projektet var erfaringerne med det til tider udfordrende tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, hvor der ofte var tale om enten-eller positioner omkring indsatsen: Enten varetog man hensynet til kvinden eller hensynet til barnet. Der var sjældent tid til at reflektere over uoverensstemmelser, når samarbejdspartnerne mødtes, hvilket kunne afstedkomme forskellige spændinger. Dertil kom, at kvinderne hyppigt gav udtryk for at føle sig underkendt, klemt og ofte mødt med en generaliseret stillingtagen til deres situation i mødet med de professionelle. Samlet set var det en situation, der ikke var befordrende for samarbejdet, ej heller fremmende for indsatsen rettet mod kvinden eller indsatsen rettet mod barnet.

Formålet med projekt Gravid på Tværs var at skabe et refleksionsrum, hvor professionelle fra alle involverede instanser kunne mødes og i fællesskab være med til at diskutere og udvikle indsatsen. Det var endvidere en præmis i projektet, at kvindens position i det tværfaglige samarbejde skulle forbedres. Ved at anskue indsatsen som en fælles opgave, hvor indfaldsvinklen var, at vejen til barnet går gennem moderen, arbejdede projektet og det faglige netværk på, at den gravide kvindes position blev styrket, og barnets sundhed og trivsel sikret. Med andre ord skulle netværket være med til at udvikle en forbedret praksis, hvor der blev taget højde for både mor og barn samtidigt.

### Det faglige netværk og fokusgrupperne

For at skabe et refleksions- og metodeudviklingsrum etablerede projektet et landsdækkende fagligt netværk, som mødtes otte gange til hele arbejdsdage. Forskellige oplægsholdere, undervisere og debattører blev inviteret til at inspirere netværket, som så løbende diskuterede og arbejdede med oplægsholderens input til de temaer, netværket havde fokus på. Overordnet blev der taget udgangspunkt i to væsentlige dele af samarbejdet:

- 1) det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde imellem de professionelle aktører og
- 2) samarbejdet mellem de professionelle og den gravide kvinde

Parallelt med – og adskilt fra – det faglige netværk blev der etableret en fokusgruppe bestående af kvinder, der på egen krop havde erfaringer med den eksisterende indsats. Kvinderne var enten i en igangværende gravid-indsats eller havde erfaringer fra overstået graviditet og barselsforløb. En fokusgruppe er kort fortalt en særlig kvalitativ interviewform, hvor deltagerne i fokusgruppen støttes til indbyrdes at diskutere

og reflektere over et eller flere forudbestemte emner. Fokusgruppeformen var særlig velegnet i dette projekt, fordi vi ønskede at få information om disse kvinders erfaringer, holdninger og synsvinkler i forhold til den behandling, de havde modtaget under og efter deres graviditet.

Alle kvinder var blevet inviteret til fokusgrupperne af deres respektive behandlere (tilknyttet det faglige netværk), men kvindernes deltagelse i fokusgrupperne var anonym. Når en kvinde havde sagt ja til at deltage i projektet, blev vedkommende inviteret til en fokusgruppe af fokusgruppeteamet. Ud over undertegnede fokusgruppe-tovholder bestod fokusgruppeteamet af endnu en antropolog (barselsvikar), en jordemoder/kognitiv adfærdsterapeut samt en studentermedhjælp. Fokusgruppeteamet planlagde og varetog fokusgrupperne samt analyserede og formidlede deltagernes erfaringer og synsvinkler til det faglige netværk. Diskussionerne i de tre afholdte fokusgrupper var tematiseret ud fra de emner, det faglige netværk arbejdede med <sup>(3)</sup>:

- gravide kvinders erfaringer med det første møde med systemet
- kvindernes erfaringer med behandlingssystemets krav om rusmiddelkontrol, vurderinger af støttebehov samt erfaringer med undersøgelser af forældreevne
- fædrenes perspektiv, erfaring og rolle i forbindelse med graviditetsforløbet (her måtte vi af praktiske grunde anvende individuelle interview)

