

Stockholms universitet
Institutionen för socialt arbete
Socialhögskolan

Mamma, barn och Subutex

Marie-Anne Egerö
Magisteruppsats 20 poäng
Vt 2005
Handledare: Ted Goldberg

Förord	3
Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Begrepp och begreppsdefinition	4
Svårt skaffa en nyanserad bild av Subutex	5
Subutex påverkar men är mildare än metadon och heroin	6
Subutexunderhållsbehandlingens syfte och regelverk	7
Avgiftning, underhållsbehandling, effekt och varaktighet	8
Biverkningar	8
Olika uppfattningar differentierar möjligheterna till vård	8
Många sjuka och döda en följd av det ökade missbruket	9
Olika motiv till illegal Subutexkonsumtion (Subutexmissbruk)	11
Svårt ta reda på vad missbruket kostar och vad som är bra missbrukarvård	11
Subutexunderhållsbehandling och graviditet	12
Inte lätt bli gravid under pågående opiatmissbruk	12
Oväntade graviditeter efter inledd Subutexunderhållsbehandling	12
Barnets hälsa efter Subutexexponering	13
Lindrigare abstinens hos barn som exponerats för Subutex jämfört med metadon	13
Tendens till överaktivitet	15
Franska och österrikiska erfarenheter av Subutexexponerade barn	15
Rökning också en riskfaktor	16
Drogfri graviditet alltid bäst	16
Uppföljning ger användbar information	16
Syfte	17
Frågeställning	17
Missbruk och missbrukets orsaker (litteraturavsnitt)	17
Många förklaringar till varför människor börjar missbruka	17
Psykiatrisk problematik vanligt hos missbrukaren	17
Missbruket utvecklas i interaktion med andra	18
Viktigt förstå varför människor väljer att missbruka	18
Variabler som kan leda till utdefiniering	19
Inte en fråga om att njuta	19
Heroinet som medicin för ett uthärdligt liv	20
Både inre och yttre omständigheter bakom missbruket	20
Missbruksförloppet	21
Relationer betydelsefulla i läkningsprocessen	22
Övergång från illegala till legala droger leder missbrukaren bort från avvikarrollen	22
Kvinnor och barn i missbruket (litteraturavsnitt)	23
Kvinnoidentitet ungt forskningsområde	23
Moderskapet viktig del av den kvinnliga sexualiteten	23
Bli mamma något de flesta kvinnor längtar efter	24
Graviditetens betydelse för anknytningen till barnet	25
Kvinnans livsförändringsperioder	25
Hjälp under graviditeten ökar möjligheten till en trygg anknytning	25
Med fungerande anknytning följer förmåga att ge omsorg	26
Trygg eller otrygg anknytning	27
Hållandets betydelse	28
Mammor med missbruksproblematik speciellt sårbara	28
Lätt glömma barnet i arbetet med mamman	28
Omsorgsförmåga och omsorgssvikt	29
Stämplingsteorin (litteraturavsnitt)	30
Att stämplas till utanförskap ruckar vår självuppfattning	30
Stämpling ger konsekvenser	30
Männen och våldet (litteraturavsnitt)	31
Kvinnor som finner sig i att bli slagna	31

Våld leder till en förvrängd verklighetsuppfattning	32
Boendet (litteraturavsnitt)	32
Att inte veta var man ska bo försvårar inträdandet i samhället	32
Bostad inte en social rättighet	32
Perspektivval	33
Metod	33
Validitet och tematisering	34
Förhandsinformation skapar föreställningar	34
Fastställande av intervjuresultaten	35
Kvalitativt ska sociala problem begripas på djupet	35
Uppsatsskrivande en process som tar tid	36
Liten ordlista	37
Fyra professionella aktörer	37
Angeläget med täta tvärprofessionella nätverk kring mammorna	38
För att skapa en relation med mamman behövs både tid och kontinuitet	38
Bara i början av sitt förändringsarbete	39
Fem kvinnor och deras berättelser	40
Introduktion	40
Kvinnornas uppväxt	42
Kvinnornas funderingar över vilka de var innan de började missbruka	43
Heroinets betydelse	43
Erfarenheter av mäns våld	44
Om prostitution och att sälja sig	45
Vanligt med tidigare behandlingar och att ha suttit i fängelse	45
Om beslutet att försöka sluta missbruka heroin	46
Subutexets betydelse	48
Återfall och tankar om återfall	50
Oväntad eller planerad graviditet	52
Förlossning. Abstinens hos barnet. Amning.	54
Ingen av kvinnorna är storrökare	58
Händelser och tankar kring förlossning, barn och föräldraskap	58
Alla barnens pappor missbrukar eller har tidigare missbrukat opiater (heroin)	66
Kvinnorna om faktorer de tror kan hjälpa dem in i samhället	66
Hepatit C en sjukdom utan behandlingsplanering	69
Socialtjänstens utredning av barnet	69
Epilog	70
Analys och diskussion	71
Obearbetad historia och senare avvikelser som leder till ångest	71
Ingen gagnas av den rådande kategoriseringen	71
Föreskrifter ställer krav på en samordning som inte alltid finns	72
Specialistbarnavård saknas men behövs	73
Att hjälpa kvinnorna är att ta ett samhälleligt ansvar för deras barn	73
Känner sig i underläge och anser behandlingskraven för stränga	74
Genom att få Subutex kan kvinnan uppleva att hennes problem tas på allvar	75
Mammor som nyligen avslutat ett missbruk behöver vård dygnet runt	75
Stärkande att ha någon att ringa	76
Viktigt ta reda på hur barnens hjärnor påverkas	76
Slutsats	77
Fyra professionella aktörer om gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex	78
Fem gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex	79
Slutord	82
Referenser	83

FÖRORD

Tack mammor! Utan era berättelser hade det inte blivit någon uppsats. Tack Ted Goldberg för tålmodig och klok lotsning. Och tack kolleger samt alla ni inom missbruks-, mödra- och barnavård, utredningsenheter, boendestöd och brukarföreningar som bidragit med tänkvärda synpunkter och värdefulla erfarenheter. Dessutom – tack stiftelsen Allmänna Barnhuset och FoU Stockholm för det stöd som möjliggjort konferenser och skrivtid.

SAMMANFATTNING

Det här är en studie om fem kvinnor som innan de blev gravida haft ett opiatmissbruk under flera år och som nu underhållsbehandlas med det syntetiska opiatpreparatet *Subutex*. Studiens empiriska underlag utgörs dels av intervjuer med de fem kvinnorna, dels av intervjuer med fyra professionella aktörer inom missbruks- och barnavårdsområdet. Intervjuerna med kvinnorna spänner över deras totala livssituation, deras historia och hur de ser på framtiden – medan de fyra professionella delar med sig av sina erfarenheter av underhållsbehandling med *Subutex* ihop med inträdandet i föräldrarollen.

Med *Subutex* slipper de intervjuade kvinnorna den nedbrytande jakten på heroin och får uppleva en relativt snabb kroppslig återhämtning. Att dessa faktorer underlättar vid graviditet var något behandlarna inte tänkte på till en början. Således fanns ingen uttalad beredskap för situationen när det började födas *Subutex*exponerade barn ungefär ett och ett halvt år efter den svenska lanseringen av *Subutex* hösten 1999. Idag är barnen omkring 40 till antalet och majoriteten av dem har fötts på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Vid lanseringen presenterades preparatet – vars aktiva substans är *buprenorfin* – som ett alternativ till metadon. Men det beskrevs som något som var mildare, som inte påverkade lika mycket. Samtidigt var det rejält omdiskuterat. Medan förespråkarna såg medicinering med *Subutex* som en möjlighet för opiatmissbrukaren att orka ta tag i sina problem och bearbeta dem såg motståndarna något annat, en drog som dämpade symtomen så att locket lades på problemen och därför fanns kvar. Och detta är en diskussion som fortfarande pågår. Som exempel vägrar de flesta av våra behandlingshem att komplettera sin behandling med *Subutex* med argumentet att en drog inte ska ersättas av en annan. Att regelverket kring förskrivningen har stramats upp tycks inte ha påverkat ställningstagandet. Tidigare kunde vilken läkare som helst förskriva preparatet medan förskrivningen numera omges av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande ”läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende” (SOSFS 2004:8). Något av det som reglerats är att den behandlande läkaren ska vara insatt i missbruk och att sjukvården måste samarbeta med socialtjänsten.

