

Specialistmödrahälsovård för drogberoende blivande föräldrar

– långsiktigt stöd förebygger återfall och skapar bättre uppväxtmiljö för barnet

Mödrahälsovården i Sverige har som huvuduppgift att övervaka den friska modern och hennes graviditet samt minimera hälsorisker och skador för mor och barn. Riskgraviteter som behöver specialistkompetens som t ex diabetes, hypertoni, tillväxthämning remitteras till specialistmödravården som arbetar i nära samverkan med riskavdelning och förlossningsenhet.

Vid normalgravitet görs enligt basprogrammet för mödrahälsovården totalt åtta till nio besök [1]. Inskrivningssamtalet (ca 1–1 1/2 timme) kan vid behov delas upp och fördelas på två besök. Barnmorskan skall vid ett eller ett par besök i början av graviditeten ge hälsoinformation, stöd och uppmuntran och identifiera riskgrupper för ohälsa och missbruk bland blivande föräldrar. Barnmorske- och eventuella läkarbesök sker en till tre gånger i början av graviditeten fram till graviditetsvecka 24, då besöken läggs tätare.

Missbruk oavsett drog under graviditeten medför en risk för såväl modern som för fostret. Tidig identifiering och tidigt insatta vårdresurser skapar goda utvecklingsmöjligheter för fostret och för den blivande modern.

De kvinnor som identifieras med drogberoende bör erbjudas specialistmödravård på samma sätt som andra kvinnor med riskfyllda graviditeter. Resurser för optimala insatser av specialistkompetent personal finns inte inom mödrahälsovården. De antal besök hos olika specialister som en gravid kvinna med pågående eller nyligen avslutat missbruk gör uppgår till 1–5/vecka eller 30–70 besök under hela graviditeten. Besöken är ca en timme varje gång.

Med anledning av patientens komplexa situation socialt, medicinskt och psykologiskt som kräver utökade insatser, bör man även på mindre orter skapa förutsättningar för att kunna erbjuda

dess patienter en möjlighet till specialistvård. Kanske inte en särskild mottagning för gravida missbrukare, men ett team med inriktning på dessa kvinnor och som har kunskap om deras speciella behov av stöd, kontakter inom socialtjänsten och långsiktig planering.

Anamnesupptagning – tidig identifiering

För att tidigt kunna identifiera blivande mödrar i riskzonen, högkonsumenter av alkohol och drogberoende måste barnmorskan ha tid för frågor och anamnesupptagning samt kunna erbjuda ett vårdprogram. Barnmorskan skall ge tydliga direktiv om vart patienten skall vända sig för att få rätt hjälp.

Enligt nya undersökningar som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning CAN [2] har gjort är unga flickors/kvinnors alkoholmönster liktydigt med pojkars/mäns. Antalet kvinnor som dricker har inte ökat men de som dricker, dricker mer än man har funnit i tidigare undersökningar. Därför måste vi vid inskrivningstillfället få fram ärliga svar på våra frågor om alkoholkonsumtionen. Vi måste ställa raka och tydliga frågor till kvinnan och mannen och ge dem tid att tänka efter innan de svarar. Barnmorskan måste skapa en dialog och inte en moraliserande utfrågning.

I dag när ca 87–90 procent [2] av Sveriges kvinnliga befolkning konsumerar alkohol bör inte frågan »om» kvinnan eller mannen dricker användas utan i stället »hur mycket», »vad», »hur ofta» och »när». Följdfrågor såsom när hon/han har slutat och hur det kändes att avstå ger ytterligare svar som underlättar tidig identifiering. Enligt en studie avstod 90 procent av de blivande mödrarna från att dricka alkohol efter att ha fått information om alkoholens konsekvenser under graviditeten [3].

Hur många blivande mödrar i Sverige som har drogproblem är svårt att uttala sig om eftersom många inte upptäcks inom mödrahälsovården. Svårighet att identifiera dem och knappa möjligheter till behandling är några faktorer som kanske kan förklara orsaken. Andra orsaker kan vara att kvinnor oftast inte söker hjälp förrän de har kommit långt i sin missbrukskarriär. Rädslan för

Sammanfattat

- Missbruk under graviditet innebär en obstetrisk risk.
- Tidig identifiering av drogberoende under graviditeten är avgörande för fostret.
- Specialister inom den slutna vården, primärvården och socialtjänsten måste samarbeta för fostrets/barnets skull.
- Tidiga sociala och humanitära stödsatser är kostnadseffektiva för samhället men framför allt för barnet och familjen.
- Långsiktighet i planeringen, är nödvändig för att den nyblivna modern skall orka bibehålla drogfriheten.

utstötthet och att inte få behålla sina barn kan vara skäl till att inte vilja avslöja sina problem.

