

Prænatalt omsorgssvigt

Omsorgssvigtede børn er et klart defineret begreb både i den sociale og sundhedsmæssige verden og i lovgivningen.

May J. Olofsson



Afdelingslæge, leder af Familieambulatoriet ved gynækologisk-obstetrisk afdeling, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Men hvad er prænatalt omsorgssvigt?

Det er et begreb, som i juridisk forstand ikke eksisterer, men er et begreb, som melder sig i praksis, når man har med gravide, nyfødte og småbørn at gøre. Der møder man tilfælde, hvor børn er alvorligt og livsvarigt skadede som en direkte følge af udviklingsmiljøet i fostertilværelsen og ved fødslen. Børn, som oprindeligt havde et normalt udviklingspotentiale. Der er ikke tradition for at tænke, at børns vilkår og velfærd starter før barnets fødsel på trods af, at den vigtigste og mest risikofyldte udviklingsperiode for barnet er graviditet og fødsel. Lovgivningen er med til at fastholde denne tradition, da ufødte børn ikke er omfattet af juraen, når det gælder liv og førlighed, men kun når det drejer sig om materielle forhold som arveret o.l.

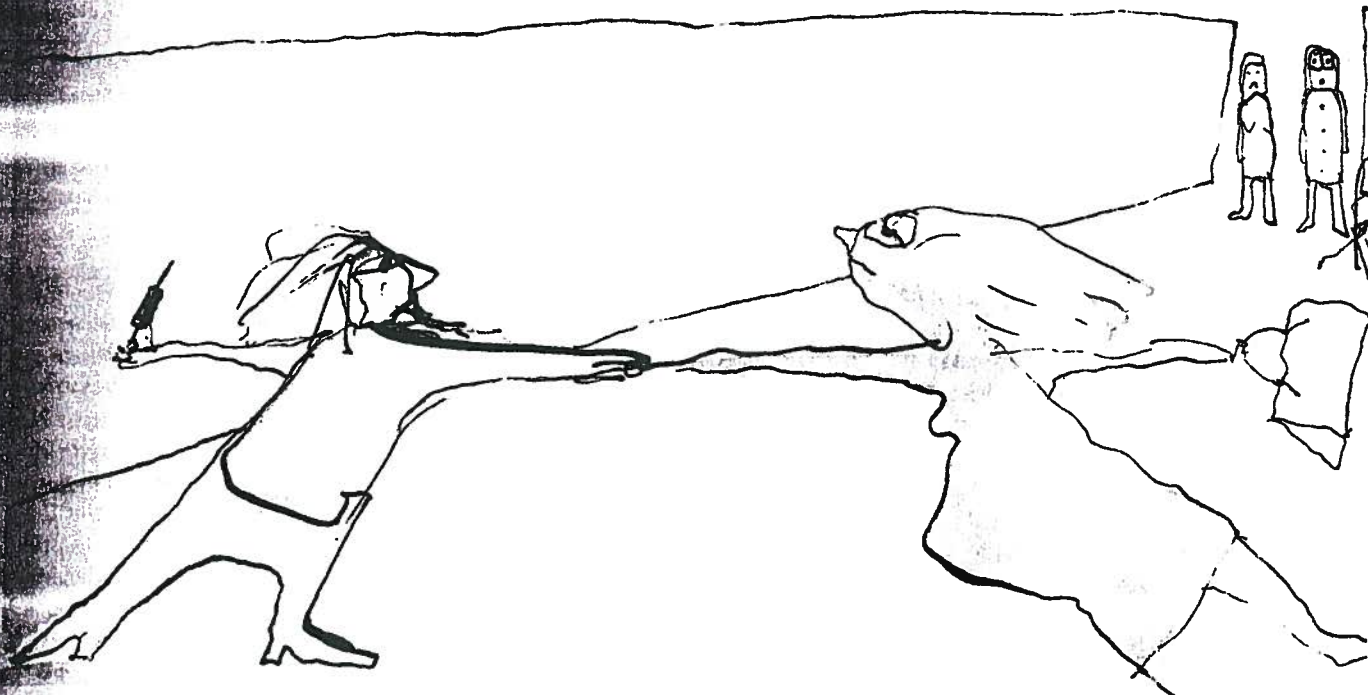
Jeg vil forsøge ud fra eksempler og erfaringer fra

mit – gennem mange år – daglige arbejde med gravide alkohol- og stofmisbrugere og deres børn at belyse problemstillinger om prænatalt omsorgssvigt.