En återkommande beskrivning kring barnafödslarna är att graviditeten inträffat någon eller några månader efter inledd *Subutex*underhållsbehandling och att den varit oväntad. Här finns förmodligen flera förklaringar. En kan vara att mamman burit en bild av sig själv som en kvinna som inte kan bli mamma. Under aktivt opiatmissbruk har hon kanske bara haft ägglossning och menstruation någon enstaka gång – eller inte haft det alls. Hon har inte kopplat missbruket till barn och föräldraskap. När hon sedan kort efter inledd *Subutex*underhållsbehandling återfått sina normala livsfunktioner, som förmågan att bli gravid, kan det ha skett innan hon själv förstått det. Komplikationen då är att hon parallellt med inträdandet i föräldrarollen är en kvinna med en oklar kvinnoidentitet och en obearbetad historia.

BAKGRUND

Begrepp och begreppsdefinition

Inom missbruksforskningen finns en begreppsdistinktion som illustrerar olika sätt att se på människan i missbruket. Att det är så ställer krav på författaren och på läsaren. Vi tar med oss en egen begreppsdefinition. Så, hur förhåller jag mig till det som sägs? Vem är missbrukaren för mig? Vad innebär det att vara missbrukare i den text jag har framför ögonen?

Att läsa missbrukslitteratur är också att bekanta sig med en rik begreppsflora där snarlika begrepp skiljer i innebörd och olika begrepp står för samma saker. Lika mycket som att förhålla sig gäller alltså att vara lyhörd för orden, att försöka begripa vad som faktiskt sägs. Det är inte alltid självklart. Betyder som exempel att den jag definierar som narkotikamissbrukare alternativt problematisk konsument av illegala droger är vad någon annan definierar som drogbrukare? Eller står drogbruk för något annat?

I den begreppsvärld jag valt att anamma är *problematisering* och *konsumtion* detsamma som *missbruk* och *bruk*. Med andra ord är missbrukarens konsumtion problematisk. Här ingår att se människan som en tänkande, planerande och handlande varelse. Som missbrukare av droger är hon *mer* än en konsument av droger, hon är någon som gjort droger till "första prioritet" och som "tillåter psykoaktiva substanser att spela en dominerande roll" i sitt liv (Goldberg, 2000, s 30). Jag instämmer också i att både missbruk och bruk av både legala och illegala droger (narkotika) förekommer (a a, s 29). Som socialsekreterare har jag som exempel mött individer som konsumerat så stora mängder legalt förskrivna psykofarmaka att de själva beskrivit sig som läkemedelsmissbrukare, det vill säga som problematiska konsument av psykofarmaka. Andra har beskrivit sig som drogkonsument i rekreativ- eller experimentellt syfte. De har rökt cannabis under en tid eller några gånger och kanske inte brytt sig om det mera. Drogen har inte spelat en dominerande roll i deras liv.

Den jag definierar som narkotikamissbrukare alternativt problematisk konsument av illegala droger kan av andra kallas för narkoman, narkotikabrukare eller för det mer medicinska begreppet substansberoende – medan narkotikamissbruk kan benämnas narkomani. Där jag skriver missbrukarvård och missbruksbehandling kanske andra skriver beroendevård. Och så vidare. Det finns en rad fler begrepp än de nyss nämnda.

Just beroendebegreppet, som bland annat används inom sjukvården och av Socialstyrelsen, har en mer diffus och predestinerad innebörd för mig än begreppet missbruk. Det går nog att säga att alla som försöker sluta missbruka är övertygade om att de är beroende, de känner behov av att få drogen. Någon tid efter att de slutat missbruka minskar drogbehovet (abstinensen planar ut). Istället tillkommer kanske en depressiv känsla och en slags längtan. Är de då beroende? Att hjärnans receptorer påverkas av droger, som exempelvis opiater, går inte att betvivla. Det visar bland annat abstinensen. Men hur kan jag veta att den känsla som uppstår när abstinensen är förbi är ett fysiskt behov av just drogen? Och inte ett uttryck för det som känns i en människa som är i stark stress, rädsla, sorg eller avsaknad av mänsklig närhet? Allt det som kan kännas när hon inte konsumerar drogen? Inför mig själv har jag inte lyckats landa i ett givet och bestämt svar på den frågan. Att det finns olika uppfattningar har gjort mig fortsatt nyfiken på hur de uppstått. Om en uppfattning är att det finns ett beroende av drogen också efter abstinensen, vad grundas den i? Och vilka är argumenten för att det inte förhåller sig så?

Uppsatsen innehåller ett antal citat där begreppen varierar. Genom att infoga de begrepp som ingår i min begreppsapparat hoppas jag mildra en eventuell begreppsförvirring. Som exempel: "... vid opiatberoende [opiatmissbruk]...".

Svårt skaffa en nyanserad bild av Subutex

Upptakten till det här uppsatsarbetet är ett nytt läkemedel, ett syntetiskt opiatpreparat för avgiftning och underhållsbehandling vid opiatmissbruk. Preparatet lanserades i Sverige hösten 1999, dess aktiva substans är *buprenorfin* medan läkemedelsföretaget Schering-Ploughs registrerade namn på sin produkt är *Subutex*.

Preparat som klassas som opiater stillar smärta och har en dämpande effekt. Opiater används både legalt och illegalt och vid illegal konsumtion är heroin den vanligast förekommande opiaten. Andra opiater som konsumeras illegalt kan vara sådana som också nyttjas legalt inom sjukvården, som morfin, metadon och numera även Subutex. Precis som morfin utvinns heroin ur opium, vilket i sin tur är framställt av saften från opiumvallmons frökapslar – medan metadon, liksom Subutex, framställs på kemisk väg.

Substansen buprenorfin är inte lika ny i svensk sjukvård som läkemedlet Subutex. Buprenorfin har använts som analgetikum (smärtstillande medel) i läkemedlet Temgesic sedan 1991. Temgesic används bland annat i samband med operationer men också i missbruksbehandling. I uppsatsen avses dock genomgående buprenorfin i Subutex när ordet buprenorfin förekommer.

Mitt intresse för Subutexunderhållsbehandling tog fart i början av år 2002. Då var jag socialsekreterare i en barn- och familjegrupp i Stockholm och stod inför en utredning där en blivande mamma var Subutexpatient. När hon berättade att hon havandeskapet igenom fick en daglig dos på 24 milligram Subutex var min spontana reaktion att "det lät oroväckande". Jag undrade hur preparatet påverkade henne och barnet hon väntade, men kände inte till mer om Subutex än att det var ett opiatpreparat ungefär som metadon, fast en mildare variant. Samtidigt spreds ett rykte i stadsdelen där jag arbetade, att kvinnliga Subutexpatienter verkade ha ovanligt lätt för att bli gravida. Det "stämde" med den blivande mamman som hade blivit gravid bara någon månad efter inledd behandling. Fanns fog för ryktet var det sannolikt att socialtjänsten skulle komma att möta fler Subutexexponerade barn, tänkte jag, och funderade över om något specifikt utmärkte dem och deras mammor. Läsning av läkemedlets bipacksedel gjorde mig än mer nyfiken: "Subutex binder till opioidreceptorer i hjärnan och minimerar efter en längre tid missbrukande patienters drogbehov". Är det verkligen så enkelt, frågade jag mig. Varför, i så fall, är det inte en förhärskande behandling? Dilemmat var att det var svårt att skaffa sig en nyanserad bild av preparatet och behandlingen. Metoden var inte särskilt känd, men där den var det var den både starkt ifrågasatt och mycket efterlängtd.

Vid den här tidpunkten tog jag för givet att Subutexexponerade barns medicinska hälsa och kognitiva utveckling var ett redan utforskat område. Behandling hade pågått ett antal år i länder som Österrike, Norge, Australien och Frankrike. Någon borde ha varit intresserad av hur det hade gått för de barn som hade fötts där, trodde jag, men lyckades inte hitta några sådana studier. Jag föreställde mig också att den svenska förskrivningen alltid skedde under kontrollerade former av läkare insatta i droger och missbruksproblematik. Så var det inte. Vilken läkare som helst kunde skriva ut preparatet, något som också skedde. Samtidigt som läkare inom landstingen talade om vikten av kontroll anmälades ett antal privatläkare till Socialstyrelsen för överförskrivning.