### Jura og retssikkerhed

Overordnet havde Gravid på Tværs fokus på lovgivning og retspraksis for at sikre kvindens position i en opkvalificeret indsats. Når man udfører socialt arbejde, er man forpligtiget til at inddrage borgeren, i dette tilfælde kvinden. Vores erfaring er endvidere, at jo mere kvinden inddrages i planlægningen af sin behandling/indsatsen omkring hende og barnet, des mere vil vedkommende opleve samarbejdet positivt og bidrage til at følge aftalerne. Som det imidlertid vil fremgå af følgende citat, var det dog langt fra alle kvinder, der havde den oplevelse af mødet med hjælpesystemet:

*'Jeg følte sådan, at hende der [sagsbehandleren] omtalte mig som en sag, og det gjorde mig så gal. Jeg er ikke en sag. Jeg er en person, jeg er et menneske! [...] Det synes jeg er forkert – at omtale én som en sag. Så øh.. dem havde jeg det ikke godt med, de der tværfaglige møder. Det var dem [de professionelle], der tog beslutninger for mig. Jeg følte ikke, at jeg havde noget at skulle have sagt.'*



# Hvad r hvis de ikke vi i beha

Om graviditet, misbru  
i forhold til behandlir

AF DORTE HECKSHER & HELLI

At være gravid og have et a  
eller stoffer kan være in  
højet risiko for både fys  
ten kan eksempelvis væ  
og usikkerhed i forhold  
påfører sit ufødte barn  
net har en række misda  
fødslen.

**Før graviditeten var det det  
jeg var gravid, og der var di  
meget i, at de havde jo sag**

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet

Derudover vil kvinc  
med hendes misbrug, c  
indstille sit brug af rus  
Et problematisk bru  
på det ufødte barn og  
Derefter kan kvinder

## UNDERRRETNINGSPLIGT

I 2007 blev underretningspligten udvidet til også at omfatte det ufødte barn. Dvs. at kommunalbestyrelsens tilsynsforpligtelse, rådgivning, undersøgelser og foranstaltninger nu også omhandler det ufødte barn (Serviceloven § 153, 2)

## VIGTIG LOVGIVNING IFT. ARBEJDET MED FORÆLDRE

Mange bestemmelser regulerer kvindens/familiens rettigheder og pligter: Lov om Retsikkerhed, Lov om Social Service og Forvaltningsloven. Se mere i håndbogen (1), hvor dette beskrives med forskellige eksempler.

# Gravide misbrugere – skal de tvinges i behandling?

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



AF MAD S UFFE PEDERSEN

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

Den manglende benyttelse af denne 'frivillige tvang' er nok en af grundene til, at politikerne nu igen forsøger at etablere tvangsbehandling.

# Sårbare gravide i behandling

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

AF BIRGITTE LUND PEDERSEN & HANNE LARSEN

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

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

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

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

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

Sideløbende med dette arbejde har vi som en sideeffekt opbygget



## LITTERATUR

1. Håndbogen: Gravid på Tværs. Ideer til forbedret indsats fra professionelle og gravide kvinder med rusmiddelproblemer (KABSVIDEN og SUS 2011) kan downloades på [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk).
2. Projektets start er tidligere omtalt i STOF nr. 13, s. 21-24, 2009.
3. Program, oplæg og referater fra netværksmøderne er tilgængelige på [www.gravidpaatvaers.dk](http://www.gravidpaatvaers.dk).
4. Samme problemstilling er tidligere beskrevet i STOF nr. 3, s.24-30 (Ludvigsen) og i STOF nr.13, s.13-19 (Dahl og Hecksher).
5. Dahl, Helle Vibeke & Dorte Hecksher: Graviditet og misbrug. Belyst ud fra kvindernes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2007.
6. Denne pointe uddybes i: Ludvigsen, K. B.: Mere end en stofmisbruger Ekstern evaluering af et tilbud til stofbrugere med børn. KABS, Københavns Amt 2003, og i:
7. Ludvigsen, K. B & Lydolph, T.: At blive taget alvorligt Første delrapport fra Projekt Kvindeudvikling: Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABSVIDEN 2008. Begge publikationer kan downloades på [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk).