Der fødes hvert år et stort antal børn med medfødte skader og handicap som følge af alkohol-, medicin- og stofmisbrug hos kvinder under graviditet. Det drejer sig om medfødte misdannelser, hjerneskader, for tidlig fødsel, væksthæmning, asfyksi, fødselskomplikationer, dødfødsler, neonatale abstinenssymptomer og andre neonatale sygdomme og komplikationer. Efterfølgende kan disse tilstande og komplikationer hos børnene ydermere forstærkes af dårlige og ustabile opvækstforhold, som ofte er til stede i disse familier, præget af forskellige grader af deprivation, omsorgssvigt og mishandling. Det er velkendt, at børn med medfødte skader og handicap er langt mere udsatte for omsorgssvigt og mishandling end børn, som fra fødslen er sunde og normalt udrustede, og at børn med medfødte vanskeligheder er langt mere sårbare over for ustabilitet i opvækstmiljøet.

De her nævnte skader hos børnene er direkte relaterede til mødrenes adfærd og livsforhold under graviditeten og kan forebygges ved tværfaglig intervention, såfremt mødrene kan motiveres til behandling og støtte til at blive stoffri og ændre på vaner og livsstil.

I langt de fleste tilfælde er de gravide kvinder motiveret for hjælp og behandling, men der er tilfælde, hvor kvinderne ikke er i stand til at indgå i behandling eller svangrekontroller med særdeles alvorlige konsekvenser for børnene til følge. I disse tilfælde har man ingen muligheder for at gribe ind med foranstaltninger



TEGNING: NIELS KRAG

Et sikring af barnets udvikling og velfærd før efter, at barnet er født. Kun i tilfælde, hvor den gravide er sindssyg og til fare for sig selv eller andre, kan hun tvangsindlægges og tvangsbehandles. Og begrebet »andre« dækker i denne sammenhæng ikke det ufødte barn, idet barnet i juridisk forstand ikke er et selvstændigt individ, før det er født. Det ufødte barn har ingen retsstilling, når det gælder liv og førlighed.

Eksempler fra den kliniske hverdag

Eksempel 1

En 22-årig førstegangsfødende gravid kvinde med i.v. narkotikamisbrug og prostitution siden 13-årsalderen indlægges i 16. svangerskabsuge til methadonbehandling og aflastning. Hun forlader dagligt svangreafdelingen og vender dagligt tilbage i svært påvirket tilstand. Flere gange indbringes hun til skadestue i komatøs tilstand, hvor der behandles med Nalone. Hun giver udtryk for motivation for hjælp og behandling, men er ikke i stand til at profitere af behandling i åben afdeling. Det ufødte barn udsættes således for gentagne og langvarige perioder med svær intrauterin asfyksi med risiko for intrauterin død eller svær cerebral skade. Barnet fødes til terminen, udvikler svære abstinenser og har nu i en alder af 4 år betydelige udviklingsproblemer med hjerneskadesymptomer. Moderen dør 2 måneder efter fødslen af en overdosis heroin.

Eksempel 2

En 24-årig førstegangsfødende med i.v. heroinmisbrug siden 16-årsalderen henvises af egen læge i 25. svan-

gerskabsuge. Hun er samlevende med 38-årig svært belastet stofmisbrugende mand, som tillige er aids-syg og voldelig. Patienten indlægges på svangreafdeling og sættes i methadonbehandling. Hun afviser at blive hiv-testet. På grund af svært aggressiv og truende adfærd med voldsomme affektreaktioner i afdelingen må man opgive at have hende indlagt. Hun udskrives og afviser efterfølgende enhver form for behandling og svangrekontroller. Hun truer med at ville føde hjemme sammen med manden og uden professionel hjælp. Risikoen for barnet er i sagens natur meget stor: Intrauterin asfyksi, død, kompliceret fødsel, abstinenser, måske hiv-smitte og en mor, som ikke kan tage vare på barnet eller på sig selv.

Eksempel 3

En 31-årig tredjegangsfødende med i.v. stofmisbrug siden 16-årsalderen overflyttes fra provinshospital med vandafgang og præmature veer i 32. svangerskabsuge. Hun har på indlæggelsestidspunktet et blandingsmisbrug af heroin, methadon, Ketogan og Rohypnol. Hun indlægges på fødegangen, hvor hun sættes i behandling med vehæmmende medicin (Utopar) og methadon. Efter seks timer på fødegangen er der fortsat hyppige kontraktioner. Patienten seponerer selv sit Utopardrop og insisterer på at forlade fødegangen her og nu for at besøge sin kæreste i provinsen. Psykiater tilkaldes akut, men de finder ikke grundlag for tvangstilbageholdelse, da patienten ikke er psykisk, og barnet ikke er født. Risikoen for barnet er indlysende.