Subutex påverkar men är mildare än metadon och heroin

Min föreställning om Subutex som ett preparat ungefär som metadon kom att revideras. Av docent Markus Heilig, forskningschef vid USA:s nationella alkoholforskningsinstitut men också anlitad som expert av Socialstyrelsen, fick jag förklarat att Subutex, trots att det är ett opiatpreparat, ändå måste betraktas som något annat än metadon och heroin. Hos de sistnämnda, som är så kallade fulla agonister (en agonist är en substans som har samma effekt som kroppens eget signalämne på en viss receptor) är receptoraktiveringen hög och förenad med livsfara. Som partiell agonist har den aktiva substansen buprenorfin i Subutex inte samma fulla effekt. Buprenorfinet når bara en viss nivå, en plåtå. Men det agerar agonistiskt på så sätt att receptorer som påverkar opiatsug blockeras. Dessutom blockerar buprenorfinet effekten vid intag av heroin, vilket innebär att den eftersträvade euforin, ”kicken”, uteblir. Man blir inte ”hög”. Men om detta finns olika synsätt. Att begreppet ”hög” inte behöver vara synonymt med att känna eufori skildras som exempel av Chein m fl (se s 20).

Det var inte bara från läkarhåll jag hörde Subutex beskrivas som något annat än metadon och heroin. Mammor och behandlare skildrade preparatet som något lättare, ”light”, som något som inte påverkade lika mycket som metadon, vilket man kunde bli trött och ”såsig” eller ”dåsig” av – och därmed distanserad¹. Flera av de Subutexpatienter jag talade med sade att de inte kände sig påverkade alls av preparatet, snarare att ”det kändes” när de inte fick det. Den informationen fick mig att fundera över om förändringsarbetet med Subutex var mera görligt parallellt med inträdandet i föräldraskapet jämfört med metadon. Fast även ”Subutex-mammorna” kunde av behandlare beskrivas som känslomässigt avtrubbade. Det som sades var att de, mer än andra mammor med en missbruksproblematik, tenderade att dröja innan de kom igång med sitt förändringsarbete mot missbruket. Subutextabletten var så att säga ”good enough”. Jag har inte fördjupat mig i jämförelser mellan effekterna av Subutex och metadon men finner det tänkvärt eftersom det kan ha betydelse för anknytnings- och samspelsprocessen mellan mamman och barnet. Ett tryggt anknutet barn förutsätter en närvarande mamma medan ett otryggt anknutet barn kan ha en mamma som inte förmår känslomässig närvaro (Brodén, 2004, s 37).

Vad jag framför allt stötte på då i början av år 2002 var att fler än jag var nyfikna på temat graviditet, föräldraskap och underhållsbehandling med Subutex. Det ledde till ett par tvärprofessionella flerdagarskonferenser på stiftelsen Allmänna Barnhusets konferensgård Sättra Bruk som missbruksläkaren Johan Kakko, överläkare vid Beroendecentrum i Stockholm, och jag arrangerade våren 2002 och våren 2003. Inbjudna var socialarbetare, missbruks-, förlossnings- och barnläkare, barnexperter, mödra- och barnavårdspersonal, beslutsfattare, boendestödare och behandlare från hela Sverige samt ett par medicinska missbruksforskare från Österrike och Finland.

Johan Kakko är en av männen bakom *Mariamodellen*, en biopsykosocial behandlingsmodell där bioinslaget är Subutex. När vi lärde känna varandra arbetade han med en dubbelblindstudie för att studera effekterna av preparatet. Det är en studie där varken läkare eller patienter är informerade om vem som får läkemedel och vem som får placebo (blindtablett, sockerpiller). Undersökningen var inte klar men det fanns en hoppfullhet inför resultatet, att buprenorfinet i Subutex kunde hjälpa opiatmissbrukare att stå emot så kallad *craving*. Det är ett vanligt begrepp bland missbruksläkare och betyder ungefär en stark och krävande dygnet-

¹ Påtalas ska att även metadonpatienter kan beskrivas som känslomässigt närvarande när de är rätt inställda på sin dos. Att många metadonpatienter i långtidsbehandling som exempel klarar att yrkesarbeta visar på en normalitet, att de inte är avtrubbade.

runt-längtan efter drogen. En längtan som, enligt vissa uppfattningar, inte (någonsin) upphör efter att opiatmissbrukaren lidit sig igenom sin abstinens (jämför gärna med teorin om ”kvardröjande droghunger” på grund av bestående ämnesomsättningsrubbnings, se s 21.) Studiens 40 patienter hade alla fått psykosocial behandling, som stödsamtal enskilt och i grupp. Utöver det hade hälften fått Subutex och hälften placebo. När studien offentliggjordes i maj 2002 visade det sig att samtliga i placebogrupperna hade återfallit till opiatmissbruk medan 15 patienter i Subutexgruppen, 75 procent, var kvar i behandling (Kakko m fl, 2003). Under perioden som beskrivs ovan tilltog mitt intresse för hur det var att som kvinna träda in i en (oväntad) föräldraroll parallellt med ett nyligen påbörjat förändringsarbete mot livet som opiatmissbrukare. Jag undrade hur det var att realisera detta som just Subutexpatient.

Subutexunderhållsbehandlingens syfte och regelverk

Att en opiatmissbrukare ersätter opiaten heroin med det syntetiska opiatpreparatet Subutex (eller med metadon) kan tyckas som en paradox. Men från myndighetshåll finns en uttalad intention. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande ”läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende” [opiatmissbruk] som beslutades i augusti 2004 är syftet att opiatmissbrukaren ska ”upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation” (SOSFS 2004:8, 2 kap 1 §). Föreskrifter är bindande regler och enligt föreskrifterna får underhållsbehandling endast ges ”på en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård” [missbrukarvård] (a a, 2 kap 2 §). Det är alltså inte längre möjligt för vilken läkare som helst att förskriva Subutex, något som måste ses som en rimlig förändring. En kritik har som exempel varit att alltför lättvindig förskrivning kan ha bidragit till illegal spridning av preparatet.

Den läkare som har ansvaret för underhållsbehandlingen svarar för att en *vårdplan* upprättas i samråd med patienten och kommunens socialtjänst. Vårdplanen är viktig då den utgör en grund för de villkor som ska gälla för underhållsbehandlingen, såsom regelbundna urinkontroller (a a, 4 kap 6 §). För att få underhållsbehandling ska opiatmissbrukaren ha fyllt 20 år (undantag kan göras vid synnerliga skäl) och ha ett ”dokumenterat opiatberoende [opiatmissbruk] sedan minst två år”. Hon ska förstå vad behandlingen innebär och lämna samtycke. Har annan behandling bedömts vara tillräcklig får underhållsbehandling inte påbörjas. Inte heller om patienten konsumerar andra narkotiska preparat än opiater eller alkohol ”på ett sätt som innebär en oacceptabel medicinsk risk” (a a, 4 kap 2 och 3 §§). Att den som ska ges behandlingen måste lämna samtycke betyder att ingen kan påtvingas underhållsbehandling, vare sig med Subutex eller metadon. Sådan behandling får som exempel inte ges med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870). Däremot kan den som är föremål för en frihetsberövande åtgärd ges underhållsbehandling om den läkare ”som har ansvaret för vårdplaneringen finner att förutsättningarna för sådan behandling är uppfyllda och bedömer det lämpligt” (a a, 4 kap 4 och 5 §§).

Trots att det uttalade syftet inte är att opiatmissbrukaren ska sluta konsumera opiater utgår jag från att det är vad de flesta som träder in i en Subutexunderhållsbehandling vill, att det är målet. Också det är en process som regleras av föreskrifter: ”En avveckling av underhållsbehandlingen får påbörjas endast om det föreligger en stabilisering av patientens hälsotillstånd och sociala situation sedan minst ett år.” (a a, 6 kap 1 §) Syftet ska ha uppnåtts innan, vilket betonas, en stegvis och väl planerad avveckling kan inledas. Förekommer återfall eller svåra abstinensbesvär vid avvecklingen ska den avbrytas omedelbart och ett nytt försök göras ”tidigast efter ett år av stabilt hälsotillstånd och stabil social situation” (a a). Underhållsbehandling kan härmed förstås som en mycket långvarig historia.

Avgiftning, underhållsbehandling, effekt och varaktighet

Innan underhållsbehandling med Subutex inleds måste opiatmissbrukaren vara avgiftad. Ett avgiftningsschema, såsom jag fått det beskrivet, kan vara sex dagar långt och assisterat av Subutex. Preparatet ges då i tvådagarsintervaller i en gradvis nedtrappning. Avgiftning med Subutex förekommer även på ställen som inte följer upp med att ge underhållsbehandling med Subutex. Men där man gör det ställs underhållsdosen in när avgiftningen är avklarad.