Denne kvinde oplevede sig hverken respekteret eller inddraget i beslutningerne omkring sin situation. I fokusgrupperne var netop denne oplevelse meget gennemgående og skabte frustration, fortvivlelse og frygt hos kvinderne. Sådanne oplevelser skal tages alvorligt, da konsekvensen ellers er et langt vanskeligere samarbejde, hvor kvinden vil være utryk ved at bede om hjælp til problemer undervejs i forløbet og bange for at stille spørgsmål vedrørende sin graviditet, sit kommende moderskab eller sin situation i øvrigt. (4)

For at mindske utrygheden og styrke følelsen af inddragelse og respekt samlede projektet en række anbefalinger til, hvordan juraens bestemmelser kan varetages med respekt for den enkelte kvinde, samt anbefalinger til at skabe det respektfulde møde mellem den gravide kvinde og de professionelle. Et af de emner, som belyses i projektets håndbog, er underretningspligten og håndteringen af denne.

Når man taler om underretningspligten, får både mange gravide kvinder med stofproblematikker og også mange professionelle associationer til tvangs-anbringelser af børn. Men underretningen handler overordnet om adgangen til hjælp og støtte, og der kan tilbydes mange forskellige former for ambulante støtteforanstaltninger. En anbringelse af mor og barn sammen eller af barnet alene er blot én af mange muligheder. Derimod giver en tidlig og sammenhængende hjælp erfaringsmæssigt de bedste resultater for både mor og barn på sigt. I håndbogen gives der flere eksempler på, hvad man som professionel skal være opmærksom på i forbindelse med underretningen, bl.a. at man altid skal dele sin eventuelle bekymring med den gravide kvinde samt forsøge at samarbejde med kvinden/forældrene i forbindelse med en underretning. Underretningen bør endvidere beskrive de *faktiske* forhold, der giver anledning til antagelsen om behov for hjælp, og den professionelle skal hjælpe kvinden med hurtigt at få kontakt til familieafdelingen. Det er ligeledes vigtigt at afklare kvindens frygt og oplyse om hjælpemuligheder samt afstemme forventninger til samarbejdet med en sagsbehandler. (1 s. 20)

I tidligere undersøgelser af gravide kvinder med rusmiddelproblemer fremgår det, at det afgørende for, om kvinden oplever sin graviditet og indsatsen knyttet hertil som positiv eller negativ, ikke alene er relateret til, om kvinden får lov at beholde barnet efter fødslen. Derimod er det afgørende for kvindens oplevelse af indsatsen og de professionelle, hvorvidt hun er blevet mødt med respekt, anerkendelse og inddragelse. (5) En anbringelse af barnet uden for hjemmet var altså

nemmere at acceptere for moderen/forældrene, hvis hun/de havde været inddraget i beslutningsprocessen forud for anbringelsen.

### Betydningen af anerkendelse

I fokusgrupperne tilknyttet Gravid på Tværs handlede mange af kvindernes positive/negative erfaringer med systemet også om, hvorvidt de var blevet mødt med anerkendelse og respekt eller mangel på samme. En kvinde formulerede det på denne måde:

*'De dér briller, de [de professionelle] har på, når man altså det er ligesom om, de ikke ser, eller så, alle mine velmenende intentioner og dybtføjte ønsker og vilje og altså det, at jeg gerne ville gøre det rigtigt'.*