Väntetid allra högst en vecka enligt vårdprogrammet

På Huddinge sjukhus, Beroendecentrum Syd, finns en specialistmödravårdsmottagning för hela Stockholms läns landsting. Mottagningen, Familjesociala mottagningen (FSM), öppnades 1980 och tar emot blivande mödrar och fäder oavsett drog under graviditeten.

Mottagningen har från verksamhetens start fram till utvärderingen 1998 ansvarat för behandlingen endast under graviditeten och ca 8–12 veckor post partum. Efter utvärderingen, som redovisas i slutet av artikeln, erbjuds kvinnorna fortsatt stödkontakt under upp till 1–1 1/2 år. Sedan 1986 har mottagningen ett program för gravida kvinnor med HIV-infektion i samarbete med kvinneklinik, barnklinik och infektionsklinik vid Huddinge sjukhus [4].

Väntetiden till mottagningen är högst en vecka. Oftast får patienten tid

Författare

CHRISTINA OTTENBLAD

med dr h c, enhetschef, Familjesociala mottagningen, Beroendecentrum Syd Huddinge sjukhus.

E-post: Christina.Ottenblad@bcs.sspo.sll.se

för besök samma dag. Det övergripande målet är att fostret skall bli drogfritt så fort som möjligt varför mottagningens ambitioner är att inte ha några väntetider alls.

Vården är inriktad på drogfrihet, graviditetskontroll och familjeplanering. Kvinnan/mannen motiveras till drogfrihet med övervakade urinprover eller genom att blåsa alkometer. De får också hjälp att fullfölja överenskomna kontrakt. För många av de patienter som remitteras till mottagningen är det nödvändigt med inläggning för avgiftning. Familjesociala mottagningen har förmånen att på den egna kliniken kunna erbjuda avgiftningsmöjligheter för patienter, både kvinnor och män, oavsett drog. Redan under graviditeten måste handläggare inom socialtjänstens barn- och familjesektion vara inkopplade eftersom den långsiktiga planeringen för det väntade barnet sker där.

På mottagningen finns konsulter såsom gynekolog från kvinnokliniken för bedömning av riskerna under graviditet och förlossning och pediatriker från barnkliniken som träffar alla kvinnor som använt droger under graviditeten och som har behov av att få tala om riskerna för fostret/barnet. Pediatrikern följer sedan upp barnen på barnkliniken under de första levnadsåren.

Psykiatern som är patientansvarig tillhör Beroendecentrum Syd. Denne gör en psykiatrisk bedömning av missbrukets svårighetsgrad samt medverkar vid behandlingsplaneringen tillsammans med teamet. Patienten har täta kontakter med teamet (barnmorska och kurator) en till fem gånger/vecka beroende på drogens art och hur länge kvinnan missbrukat och hur den sociala livssituationen ser ut. I många av patientärendena är socialtjänsten redan inkopplad på grund av missbruk eller andra missförhållanden. För att kvinnan och det väntade barnet skall få rätt hjälp måste mottagningens motivationsarbete, stödsamtal och föräldraförberedelse ske i nära samarbete med socialtjänsten.

Svårt klara drogfrihet utan långvarigare stöd

Oron för hur de kvinnor som besökt mottagningen skulle klara att vara mödrar och leva ett drogfritt liv under barnets första år var stor bland mottagningens personal. En retrospektiv uppföljningsstudie kallad »Morot, Piska, Plåster» genomfördes [5]. I studien ingick 52 mödrar, vilka haft kontakt med mottagningen.

Undersökningen visade att alla utom en var drogfria under en stor del av graviditeten och när de skrevs ut från BB-avdelningen. Mödrarnas ambition att ge sitt barn en trygg, drogfri miljö var uppenbar. Tjugoen mödrar fick hjälp på

utredningshem eller behandlingshem en tid under barnets första levnadsår.

De kvinnor som gick hem direkt från BB med sina barn eller som senare återvände till hemmet från behandlingshem erhöll få eller inga stödåtgärder av socialtjänsten. Ofta var barnavårdscentralen det enda stödet i kvinnans nya livssituation som mor. Socialtjänsten avslutade ärendena snabbt eftersom man ansåg att den kvinna som klarat sig utan droger under graviditeten och ett par månader efter födseln troligen skulle kunna klara sin drogfrihet i fortsättningen. Kvar blev endast det ekonomiska biståndet.