Inställningen är en process som kan ta flera månader då man prövar sig fram till en dosnivå där patienten upplevs som ”stabil”. Dessa nivåer kan se olika ut. Hos kvinnorna i min undersökning finns som exempel en spännvidd mellan 8 milligram och 32 milligram Subutex som dygnsdos. Att effektnivån påverkas mycket lite när Subutexdosen ökar från exempelvis 8 milligram till 16 milligram urskiljer jag som en information som kan vara relevant med hänvisning till påverkan på fostret. Enligt uppgift förlängs durationen (varaktigheten) när dosen ökas, vilket förklarar varför Subutex kan ges som en engångsdosering per dygn eller som dubblerad dos om Subutex av någon anledning inte kan ges följande dag. Subutex ska tas sublinguallt. Det betyder att tabletten ska lösas upp under tungan. Proceduren tar några minuter och sker övervakad av en sjuksköterska under en period på minst sex månader innan patienten tillåts ta med preparatet hem. Under övervakningsperioden sker urinkontroller flera gånger i veckan. Avsikten är att spåra heroin, amfetamin, cannabis och bensodiazepiner (lugnande medel och sömnmedel).

Biverkningar

Att Subutexintag inte är riskfritt framgår av FASS (se www.FASS.se). Är patienten överkänslig kan buprenorfinet i Subutex påverka andning och lever. Andra biverkningsymtom är förstoppning (gäller alla opiater), huvudvärk, kräkning, svaghet och yrsel samt abstinens vid avbruten behandling. Försiktighet rekommenderas när det gäller Subutex i kombination med bensodiazepiner på grund av risk för andningsdepression, något som kan leda till döden. Detta menar jag är särskilt viktigt att notera då läkemedlet Rohypnol är bensodiazepiner som är vanligt förekommande bland opiatmissbrukare.

Olika uppfattningar differentierar möjligheterna till vård

Att kvinnorna i min studie är Subutexpatienter innebär att de, förutom att de uppfyller kriterierna, också bor någonstans där det erbjuds Subutexunderhållsbehandling. För så är det idag att nästan alla svenska behandlingshem säger nej till att komplettera sin behandling med Subutex med ställningstagandet att en drog inte ska ersättas av en annan. Öppenvården har en annan hållning, åtminstone i mellersta och södra Sverige. Norrut är det kärvare. När som exempel Maria Jansvik i RFHL:s tidning Oberoende nr 2/04 försöker ta reda på varför Sundsvall inte delar ut Subutex får hon beskedet att kommunen och landstinget inte anser sig ha de summor de menar behövs för den typen av behandling (Jansvik, 2004, s 20). Det är en uppgift som i och för sig kan stämma med vad regeringens narkotikapolitiska samordnare Björn Fries (Mobilisering mot narkotika, MOB) påpekar, att de svenska kommunerna den senaste tioårsperioden har minskat resursfördelningen på missbruksområdet med 10-15 procent (Korpskog, 2004, s 69). Men det räcker inte som förklaring i exemplet Sundsvall. En genomgång av artiklar i Sundsvalls Tidning 2003-2004 och samtal med Sundsvallsbor åskådliggör en oro gällande underhållsbehandling som metod. Sedan hösten 2004 har dock situationen i Sundsvall förändrats då kommunens socialtjänst inlett ett samarbete med

Beroendecentrum i Stockholm för förskrivning av Subutex och Ulleråker utanför Uppsala för förskrivning av metadon. I Sundsvalls Tidning den 4 oktober 2004 redogör den ansvarige inom Sundsvalls socialtjänst, Kjell Arne Sköldh, för beslutet: ”Vi måste se vad forskningen säger, fortsätta ha en bra kontroll och kunna ge ett gott stöd till missbrukarna.” (Elfving, 2004) Samtidigt som den psykosociala behandlingen för tjugotalet berörda Sundsvallsbor sker inom socialtjänsten och utdelningen av preparaten görs av kommunanställda sjuksköterskor finns alltså de förskrivande läkarna många mil från orten. Att det egna landstinget har mandat att vägra förskrivning trots ett övergripande beslut om att Sverige tillåter Subutex illustrerar komplexiteten i frågan. Helt klart existerar en diskrepans mellan förespråkare och avståndstagare. Hos de sistnämnda kan motståndet tolkas till att Subutex urskiljs som något som dämpar symtomen så pass mycket att locket läggs på problemen och därför finns kvar. Medan förespråkarna kan förstås på motsatt sätt. Det är just genom att dämpa symtomen som missbrukaren orkar ta tag i sina problem och bearbeta dem. Tolvstegshemmet Korpberget strax utanför Sundsvall tillhör dem som bestämt tar avstånd. Men att motstånd kommer till uttryck hos företrädare för tolvstegsprogrammet (Minnesotamodellen) anser jag går att begripa utifrån deras idé om behandling som ju bygger på ett stegvis erkännande av ”karaktärsfel” inför en ”högre kraft”, Gud, och ett ”andligt uppvaknande” (www.daa.nu och www.korpberget.com). När motståndet finns hos landstingspolitiker och psykiatriker anställda av landstinget har det en annan innebörd eftersom det då är en diskussion som försiggår inom en sfär som inrymmer en vetenskaplig argumentation.

För att underlätta bland annat den diskussionen vill Socialstyrelsen öka medvetandet om vad som kan hjälpa människor bort från missbruket. Förutom föreskrifterna och de allmänna råden (SOSFS 2004:8) har Socialstyrelsen ägnat de senaste åren åt en gedigen beskrivning av hur missbruksbehandling bör utformas för att vara verksam. Det är *nationella riktlinjer* som ska utgå från samlade kunskapen inom området och skälet till att de tas fram är ett sedan länge utbrett missnöje över och inom den svenska missbrukarvården. Programansvarige Ulf Malmström förklarar att riktlinjearbetet handlar om en framställning av bästa tänkbara praktik, ett dokument som bland andra beslutsfattare inom kommunerna och landstingen ska kunna dra nytta av i diskussionen inför kommande satsningar. Emellertid kommer det att dröja ett tag innan de kan ta del av de nya riktlinjerna. Längre var förhoppningen att riktlinjerna skulle vara klara i januari 2005, men i december 2004 sköts tidpunkten fram minst ett år, till våren 2006. Under uppsatstidens gång har Ulf Malmström låtit mig förstå att ett riktlinjearbete bygger på ett antal expertgruppers kunnande och ännu fler remissinstansers synpunkter och att vägen till gemensam hållbar uppfattning är minst sagt krokig.

Att vår svenska missbrukarvård har utarmats redovisas på många håll. Bland annat säger forskarna Arne Kristiansen och Bengt Svensson att den tidigare offensiva hållningen blev defensiv under 1990-talet. Då kom glesa öppenvårdskontakter och att lämna urinprover en gång i veckan att kallas behandling, något som var otänkbart under 1980-talet (Rosell, 2004, s 17). Hiv-smittade metadonpatienten Niklas uttrycker något liknande i de hemlösas tidning Situation Sthlm nr 93/2005: ”Nu får man inte åka på behandling om man vill det. Det finns inte resurser. På åttiotalet kunde man bara säga ’nu vill jag iväg’ och så fanns det direkt massor av behandlingsalternativ.” (Berggren, 2005, s 7)

Många sjuka och döda en följd av det ökade missbruket

Det krassa med samhällets minskade resurser för missbrukarvården är att de som är i behov av den bara blir fler. Att missbrukarna ökar i antal visar Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, i 2004 års drogutvecklingsrapport: ”År 1979 bedömdes de tunga

missbrukarna uppgå till 15 000, år 1992 till 19 000 och 1998 estimerades antalet till 26 000. Med tunga missbrukare avses i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. En annan typ av uppskattning, gjord med utgångspunkt från sjukvårdsdata, estimerade åter antalet narkotikamissbrukare till ca 26 000 år 1998, men till 28 000 år 2001..." (CAN, 2004, s 26). CAN tillstår att det är svårt att ge en klar definition för "tungt" narkotikamissbruk och hänvisar till de stora nationella kartläggningarnas förklaringar: "dvs allt injektionsmissbruk, oavsett medel, och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika, oavsett intagningsätt" (a a, s 24). Med hänvisning till tre olika kartläggningar beräknar CAN andelen kvinnor till runt en knapp fjärdedel: "Detta är högre än andelen narkotikabrottslagförda kvinnor (14 %) men lägre än andelen kvinnor som sjukhusvårdats eller rapporterats hiv-smittade pga narkotikamissbruk (omkring 30 %)." (a a, s 26) CAN:s skattning stämmer ungefärligen med en nationellt genomförd studie som 2002 visade att 26 procent av det totala antalet narkotikamissbrukare som socialtjänsten kom i kontakt med var kvinnor (Malmström, 2004, s 30).