Kvinderne understregede gang på gang, hvor vigtigt det var, at de professionelle så og anerkendte kvinderne i det, de gjorde godt. Dermed mente de ikke, at man skulle se bort fra deres problemer, men blot også have fokus på deres ressourcer og små fremskridt. En kvinde, som havde været i et langt og for hende svært forløb med mange bekymringer i forhold til, om systemet syntes, at hun gjorde det godt nok til at beholde sit barn – beskrev betydningen af anerkendelsen, der kom til sidst:

*'Bare det sidste tværfaglige møde jeg var til [ ] de roste mig og sagde, at det var godt gået, og de syntes ikke, der skulle være flere møder, fordi det er gået så godt. Og øhm de sagde positive ting. Det gjorde mig helt stolt. Så det varmer helt, at man også kan få noget positivt i stedet for. Vi har været kontrolleret hele tiden'.*

I socialt arbejde er dilemmaet mellem kontrol og støtte en velkendt udfordring. En anbefaling til at håndtere dette dilemma - og dermed sikre en god samarbejdsrelation imellem dem, som skal have hjælp (og kontrolleres), og dem, som skal yde hjælpen (og også er kontrollanter) - er at synliggøre krav, pligter og rettigheder for dem, det handler om. I håndbogen eksemplificeres dette fx i forhold til inddragelse og partsmedvirken (1 s. 22): Alle borgere skal have mulighed for at medvirke til behandlingen af deres sag samt have indflydelse på tiltag, der påvirker deres liv. Det betyder i denne sammenhæng, at der skal være trykke og tydelige rammer, hvor kvinden kan komme til orde og blive hørt, ligesom der skal gives mulighed for, at vedkommende kan nå at forberede sig til mødet, kende dagsordenen, sine rettigheder mv. for at kunne medvirke.

### Klar kommunikation

En af fokusgruppeteamets anbefalinger til det faglige

netværk handlede om forbedringer i forhold til de informationer, man giver de gravide kvinder og nybagte mødre. I det følgende citat udtrykker en kvinde det problematiske ved uklar kommunikation:

*'Sygeplejerskerne de kom og sagde, at hun [babyen] skulle ligge hud mod hud, og når lægen kom, så skulle hun svøbes. Sårbare børn, de skulle have svøb, og de skulle være pakket sammen [ ] Altså den ene har rådet mig, som om hun var sårbar, og de andre har rådet mig, som om hun var normal. Og det var det, der gjorde mig lidt nervøs og usikker.'*

Alle forældre vil på et eller andet tidspunkt opleve modsatrettede informationer i forbindelse med råd og vejledning i forhold til den nyfødte. Det kan være forvirrende og irriterende og gøre en usikker, som kvinden i eksemplet herover. Når det drejer sig om sårbare forældre, er det imidlertid meget mere problematisk, når professionelle ikke afstemmer deres råd og vejledning. Usikkerheden, som den citerede kvinde her oplever, er især problematisk set i forhold til den kontekst, hun befinder sig i: et forløb, hvor hun som mor med en stofproblematik er under skærpet kontrol og observation. Kvinderne har i fokusgrupperne fortalt, hvordan de ihærdigt forsøger at tilpasse sig systemets krav og retningslinjer for at bevise deres forældreværd, hvorfor den citerede mor i én situation vil svøbe sit barn og i den næste vil lægge barnet mod sin hud. Uklar og modsatrettet information gør endvidere kvinden usikker på sin egen intuition og på barnets signaler noget disse kvinder også vurderes på.

Anvisninger i praksis kan selvfølgelig ændre sig i et forløb, men da bør personalet gøre sig umage med at forklare disse mødre/forældre, hvorfor anvisningerne ændres. Der kan også være modsatrettede opfattelser af, hvad der er den rigtige anbefaling, men den bør man drøfte i personalegruppen, ikke udspille ureflekteret over for disse kvinder.