Eksempel 4

En 33-årig tredjegangsfødende med svært alkohol- og narkotikamisbrug siden 13-års-alderen henvises i 12. svangerskabsuge. Hun indlægges og sættes i methadon- og Fenemalbehandling. Patienten forlader dagligt afdelingen og vender dagligt tilbage i svært beruset tilstand. Hun indtager to flasker vodka dagligt foruden sin medicin. Da hun samtidigt optræder aggressivt og truende, kan svangreafdelingen ikke magte opgaven. Patienten overtals til indlæggelse i psykiatrisk afdeling, og psykiatrisk afdeling stiller som betingelse, at indlæggelsen hos dem ikke må strække sig ud over tre uger, hvorefter patienten skal tilbage til obstetrisk afdeling. Mod al forventning profiterer patienten fint af indlæggelsen i psykiatrisk lukket afdeling, hvor hun bliver nedtrappet med Fenemal, starter Antabusbehandling, afbalanceres i sin adfærd og befinder sig godt med indlæggelsen. Hun udskrives fra psykiatrisk afdeling efter tre uger mod eget og Familieambulatoriets ønske. Efter to dage i obstetrisk afdeling er hun recidiveret til sit gamle adfærdsmønster, herunder genoptagelse af sine to flasker vodka dagligt. Jeg bliver kaldt akut til afdelingen gentagne gange, den ene gang, da hun sidder med to flasker kirsebærvin og to 20 ml sprøjter og er i gang med at indtage kirsebærvinen intravenøst. Samtidig giver hun udtryk for gerne at ville tilbage til psykiatrisk afdeling. Hun føder præmaturt i 32. svangerskabsuge et barn med føtalt alkoholsyndrom og svære abstinenser. Barnet er nu ved 4-års-alderen svært retarderet, både hvad angår vækst, psykomotorisk udvikling og intellektuelt. Moderen døde af en overdosis heroin en uge efter fødslen.

Eksempel 5

En 38-årig andengangsfødende med alkohol- og stofmisbrug siden 24-års-alderen henvises i 10. svangerskabsuge. Hun er på henvisningstidspunktet i behandling hos privatpraktiserende psykiater med 100 mg methadon dagligt, men supplerer regelmæssigt med

Tabel 1. Børn af psykisk syge mødre med misbrugsproblemer, henvist til behandling i Familieambulatoriet 1984-1994. (n = 60 gravide kvinder).

Børnenes tilstand ved fødslen	n = 60	%
For tidligt fødte	15	25,0
Lav fødselsvægt	20	33,0
Iltmangel ved fødslen	12	20,0
Dødfødt	1	1,7
Abstinenser efter fødslen	38	64,0
Føtalt alkoholsyndrom	4	6,7
Føtal alkoholeffekt	5	8,3
Downs syndrom	1	1,7
<hr/>		
Større børn	n = 40	%
Døde	4	10,0
Drabsforsøg fra mors side	4	10,0
Potentiel børnedødelighed	8	20,0

Ketogan. Hun ønsker ambulansbehandling, men indlægges gentagne gange i graviditeten med behandlingskrævende abscesser. Hun går spontant i fødsel i terminen. Hun forlader fødegangen mod givet råd et par timer i fødselsforløbet. Da hun kommer tilbage, er der ingen hjertelyd. Hun føder en dødfødt pige.

Efterfølgende undersøgelser af barnet viser indhold af methadon, morfin, Ketogan, cocain, amfetamin, Stesolid og cannabis.

Eksempel 6

En 38-årig ottendegangsfødende med svært alkoholmisbrug gennem mange år og syv tvangsanbragte børn henvender sig i beruset tilstand på et herberg i København. Patienten er tydeligt gravid, men har ikke været i kontakt med professionelle i graviditeten. Det lykkes via socialforvaltningen at få patienten til at følge med dem ind til en undersøgelse på fødegangen. Hun afviser at blive indlagt, men lover at komme til ambulanskontrol. Siden har vi ikke set patienten. Hun har afvist at komme med ind til yderligere kontrol og har sagt, at hun vil føde i dølgsmål ved egen hjælp.

De givne eksempler må ikke refereres i dagspressen.

Ud over ovennævnte eksempler viser en gennemgang i Familieambulatoriet af obstetriske og pædiatriske journaler for 60 gravide kvinder og deres børn, som over en 10-årig periode har været indskrevet i Familieambulatoriet pga. misbrugsproblemer og psykiatrisk diagnose, at det ikke har været muligt, på trods af intens tværfaglig indsats, at nå disse patienter i en grad, som kommer deres nye barn tilstrækkeligt til gode.