Enligt CAN dominerar injektionsmissbruket bland de kartlagda med ett "tungt" narkotikamissbruk, 93 procent år 1992 och 89 procent år 1998 (CAN, 2004, s 26) medan centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis alltid varit de mest förekommande drogerna (a a). Heroinets ökande betydelse anges också. År 1979 hade 30 procent konsumerat heroin de senaste 12 månaderna, år 1998 var det 47 procent. Samma år, 1998, uppskattades 28 procent ha opiater som dominerande drog. "Heroinets uppgång kan även spåras t ex vad gäller beslag och lagföringar." (a a) Många av missbrukarna är allt annat än friska och många dör en för tidig död. "Sedan 1990 har 23 500 människor diagnostiserats med hepatit C", säger Christina Gynnå Oguz vid Mobilisering mot narkotika, MOB (Korpskog, 2004, s 67). "Under tioårsperioden 1985-1994 inträffade över femhundra dödsfall i samband med heroinintag i Stockholm. I nästan samtliga fall rör det sig om intravenös injicering." (Fugelstad och Rajs, 1998, s 37) Därefter har antalet döda bara accelererat. "Mellan 1995 och 2000 har dödligheten bland narkomaner ökat med 80 procent", fortsätter Christina Gynnå Oguz. "Under samma tid skars vården för samma grupp ned med 20 procent." (Korpskog, 2004, s 67)

Idag är dödsfallssiffrorna än mer alarmerande och enligt uppgift menar Peter Krantz, docent och rättsläkare vid Rättsmedicinalverket i Lund, att heroin är den dominerande drogen i sammanhanget. Hans sammanställning av en årlig statistikrapport av dödsfall som inte skett på sjukhus, "Narkotikarelaterade dödsfall i Sverige uppdelat på rättsläkardistrikt", visar att fyra gånger fler dör idag jämfört med 1995. Det året konstaterades 99 narkotikarelaterade dödsfall i Sverige, 1999 var antalet uppe i 248 dödsfall, 2001 hade siffran stigit till 366. Året därpå, 2002, hade 425 människor dött medan antalet sjönk något 2003 då siffran var 413 dödsfall. (www.kunskapskallarn.goteborg.se) Vad missbrukarna faktiskt dör av är svårt att definiera: "Min teori är att man helt enkelt dör av hjärtfel", säger Peter Krantz i en tidningsintervju. "Men man får alltid väga in alla omständigheter." (Palmkvist, 2001) En förklaring skulle kunna vara att blandmissbruket ökat, funderar han. En annan att styrkan på drogerna varierar mellan sändningarna. Eller att den äldre heroinistkulturen är borta, där missbrukarna skolades in på drogen och sedan höll sig till den (a a). Även EU-statistik pekar på många döda – mellan 8 000 och 9 000 årliga överdosfall med dödlig utgång, vilket antas vara en underskattning. Enligt European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, förekommer opiater vid de flesta av de rapporterade narkotikarelaterade dödsfallen. I EMCDDA:s årsrapport för 2004 (www.ar2004.emcdda.eu.int) understryks att forskningen visar att underhållsbehandling med metadon (Subutex omnämns inte här)

minskar dödsfallsrisken, trots redogörelser om dödsfall där metadon påträffats. Fast då visar studier att det hänger samman med illegal metadonkonsumtion och inte med läkarförskriften.

Olika motiv till illegal Subutexkonsumtion (Subutexmissbruk)

Att illegal Subutexkonsumtion (Subutexmissbruk) förekommer har jag hört av socialsekreterare, behandlare och missbrukare. Såvitt jag förstår tas då preparatet inte sublinguallt utan injiceras eller röks för att ge någon form av eftersträvd effekt. Men Subutex, liksom metadon, konsumeras illegalt även med ett annat syfte. Kvinnliga opiatmissbrukare har berättat för mig att de "självmedicinerat" med Subutex och/eller metadon inskaffat på svarta marknaden. Det har de gjort för att "klara sig" från heroinet under tiden de väntat alternativt hoppats på att få Subutex förskrivet av läkare. Det är en väntan de beskrivit som desperat. De har sett Subutex och/eller metadon som det enda möjliga alternativet till ett fortsatt opiatmissbruk eller döden.

Svårt ta reda på vad missbruket kostar och vad som är bra missbrukarvård

Visserligen är heroin i sig, "rätt blandat", inte särskilt destruktivt. De inre organen påverkas inte så mycket. Men livet som opiatmissbrukare är det. Det är till exempel känt att många av dödsfallen är självmord. När opiatmissbrukaren inte längre orkar med den desperata jakten på heroin blir ett sätt att komma ur den att iscensätta en överdos. Fast innan dess har hon kostat samhället stora pengar. Enligt uppskattningar från Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, SBU, handlar det totala missbrukets kostnader (alkohol, narkotika och läkemedel) om 2-8 procent av bruttonationalprodukten, BNP, det vill säga om 30-120 miljarder kronor varje år. För enbart narkotikamissbruket uppskattas andelen till en tiondel (Hebb, 2004, s 12). Samtidigt är vår svenska missbrukarvård *anmärkningsvärt sällan uppföljd och utvärderad*. Socialstyrelsen påtalar som exempel att det inte går att veta om den behandling som ges på behandlingshemmen bygger på en evidensbaserad metodik (vilket också är en av drivkrafterna bakom de nya nationella riktlinjerna, se ovan). Men den informationen betyder inte nödvändigtvis att behandling inte är verksamt. SBU, som år 2001 (SBU, 2001) utvärderade över 200 studier av missbruksbehandling från hela världen, fann det inte säkerställt att en behandlingsmetod var mer effektiv än alla andra. På SBU säger projektsamordnaren Sten Thelander att det viktiga är missbrukaren kommer in i ett professionellt sammanhang där det råder raket och tydlighet och där narkotikaproblemet står i centrum för behandlingen (Hebb, 2004, s 10).

Vid frågan om vad som är framgångsrik missbrukarvård svarar professor Anders Bergmark, Institutionen för socialt arbete i Stockholm, följande: "Något otydlig fråga. I strikt bemärkelse är framgångsrik behandling sådan som i så kallade RCT-studier (Randomized Controlled Studies) givits ett resultat som är bättre än en standardiserad kontrollbehandling och att denna ökning av andelen förbättrade är statistiskt signifikant. Om frågan istället avser om det finns någon given behandlingsintervention som är bättre än andra blir mitt svar att frågan inte kan besvaras för närvarande, en omständighet som sammanhänger med en omfattande komplexitet när det gäller att etablera vad den samlade kunskapen på området innefattar." Vid frågan hur Anders Bergmark uppfattar den svenska missbrukarvården idag svarar han: "Som fragmentiserad, delvis ideologiserad, även om det inslaget tonats ned under de senaste tio åren. Samtidigt finns ett tryck på såväl socialtjänstbaserad som medicinsk missbrukarvård att öka graden av kunskapsbaserad vilket tycks leda till en rad olika reaktioner; under det att en hel del medicinsk vård (på oklara eller lösa grunder) tenderar framställa sig själv som överlägsen de insatser som socialtjänsten erbjuder (detta framgår tydligt i den översikt som gavs ut av

Statens beredning för medicinsk utvärdering 2001) tycks de socialtjänstbaserade vårdgivarna ha drabbats av en större osäkerhet, detta som en följd av kraven på en reell kunskapsbaserad utvärdering utan att några självklara alternativ ligger i dagen.” (Bergmark, 2004)

Idag räknas framgångsrik Subutexunderhållsbehandling i att människor stannar kvar i behandlingen eftersom det ännu inte är möjligt att peka på tendenser hur lång tid det kan dröja innan behandlingen eventuellt kan avvecklas. Att en av Stockholmsmammorna, enligt uppgift i juni 2004, klarat att avveckla behandlingen visar dock (i hennes fall) på något annat än en livslång opiatkonsumtion.