### Konkret tilpasset viden

Sidst, men ikke mindst, har kvinderne oplevet, at de hyppigt blev mødt med normative holdninger. Det vil sige, at de – og deres barn – pr. automatik blev behandlet som en stofmisbruger med et abstinensbarn. I projektet har vi opfordret til, at man konkretiserer sin viden i forhold til den konkrete kvinde, det konkrete barn og den aktuelle situation. Med andre ord: Generel viden om mødre med stofproblematikker og viden om abstinensbørn skal ikke pr. automatik anvendes i alle tilfælde. Det enkelte barn må beskrives med den sårbarhed/robusthed, der er særlig for netop dette barn. En af fokusgruppekvinderne fortalte fx, hvordan

hun efter fødslen havde fået at vide, at hendes stofbrug under graviditeten kunne have påvirket barnets hjerne og dermed resultere i udviklingsforstyrrelser:

*'Det er jo også noget voldsomt noget at sige til folk, at det [udviklingsforstyrrelser, tegn på hjerneskader] kan komme når som helst. Hvor længe og hvordan og hvor meget, hvordan skal vi se det? Hvad hvis hun får en hyleperiode, fordi hun får en ny tand? Eller hun bare får en periode, hvor hun har ondt i maven, eller der er noget andet i vejen, og hun bare bliver lidt svingende? Eller når hun er tre år, og der sker et eller andet, altså så ved man jo aldrig, hvad der er hvad?'*

Kvinden oplevede informationen om sit barns mulige udvikling som meget bekymrende. Men hun anede ikke, hvilke tegn hun skulle være opmærksom på, eller hvad hun skulle gøre, hvis sådanne tegn dukkede op. Ud fra arbejdet med fokusgrupperne anbefalede vi, at generelle informationer om den viden, der foreligger på området, ikke blot overføres pr. automatik, men konkretiseres og specificeres over for hver enkelt kvinde og i forhold til netop hendes barn og den konkrete situation.

I arbejdet med gravide kvinder har vi i praksis igennem årene erfaret, at kvinderne hyppigt tolker alle problemer i relation til deres børns trivsel og udvikling ind i deres (tidligere) stofproblematik, og dermed øges deres dårlige samvittighed. Samtidig er de tit nervøse for at spørge professionelle til råds, fordi de er bange for, at sådanne spørgsmål vil blive tolket negativt. I nogle tilfælde vil bekymringer – og det ikke at kunne dele dem med nogen – øge stofindtaget eller foranledige et tilbagefald. Omvendt viser erfaringer fra forskellige projekter, der tilbyder et stabilt netværk, hvor man kan dele tanker og oplevelser og stille spørgsmål om forælderrollen, børneopdragelse mv., at det støtter en positiv udvikling (se fx forrige artikel om Tumlinge Caféen).

### At almengøre udfordringer

Når vi kommunikerer med disse kvinder, er det derfor også vigtigt at almengøre nogle af de problemer og bekymringer, de står med:

*'Hun [behandleren] gik meget op i mit misbrug. Hun talte til mig som en misbruger. Ikke som en kommende mor. Og det var en stor fejl.'*

*'[den første samtale].. det var bare: 'Tager du nu kun det?!' [...] 'Hvad er dit misbrug?' [...] 'Hvor længe har du taget noget?' 'Jeg følte bare, at jeg skulle til afhøring på en eller anden måde.'*