Af Tabel 1 fremgår, at 25% af børnene er præmature, 33% small-for-dates, 64% har neonatale abstinenser, 15% medfødt alkoholskade, 7% føtalt alkoholsyndrom, og 1 barn er dødfødt, fordi moderen modsatte sig at få foretaget kejsersnit i fødselsforløbet.

Den her viste komplikationshyppighed svarer ganske til den, som var at finde i den undersøgelse, som i 1979-1981 blev foretaget på Rigshospitalet af 89 børn født af stofmisbrugende mødre, født i en periode før der fandtes tværfaglige interventionsprogrammer.

Ydermere viser undersøgelsen af de 60 patienter med *dual diagnosis*, at de forud for graviditeten havde i alt 40 børn. Fire af disse børn (10%) er døde af omsorgssvigt, fire børn (10%) har været udsat for drabsforsøg fra moderens side og er nu anbragt uden for hjemmet. Der er således tale om en potentiel børnedødelighed på 20% i denne risikogruppe. De 40 børn var født uden tværfaglig indsats under graviditeten og var derfor udskrevet til deres mødre efter fødslen. Vedrørende de 60 nye børn, 59 levendefødte, var der via Familieambulatoriet i samarbejde med socialforvaltningen før fødslen tilrettelagt en behandlingsplan, som forelå på fødselstidspunktet, hvorfor disse børn ikke blev udskrevet efter fødslen uden omfattende hjælpeforanstaltninger.

Disse resultater dokumenterer tydeligt, at de eksisterende rammer og muligheder for behandling og beskyttelse af børnene langtfra er tilstrækkelige. Der må findes andre metoder til for at nå disse patienter og deres børn.

Konklusion

Jeg mener, at der er behov for en lovgivning, som sikrer det ufødte barns ret til en normal udvikling og omsorg. Sædvanligvis er jeg ikke tilhænger af tvang eller af den opfattelse, at man kan lovgive sig ud af problemerne, men i tilfælde, hvor børns liv og udvikling er alvorligt truet, er det nødvendigt at have mulighed for tvangsforanstaltninger, som man jo har det for fødte børn. Jeg er helt bevidst om, at en lovgivning om ufødte børns rettigheder fører etiske og moralske problemer med sig i kølvandet, og jeg har da heller ikke et konkret bud på, hvordan en sådan lovgivning burde se ud.

Hvor går grænserne for tilladelig adfærd? Hvilken fosteralder skal loven omfatte? Hvem skal bestemme i de konkrete situationer, osv.?

Men i og med at vi har en lov, som giver ret til at vælge barnet fra før 12. svangerskabsuge og en mulighed for at vælge barnet fra via Abortsamrådet på et senere tidspunkt i graviditeten, bør en beslutning om at gennemføre graviditeten medføre et vist minimum af krav om ansvar og omsorg for det ventede barn. Også forældrene svigtes, når der ikke sættes optimalt ind for at forhindre, at deres børn skades. Forældre i en van-

skelig livssituation, ønsker i samme grad som andre forældre, det bedste for deres børn.

I vore nabolande Norge og Sverige har man nu indført lovgivning, som omfatter det ufødte barn og giver mulighed for tvangsforanstaltninger over for gravide med det formål at beskytte barnets udvikling og velfærd.

Man kunne forestille sig, at bistandlovens paragraffer vedrørende børns velfærd kunne udvides til at omfatte de sidste måneder af graviditeten, hvor fostret har nået en alder og størrelse, hvor det vil være levedygtigt, hvis det blev født.

Inden der gribes til tvangsmæssige foranstaltninger, skal der selvfølgelig forinden have været et tilbud om hjælp og behandling og gjort et intensivt forsøg på foranstaltninger på frivilligt basis.

En lovgivning på området ville sikre mulighed for en tidligere indsats over for svært truede børn, idet nuværende lovgivning er med til at fastholde den praksis, at der i de fleste tilfælde ikke tages initiativ til foranstaltninger for familien under graviditeten af hensyn til tavshedspligten, idet underretningspligten – efter nuværende lovgivning – ikke er gældende før efter barnets fødsel. Jeg mener ikke, at vi kan være med til at tage ansvar for, at børn skal betale med deres liv for forældrenes ret til at opfylde egne kortsigtede behov før fødslen. Tillige er det et stort samfundsøkonomisk og etisk problem, at der fødes handicappede børn, hvis handicap kunne være forebygget.

UGESKRIFTER LÆGER 1992 4 116, 1992

1. Care: Ikke at til almindelig skrifter buegr, mer udenom, eller dette system, eller i kasuistik på kasuistik tid, der går med at finde indstern. Udvikling i kvaliteten i det arbejde væsen bestemmes af hvad man ager tale for. Hvem prioriterer her?

DADLN

Nye medi

»M