SUBUTEXUNDERHÅLLSBEHANDLING OCH GRAVIDITET

Inte lätt bli gravid under pågående opiatmissbruk

Min studie fokuserar som sagt på kvinnorna. För dem kan tillvaron som opiatmissbrukare handla om att leva synnerligen otrött, som att behöva tigga, stjäla och prostituera sig. Sådant liv sliter, som exempel kan de väga frapperande lite. Nästan varje gång jag ställt en viktfråga till en kvinna som konsumerat illegala droger som heroin har jag fått svaret att hon under sin aktiva missbrukstid kunnat väga 40, 42, 45 kilogram när hon i förhållande till sin längd borde ha vägt 55-60 kilogram eller mer. Ägglossning och menstruation påverkas negativt av omständigheter som viktminskning och stress och att leva som opiatmissbrukare är påfallande stressigt. Det händer att kvinnor i det tillståndet blir gravida, men att det hör till undantagen och förmodligen oftast sker vid uppehåll med heroinet har jag fått berättat av bland annat barnmorskan Helena Cewers på Sprutbytet och Stadsmissionen i Malmö, dit jag for för att lära mer om missbrukande kvinnors villkor och livssituation. Att bli gravid under aktivt opiatmissbruk bör alltså uppfattas som något som är förenat med stora svårigheter.

Oväntade graviditeter efter inledd Subutexunderhållsbehandling

När det gäller graviditet hos kvinnor som underhållsbehandlas med Subutex är en vanlig beskrivning att *graviditeten inträffar någon eller några månader efter inledd behandling och att den är oväntad*. Som exempel var detta en vanlig iakttagelse hos konferensdeltagarna vid Sättra Bruks-konferenserna 2002 och 2003. Att graviditeten är oväntad – även om den blivande mamman kan ha hört att ”det är lätt att bli med barn när man går på Subutex” – menar jag inte är konstigt om hon knappt hunnit vara ifrån heroinet innan hon blev gravid. Hon är van vid att inte kunna bli gravid. Det är så hon ser på sig själv, som en kvinna som inte blir en mamma. Trots att hon återfått sina normala livsfunktioner som ägglossning och menstruation är hon inställd på att inte ha förmågan.

Under en period bidrog de oväntade graviditeterna till ett ganska så ihärdigt rykte bland Stockholms kvinnliga opiatmissbrukare, att Subutex kunde hjälpa kvinnor att bli med barn, att det fanns något i själva läkemedlet som underlättade förmågan. Även om jag inte riktigt ville tro på ryktet vågade jag inte låta bli att fråga läkemedelsbolaget Schering-Plough om deras buprenorfinprodukt Subutex innehöll något som påverkade kvinnors fertilitet. Av bolagets representant Claes G Nordensson fick jag det bestämda svaret att det inte fanns någon sådan substans i Subutex. Och egentligen var det redan en besvarad fråga. Ämnet diskuterades för mer än 20 år sedan av psykiatrikern Jan Ramström, fast då gällde det metadon: ”Det är vanligt att opiatmissbrukande kvinnor har oregelbundna eller uteblivna menstruationer. Vid övergång till metadonbehandling brukar dock dessa funktioner åter bli regelbundna, vilket talar för att

det är mer livsstilen än opiatpreparaten som ger denna oregelbundenhet och dessa uteblivna menstruationer.” (Ramström, 1983, s 247) Följaktligen kan det ses som en rimlig följd att kvinnor i fruktbar ålder blir gravida om de slipper den nedbrytande jakten på heroin. Under behandling mår de bättre. I ett större välbefinnande blir kroppen redo för grossess. Ännu en iakttagelse bland konferensdeltagarna vid Sättra Bruks-konferenserna 2002 och 2003 var att mammornas missbruksproblematik var obearbetad oavsett om de var gravida eller inte vid Subutexinställningen. Vid första Sättra Bruks-konferensen var till exempel den optimistiska iakttagelsen att ”Subutexmammor” inte verkade återfalla till missbruk. Ett år senare hade flera konferensdeltagare erfarit mammors återfall både före och efter förlossning.

Intressant var även en information om aborter som gavs vid första Sättra Bruks-konferensen. Tre kvinnor som tillsammans hade genomgått fyra aborter efter att de hade ställts in på Subutex fanns med i samma behandlingsprogram. Samma sak gällde för fem andra kvinnor som hade valt att föda, också de hade ingått i ett gemensamt behandlingssammanhang. Representanter för öppenvårdsbehandlingen i den mellansvenska stad där aborterna hade utförts beskrev motsättningar med remitterande socialsekreterare och traktens behandlingshem gällande Subutexunderhållsbehandling. Metoden hade skildrats negativt i den lokala pressen. Tillgång till mödravård med missbrukskompetens fanns inte. Kring kvinnorna som hade valt att föda fanns sannolikt en större tilltro till behandlingen från omvärlden, liksom tillgång till specialistmödravård och en missbrukskunnig barnläkare. Med- eller motvind, gruppprocesser, förankring och behandlares eventuella påverkan är med andra ord teman att fundera över när det gäller Subutexpatienters beslut om att fullfölja eller avbryta graviditeter.

Sättra Bruks-konferensen i maj 2003 resulterade i följande konsensus:

- Intensifierad preventivmedelsrådgivning ska ges av barnmorska eller gynekolog i samband med avgiftning eller buprenorfininställning (Subutexinställning)
- Vid graviditet bör i första hand drogfri behandling prövas, men med hög beredskap för underhållsbehandling.
- Om, efter noga övervägda alternativ, buprenorfinunderhållsbehandling (Subutexunderhållsbehandling) väljs, bör detta ske i välstrukturerade psykosociala program med hög samverkan mellan kommun och landsting.²
- Om det inte finns välstrukturerade program måste detta utvecklas, annars är mindre strukturerade program bättre än ingen behandling alls.
- Buprenorfinförskrivning (Subutexförskrivning) vid graviditet bör vara kopplat med en rapporteringsskyldighet till ett nationellt kunskapscentrum.
- Ett barnperspektiv ska genomsyra hela behandlingsprogrammet.

BARNETS HÄLSA EFTER SUBUTEXEXPONERING

Lindrigare abstinens hos barn som exponerats för Subutex jämfört med metadon

Behöver socialnämnden konsultera sakkunniga inför en bedömning av insatser ska detta göras enligt 11 kapitlet 2 § socialtjänstlagen. Som socialsekreterare var det således med lagen i

² Året därpå, 2004, kom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande ”läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende” [opiatmissbruk]. I föreskrifterna anges att underhållsbehandling endast får ske vid sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för missbruksbehandling och att verksamheten ska samordnas med kommunens socialtjänst. (SOSFS 2004:8, 2 kap 2 §). Den barnorienterade delen av socialtjänsten specificeras dock inte, vilket kan äventyra barnperspektivet.

ryggen jag satte igång att söka information i början av 2002. Något som förvånade mig var att den blivande mamman jag skulle utreda faktiskt inte visste att Subutex var ett opiatpreparat. Hon sade bland annat att något som skrämde henne var om barnet skulle få i sig opiater och syftade då på heroinexponering. Då skulle barnet kanske bli bärare av ett minne av den känslan, trodde hon. Ett minne som kunde väckas till liv om barnet exempelvis skulle få morfin på ett sjukhus. För den blivande mamman var Subutex helt enkelt en medicin "för att slippa knarka". Hon hade fått sitt Subutex förskrivet av en privatläkare utan missbrukskompetens och barnet som var på väg att födas skulle under hela fostertiden och kanske också under hela uppväxten (den blivande mamman gissade att det kunde förhålla sig så) ha en mamma som varje dag skulle ta det där preparatet. Klart att hennes missbrukshandläggare och jag (vi arbetade tillsammans) funderade över vad det kunde betyda för den blivande mamman och för barnet. Men hon sade att hon mådde fint, att den här gången skulle det gå. Subutexet var det bästa som hade hänt henne eftersom hon visste att hon inte skulle "känna någonting" vid ett eventuellt heroinintag. Nu ville hon se framåt och inte älta det hon hade varit med om. Hon uttryckte varken ängslan för sig själv eller för sitt barn.

Trots att Subutexets påverkan på den blivande mamman inte syntes vara något annat än att hon blev som en "vanlig människa" (vi uppfattade henne inte som påverkad) oroades jag av att det i hennes livmoder fanns ett barn vars hjärna var under utveckling samtidigt som det exponerades för ett opiatpreparat. I oron fanns minnesbilder från en utredning där en mamma var metadonpatient. Hennes metadonexponerade barn hade haft en abstinens som varade i veckor och som försiktigt planades ut på en neonatalavdelning. För mamman hade det varit en lika smärtsam upplevelse som för barnet, om inte värre. Hon visste vad det var att ha abstinens och led av att vara den som utsatte sitt barn för detta. Nu undrade jag om något liknande var att vänta för det Subutexexponerade barnet och vände mig till Familjesociala mottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (tidigare Huddinge Universitetssjukhus, HS).