Som det fremgår af citaterne vil disse kvinder

KATHRINE BRO LUDVIGSEN  
ANTROPOLOG  
MIA HEICK  
SOCIALRÅDGIVER  
BEGGE KABS



højest sandsynligt være mindre motiverede for samarbejdet, fordi de begge oplever sig mødt fordomsfuldt og med mistro. Omvendt er det vigtigt at få afdækket et eventuelt stofindtag i forhold til den videre planlægning af hjælp og støtte. I fokusgrupperne spurgte vi derfor kvinderne, hvordan de ville have det med, at denne type af spørgsmål blev italesat på en anden måde. Sammen fandt vi frem til, at den bedste måde ville være, at den professionelle begrundede sine spørgsmål om stofindtag, risikoforhold og personlige forhold for derved sammen med kvinden at danne sig et billede af behovet for den bedst mulige hjælp. I kommunikationen til den gravide kvinde er det vigtigt, at man hele tiden tydeliggør sine respektive ansvarsområder, kompetencer og sit myndighedsansvar. Det er ligeledes vigtigt at huske på, at kvinden er mere end en misbruger, hun er også mor. Ved at være omhyggelig med sin kommunikation og lytte til kvinden vil det hjælpe hende til at turde dele tanker, følelser og spørgsmål, hvilket vil være med til at kvalificere hende i rollen som mor. (6, 7) I håndbogen fra projektet er der eksempler på, hvordan det faglige netværk har arbejdet med kommunikation.

### Efterværn og fædre

I de to sidste fokusgrupper blev spørgsmålet om støtte og efterbehandling efter fødsel meget påtrængende. Kvinderne beskrev og problematiserede det massive professionelle fokus under graviditeten og den meget mindre interesse for familien efter fødslen:

*'Det virker lidt useriøst et eller andet sted: Det tager jo ikke bare ni måneder [at få styr på det hele]. Altså, hvis du selv føler, at du har brug for mere støtte, så synes jeg da det er fuldstændig latterligt at sætte ind med alt og så lige pludselig bare slippe det hele'.*

*'Hun [sagsbehandleren] sagde, at nu skulle jeg lære at stå på egne ben. Fordi, hvis de bare forlængede det et par måneder mere, så ville der måske bagefter lige være lidt mere, jeg godt ville arbejde med, og så lærte man aldrig at stå på egne ben', sagde hun'.*

Mange kvinder vil som de citerede fortsat have behov for støtte og vejledning efter fødslen og opleve lignende paradokser: At de på den ene side oplever massiv kontrol og fokus på støtte til mor/barn under og umiddelbart efter fødslen. På den anden side får de pludselig at vide, at indsatsen er slut, og at hun/familien nu skal stå på egne ben.

Et andet paradoks, som kvinderne havde oplevet, handlede om, at barnefaderen ikke blev inddraget i indsatsen:

*'Han [barnefaderen] var med til nogle møder. Til det ene møde dér overraskede han mig ved at sige selv, at han drak. Men begrænset. Og det blev der overhovedet ikke boret ind til, eller noget som helst. Og nu, når jeg tænker tilbage, så synes jeg, det er lidt forkert. For nu føler jeg, at jeg er kommet så langt. Og det er ligesom nu går vi i stå, fordi nu mangler vi lige.. vi skal lige have ham med også. Og det kunne vi ligeså godt have gjort fra start af'.*

Fædrene fortalte også selv om oplevelsen af at være holdt udenfor - men samtidig var de vidne til, hvordan deres partner blev udsat for massiv kontrol, og det oplevede de som så ubehageligt og mistænkeliggørende, at de ofte selv holdt lav profil i forløbet.

Den manglende inddragelse af barnefaderen har nogle utilsigtede konsekvenser: Dels risikerer man, at balancen og ligeværdigheden i parforholdet og forældreskabet forrykkes. Dels kan kvinden komme til at stå alene med barnefaderens misbrug, hvis der er et sådant. I stedet kunne barnefaderen inddrages og gives ansvar. Man kunne med fordel tale om, hvad der er den bedste støtte til kvinden og det lille barn. Mange af kvinderne beskrev netop det svære i at stå alene tilbage efter deres behandling og graviditetsforløb i forhold til udfordringer med parforhold og forældreskab. For nogle omhandlede det barnefaderens (ubehandlede) misbrug, for andre de almindelige udfordringer vedrørende børneopdragelse, forældreskab og ændringer i parforholdet. For dem, hvor barnefaderen havde et misbrug, kunne det være meget svært for kvinden/parret at søge hjælp, fordi tanken om, at hele maskineriet skulle starte forfra med alt, hvad det betød af møder, kontrol, mistænksomhed osv., var for svært.