Omställningen från drogmissbruket till »vanlig» mor blev påfrestande för många, i synnerhet om barnafadern fortsatte att missbruka. Frekvensen återfall bland kvinnorna under barnets första levnadsår var 40 procent. Tio barn blev placerade i familjehem enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om vård för unga (LVU). Missbruksfriheten under graviditeten blev bara en parentes i tillvaron.

Förmågan att på lång sikt normalisera livet var begränsad för många av kvinnorna. De behövde stöd i mammarollen, i relationen med barnafadern, hjälp med att söka arbete och med att återupprätta kontakten med socialtjänsten. Ekonomin och det ofta bristfälliga boendet var ett ständigt återkommande problem. Ofta var missbruket ett flergenerationsproblem och bara i undantagsfall fanns det ett stödjande nätverk. De kvinnor som hade långvarig stödkontakt med samma vårdgivare under och efter graviditeten hade klarat sig bäst.

Förlängda insatser i barnfamiljer – nytt program

Med dessa resultat som utgångspunkt startade Familjesociala mottagningen ett uppföljningsprogram: »Förlängda rehabiliterings- och behandlingsinsatser under 1–1 1/2 år». Arbetet är redovisat i rapporten »Nu när jag är mamma» [6]. Projektets syfte var att förebygga återfall i missbruk och skapa bättre uppväxtmiljö för det nyfödda barnet. Kvinnans behov och önskemål skulle styra insatserna. Det hon inte hunnit få hjälp med under graviditeten kunde hon nu efterfråga. Formen för kontakt var hembesök och besök på Familjesociala mottagningen samt telefonkontakt. I uppföljningsprogrammet deltog 34 kvinnor/familjer.

Kvinnorna önskade stöd av typen »kitchen table therapy». De önskade en person som förstod deras problem, som gav uppmuntran och höll ett kontrollerande öga på den sköra drogfriheten. Samtalen kring köksbordet om barnet, föräldraskapet och det egna livet inriktades på att stärka kvinnans självkänsla

samt öka hennes förmåga att fungera som en missbruksfri självständig kvinna. Kvinnorna frågade efter hjälp med kontakter med myndigheter, samhällsinformation samt stöd och hjälp när de sökte arbete och utbildning.

Färre återfall med kontinuerligt socialt och humanitärt stöd

Projektet visade goda resultat i jämförelse med tidigare studier. Endast två kvinnor har haft kortvariga återfall. Bara ett av barnen har blivit omhändertaget. Kvinnorna fick ordning på boende och ekonomi och nästan alla kunde försörja sig själva vid projektets slut. Kontinuiteten i kontakten var av avgörande betydelse enligt kvinnorna. Med ett ganska begränsat stödprogram hade Familjesociala mottagningen förändrat de långsiktiga resultaten från 40 procent återfall i missbruk till 7 procent och barnen hade fått en tryggare och lugnare uppväxtmiljö. Rehabilitering eller i många fall habilitering till ett normalt liv visade sig fungera bättre om kvinnan hade möjligheter till en längre kontakt med samma vårdgivare än bara graviditetens få veckor.

Barnen får en lugnare start i livet om modern får hjälp att hantera problem som kan kännas omöjliga att lösa. Hon får hjälp att stå ut med och hantera svårigheter och motgångar i stället för att återfalla i missbruk. En besöks- eller kurator och/eller barnmorska för stödsamtal eller hembesök kan ibland räcka för att kvinnan ska orka ta itu med sina problem. Till och med ett telefonsamtal kan räcka för att hon ska orka en bit till på vägen mot ett drogfritt liv. Det krävs ett långsiktigt perspektiv för att uppnå mätbara resultat i arbetet med dessa blivande mödrar, nyblivna mammor och deras barn. Det långsiktiga sociala och humanitära stödet är kostnadseffektivt för samhället men framför allt för de enskilda familjerna.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Hälsovård före, under och efter graviditeten. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
2. Helmersson-Bergmark K. Förändrade livsmönster – förändrade dryckes- och drogmönster. CAN. Alkohol och Narkotika 1999; 4: 17–21.
3. Justitiedepartementet. Skydd för det väntade barnet (delbetänkande). SOU 1987:11.
4. Lindgren S, Ottenblad C, Bengtsson AB, Bohlin AB. Pregnancy in HIV-infected women. Counseling and care – 12 years experiences and results. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 532–41.
5. Eriksson E. Morot, piska, plåster. Studie-rapport om graviditet och missbruk. Stockholm: Familjesociala mottagningen; 1994.
6. Eriksson E. Nu när jag är mamma. Studie-rapport om förlängda rehabiliterings- och behandlingsinsatser under 1–1 1/2 år. Stockholm: Familjesociala mottagningen; 1997.