Familjesociala mottagningen är specialiserad på riskgraviditeter, missbruks- och hiv-problematik och tillhör numera organisatoriskt Beroendecentrum i Stockholm. Då, i början av år 2002, hade Familjesociala mottagningen hunnit följa fyra Subutexexponerade barns ankomststräcka till världen. Våren 2002 skulle ytterligare fyra födas, vilket innebar att den sammanlagda erfarenheten var åtta "Subutexgraviditeter". Där fick jag veta att de Subutexexponerade barnens abstinens, till skillnad från det metadonexponerade barnet jag relaterade till, hade varit både lindrigare och övergående. I tid hade abstinensen varat mellan några dagar och en vecka. Extrainsatser av barnläkare hade inte behövts (inga opiumdroppar). Mammornas närhet och omsorg hade mildrat abstinensen och barnen hade inte uppvisat avvikelser i vikt och längd ställd mot graviditetslängden. Jag tänkte att Subutex syntes vara vänligare för barnen än metadon och heroin. Men jag tänkte också att det likväl var en abstinens som barnen var med om. Vad betydde det i framtiden att deras hjärnor hade påverkats av ett opiatpreparat? Precis som socialtjänsten hade Familjesociala mottagningen tagits på sängen av själva företeelsen graviditet i samband med förskrivning av Subutex. Det hade de gravida också. Åratal av utebliven menstruation och ägglossning var typiska erfarenheter hos dessa kvinnor. Några hade injicerat heroin så länge som tio-tolv år. De flesta hade inte väntat sig kunna bli mammor.

En djupt sorglig händelse samma vår (2002) bidrog till nya Subutexfunderingar i samband med graviditet. Jag hade introducerats för en blivande mamma som var Subutexpatient men barnet avled innan det hann födas, i den 38:e graviditetsveckan. Full av frågor fick jag träffa barnläkaren Ihsan Sarman som då var överläkare vid HS (idag är han överläkare vid Sachsska

barnsjukhusets neonatalavdelning samt konsulterad som expert av Familjesociala mottagningen). Ihsan Sarman, med mångårig erfarenhet av nyfödda där föräldrars missbruksproblematik finns med i bilden, lät mig förstå att obduktionen av det fosterdöda barnet inte hade visat på några samband med mammans Subutexintag. Man hade heller inte kunnat se några missbildningar. Alla graviditeter slutar inte med levande födda barn. Att det är så kan inte alltid förklaras och så var fallet med det här barnet.

Ihsan Sarman berättade också att han fem-sex år tidigare hade börjat följa upp de på HS födda barnen som varit exponerade för heroin och metadon och att han nu även hade börjat följa upp de Subutexexponerade. Bland annat sade han att sannolikheten för att barnen påverkades av buprenorfinet (den aktiva substansen i Subutex) i mammornas bröstmjolk var mycket liten. Prover hade tagits på tre barn när de var en vecka gamla och den buprenorfindos som de hade beräknats få var bara cirka 1/2000 av mammans dos. Medan Ihsan Sarman inte såg generella hinder för amning – det kunde ju finnas andra skäl att avstå, som hiv – blev en mamma jag senare kom att intervjua rekommenderad av sitt barns läkare på Malmö Allmänna Sjukhus, MAS, att inte amma eftersom hon var Subutexpatient. Hennes barn bedömdes också vara i behov av abstinensbehandling med morfin, men här fanns en graviditetshistoria där mamman hade växlat mellan heroin, metadon och Subutex.

Även barn från Stockholm har kommit att behandlas för abstinens. I december 2004 rapporterade Ihsan Sarman att sex (19 procent) av de 33 Subutexexponerade barn som fram till dess hade fötts på HS hade fått abstinensbehandling. Uppgifter om två av dessa barns mammor var att de under stor del av graviditeten hade varit i aktivt opiatmissbruk. Den ena mamman hade ställts in på Subutex i graviditetsvecka 20 och den andra mamman i vecka 32.

Tendens till överaktivitet

Det Ihsan Sarman också berättade om i december 2004 var att de barn som nu var tre år gamla var friska och hade växt somatiskt normalt. Men han kunde inte kategoriskt yttra sig om deras beteendeutveckling. Hos en del av barnen fanns en tendens till överaktivitet – men för att kunna ge besked om detta behövdes en längre tidsobservation. En sådan är inledd och det som ska undersökas är barnens medicinska hälsa och kognitiva utveckling. När barnen fyller fem år ska informationen om dem utvärderas, vilket i praktiken betyder att de första utvärderingarna kan bli klara tidigast år 2006. Enligt Ihsan Sarman hade det optimala ur barnsynpunkt varit en treårsuppföljning följt av en femårsuppföljning, men detta hade krävt en annan ekonomisk backning.

Franska och österrikiska erfarenheter av Subutexexponerade barn

För ytterligare förståelse för spädbarns mående efter Subutexexponering i livmodern läste jag ett par medicinska foster- och nyföddhetsstudier tillhandahållna av Ihsan Sarman och Ulf Rydberg, professor i psykiatri. Det var en fransk studie (Lejeune m fl, 2001) och en österrikisk (Fischer m fl, 2000). Enligt Claude Lejeune och Gabriele Fischer växer Subutexexponerade foster som de ska i förhållande till graviditetslängden, vilket stämmer med informationen om de svenska barnen. Den franska studien omfattade 246 gravida varav 93 underhållsbehandlades med metadon och 153 med Subutex i höga doser medan den österrikiska studien omfattade 15 lågdoserade gravida (mellan 10-15 milligram Subutex per dygn). I den franska studien gick det inte att utläsa några skillnader mellan grupperna, därför gäller följande beskrivning antingen Subutex- eller metadonexponerade barn: ”Lindriga eller svårare abstinenssymtom rapporterades hos 65 % av spädbarnen.” ”Hälften av de drabbade

spädbarnen fick läkemedelsbehandling.” ”En tredjedel av spädbarnen skrevs ut från neonatalavdelningen efter i genomsnitt 26 dagar. Ingen dog.” (Lejeune m fl, 2001, min översättning)

Rökning också en riskfaktor

Vi bjöd in den österrikiska forskaren Gabriele Fischer till vår första Sätra Bruks-konferens i april 2002. Där tog hon upp att bland annat cigarettökning kunde påverka barnen negativt. Diskussionen var ungefär att vi inte tvunget skulle associera till Subutexexponering om barnen kom att visa upp avvikelser. Istället skulle vi vara öppna för olika tänkbara orsaker, som exempelvis rökning. Att blivande mammor med en missbruksproblematik många gånger röker – och röker mycket – är väl känt. Likaså att rökning avgjort är en riskfaktor. Här i Sverige har mödravården länge argumenterat för rökfrihet hos gravida. ”Rökning under graviditet medför allvarliga hälsorisker för det blivande barnet med bland annat placenta-avlossning, för tidig födsel, missfall, låg födelsevikt och perinatal död. Varje år dör 50-60 barn i Sverige i samband med förlossning på grund av moderns rökning under graviditet.” (SoS-rapport 1996:7)

Drogfri graviditet alltid bäst

I samtalen med barnläkaren Ihsan Sarman har han låtit mig förstå att en drogfri graviditet ojämförligen är det bästa för barnet. Det är *alltid* att föredra framför en graviditet där barnet är exponerat för heroin, Subutex, metadon eller något annat preparat. Men han säger också att för somliga blivande mammor står valet inte mellan drog och drogfrihet utan mellan ett kontrollerat intag av Subutex eller metadon eller ett okontrollerat intag av heroin. Och i det läget är Subutex absolut att föredra eftersom barnet då ges en snällare livsstart.

Att det inte bara är att tvärt byta från opiater till drogfrihet fick vi veta under en av Sätra Bruks-konferenserna. Då förklarade specialistbarnmorskan Lena Harland (numera enhetschef för Familjesociala mottagningen och för Ewa-mottagningen vid Rosenlunds sjukhus i Stockholm) att om den blivande mamman ”för plötsligt” slutar konsumera opiater kan det stressa fostret. Angeläget är med andra ord en varsam nedtrappning om hon bestämt sig för att vara drogfri under graviditeten. Lena Harland sade också att underhållsbehandling med Subutex eller metadon bidrar till en övervakad graviditet och därför måste ses som ett bättre alternativ för barnet jämfört med om mamman ”försvinner ut i missbruket”.