Der er imidlertid ingen tvivl om, at de kvinder, som får mulighed for et differentieret og tidsmæssigt tilpasset støtteforløb efter fødslen har langt større chancer for at lykkes godt med forældreskabet. I den forbindelse vil vi gerne opfordre læserne til at læse Lisbeth Baks artikel om Tumlinge Caféen her i bladet. Et tilbud, der tager højde for det spinkle netværk, en del af disse forældre har, og som derfor har taget initiativ til at starte en café, der er åben for disse familier, så længe de har behov for det. ■

# EKSEMPEL FRA HÅNDBOGEN OM, HVORDAN NETVÆRKET HAR ARBEJDET MED KOMMUNIKATION:

Til et netværksmøde blev følgende case spillet som situationsspil som inspiration til at formulere anbefalinger til god kommunikation i det første møde med kvinden om hendes graviditet:

**Netværket udviklede følgende gode råd til, hvordan behandlingsstedets familiesocialrådgiver kan gribe den første samtale an:**

## **Hjælp Anita med at få overblik over sin situation**

Er det en glædelig nyhed for Anita? Spørg, om du skal sige tillykke.

**Anerkend Anita** for så hurtigt at komme og fortælle om graviditeten. Det giver mulighed for tidlig hjælp og støtte.

**Lav en dagsorden** for samtalen sammen med Anita: Spørg til, hvad hun har brug for at få talt om og få viden om. Sig, at du kan fortælle, hvem der er relevante at inddrage i forhold til en graviditet, og hvad der skal tænkes på.

**Vær neutral og åben** over for, om Anita ønsker graviditeten. Sig til hende, at du støtter hende, uanset hvad hun vælger. Der er ikke andre end hende, der skal tage beslutningen. Stil nysgerrige, uddybende og empatiske spørgsmål. Vis støtte og interesse.

**Stil mange faktuelle spørgsmål.** Kom godt rundt om situationen. Spørg til, hvad andre vigtige personer vil synes. Jo mere situationen tegnes op, jo bedre kan Anita selv reflektere. Hun kender sit eget liv bedst.

Skriv fordele og ulemper op på et stykke papir.

**Almengør** ved at fortælle om andre kvinder i lignende situation. Hvad har været svært, vigtigt og glædeligt for dem?

## **Information, du som professionel skal huske at give:**

Fortæl, at kvinder, som tager medicin/stoffer, har mulighed for at blive fulgt af et regionalt familieambulatorium, som kan tilbyde den mest specialiserede rådgivning i forhold til graviditet, medicin, nedtrapning, stabilisering, amning, fødsel samt undersøgelse af barnet.

**Husk at indhente** kvindens skriftlige og informerede samtykke, også selvom du og kvinden henvender jer til familieambulatoriet sammen.

**Oplys om**, at familieafsnittet i kommunen skal underrettes om graviditeten, hvis det formodes, at kvinden og det kommende barn kan få brug for hjælp. Det er familieafsnittet og kvinden, der herefter nærmere skal undersøge, om der er brug for hjælp og i så fald hvilken.'

## **CASE:**

*Anita på 39*

*år er netop blevet indskrevet på et stofbehandlingssted med et ønske om at nedtrappe sit illegale metadonforbrug gennem 5 år. Anita er enlig mor til to hjemmeboende børn på 14 og 16 år og har aldrig været i forbindelse med det kommunale hjælpesystem. Hun nærer stor frygt for Familieafsnittet. Anita har kun været indskrevet i behandling i 2 måneder, da hun opdager, at hun er blevet gravid som følge af et flygtigt bekendtskab med en mand, som hun ikke ønsker at danne par med. Hun er 8 uger henne og glad for graviditeten, men også skræmt ved tanken om måske at skulle igennem en nedtrapning af sin metadon.*