Uppföljning ger användbar information

Att de Subutexexponerade barnen följs upp är oerhört viktigt. Det ger användbar information till föräldrar, mödravård, barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst, daghem, skolor med flera. Lika angeläget är att följa upp barnens mammor (och pappor, när de finns med i bilden) eftersom barns hälsa och utveckling kan relateras till vad de får av sina föräldrar i form av närhet, omsorg och trygghet.

När en mamma befinner sig i begynnelsen av ett förändringsarbete mot ett opiatmissbruk (något hon ju gör om hon kort efter inledd underhållsbehandling med Subutex blivit gravid) förväntas hon samtidigt klara att ge sitt barn det barnet behöver, ordna ett nytt nätverk, skaffa en bostad, stå emot sin längtan efter illegala droger som heroin och ta tag i sin obearbetade historia. Sammantaget är det en mastodontuppgift. Frågan är hur hon fullt ut ska klara sitt uppdrag? Av tradition är som exempel socialtjänsten uppdelad i enheter på ett sätt som inte

gagnar vare sig mamman eller hennes barn. Där mamman erbjuds hjälp för sin missbruksproblematik saknas förståelse för hennes roll som mamma och vice versa. De som kan ge henne föräldrastöd har sällan tillräckliga kunskaper om missbruk och missbruksbehandling.

Om det dessutom är så att barnet utgör mammans enda eller huvudsakliga motiv för att inte missbruka är risken stor att hon återfaller, vilket är att allvarligt brista i omsorg. Återfall kan som exempel inträffa när barnet i sin naturliga avskiljningsprocess vid sex månaders ålder börjar betrakta mamman som ett "separat objekt" och när mamman vid samma tidpunkt ska återvända till sitt "vanliga jag" (Berg-Brodén, 1997, s 57 f).

SYFTE

Uppsatsens syfte är att belysa hur samhällets olika instanser bemöter och stöder gravida kvinnor och mammor som tidigare haft ett opiatmissbruk men som nu underhållsbehandlas med Subutex och hur några av dessa kvinnor ser på sin nuvarande livssituation, sina tidigare erfarenheter och sin framtid.

FRÅGESTÄLLNING

Hur ska vi på bästa sätt hjälpa gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex?

Studiens konkreta frågeställning inrymmer frågorna:

- Hur utformas underhållsbehandling med Subutex när det gäller gravida kvinnor och mammor och hur utformas olika samhälleliga instansers stöd för dessa kvinnor?
- Hur borde underhållsbehandling med Subutex och samhällets stöd utformas?
- Hur ser några av dessa kvinnors nuvarande livssituation ut? Vilka erfarenheter bär de med sig från uppväxten och från tiden som opiatmissbrukare – och hur ser de på framtiden? Hur ser de på Subutexets roll i den nuvarande livssituationen och i framtiden?

MISSBRUK OCH MISSBRUKETS ORSAKER (litteraturavsnitt)

Många förklaringar till varför människor börjar missbruka

Det finns oerhört många förklaringar till varför människor blir missbrukare: biologiska, psykosociala, socialpsykologiska, neurofysiologiska, genetiska, psykoanalytiska, sociologiska, biomedicinska och så vidare. Nedan presenteras ett axplock av dem jag finner intressanta. Att opiater fyller en funktion som ångestdämpare har flera av de intervjuade kvinnorna i uppsatsen upptäckt redan som tonåringar. Om just tonårsflickors drogmotiv går att läsa i en magisteruppsats av socionomen Ameli Strömblad Uhlin. Hon konstaterar att flickor som "söker sig till spänning" är överrepresenterade bland dem som konsumerar illegala droger. Men alla är inte spänningssökare, säger hon också. Somliga tar till droger som en flykt från konflikter och kontroll (Uhlin, 2001, s 2 ff).

Psykiatrisk problematik vanligt hos missbrukaren

Att det kan finnas en omfattande personlig psykiatrisk problematik med i bilden visar bland annat den amerikanske psykiatrikern Leon Wurmser i sin missbruksforskning: "Teoretiskt kan

jag tänka mig undantag: kanske finns det några problematiska konsumenter av droger som inte visar några andra allvarliga psykiska symtom. Emellertid har jag aldrig stött på dem.” (Wurmzer, 1995, s 80) En grupp överläkare vid Beroendecentrum i Stockholm tar också upp frågan när de skriver ”att diagnostik av depression och ångest, på alla nivåer inom sjukvårdssystemet, inte kan ske utan en samtidig noggrann missbruksanamnes, empati och viss förtrogenhet med idag tillgängliga diagnostiska hjälpmedel. Utan en sådan dialog kan resultatet bli en ofullständig diagnostisk bedömning, ineffektiv behandling och onödig farmakakonsumtion.” (Lindqvist m fl, 2003, s 2080 ff) Gruppen anser att ångest och depression är nära kopplat till missbruk och att en ”abstinensutlöst depression” kan stå i vägen för bedömningen (a a).

Missbruket utvecklas i interaktion med andra

Begrepp som missbruksforskaren Ted Goldberg använder om dem som låter droger spela en dominerande roll i sitt liv är ”problematisk konsument” och ”storkonsument” (Goldberg, 2000, s 30). Konsumtion är beteende och forskningen visar att människans beteende styrs av biokemiska processer som gener, instinkter, ämnesomsättning och dylikt – men också av sociala faktorer som relationer.

Människan är således både en biologisk och social varelse och Ted Goldberg lägger tonvikten vid det sista, att människan utvecklas till den hon är genom interaktion med andra människor (sociala kontakter, ömsesidig påverkan, samspel) även om de biologiska egenskaperna också har betydelse. Med utgångspunkt från Charles H Cooley (1922) menar han att de biologiska anlagen människan kommer att utveckla är avhängigt de sociala miljöer människan och hennes förfäder befunnit sig i: ”Det som avgör hur vi faktiskt kommer att använda droger är summan av våra sociala relationer.” (Goldberg, 2000, s 24) Antagandet implicerar att människor inte föds till något särskilt drog beteende utan att alla potentiellt kan konsumera droger på olika sätt (a a).

Även missbruksforskaren Arne Kristiansen lyfter fram interaktionsbegreppet när han skriver att individens handlingar, identitet och livsstil är invävda i varandra. De skapas och omskapas i en social process där individens interaktion med andra människor och den samhälleliga kontext hon befinner sig i har en avgörande betydelse (Kristiansen, 2000, s 15). Docent Mats Hilde skriver också han att ”många studerat narkotikamissbruket som ett exempel på hur avvikande handling skapas i en social definitionsprocess. Utpekandet av narkotikamissbrukaren förstås då som ett moment i en social och kulturell differentieringsprocess där det skapas skillnader mellan olika grupper av människor.” (Hilde, 1996, s 25)

Viktigt förstå varför människor väljer att missbruka

Saknas konsumtion av illegala droger relevans för livet i övrigt kommer individen att förkasta idén att ta dem eller överge dem efter en kortare tids experimenterande, skriver Ted Goldberg (Goldberg, 2000, s 26, 30) Så är det för de flesta unga. De underordnar konsumtion av illegala droger andra verksamheter de finner värdefulla, som att idrotta eller vara förälskad, fortsätter Ted Goldberg och utgår från H Parker m fl (1998). Inte ens frekvensen är betydelsefull: ”Under vissa omständigheter är det möjligt att ta droger regelbundet utan att tillåta dem att dominera ens liv.” (a a, s 30) För att hitta effektiva motåtgärder är det alltså viktigt att förstå *varför* människor väljer att konsumera illegala droger.

Förklaringarna till att olika typer av drogkonsumtion uppkommer finns, enligt Ted Goldberg, huvudsakligen på två nivåer: ”på makronivån, där människan formas som en del av det samhälle hon lever i nu och har levt i det förflutna – och på mikronivån, där individen formas i samspel med de andra människor som har ingått i de mindre grupper hon har djupare erfarenhet av.” (a a) Att man förbinder teorierna till olika förklaringsnivåer kritiserar dock av Arne Kristiansen som menar att ”problemet med en sådan kategorisering är att det kan ge ett sken av strikta gränser mellan olika förklaringsmodeller” (Kristiansen, 2000, s 14) Hur som helst visar forskningen på ett samband mellan det som händer på mikronivån och ett senare missbruk: mycket sträng eller alltför mild uppfostran, kroppslig bestraffning, faderns alkoholvanor, sjuka föräldrar, att man rymt hemifrån, dålig ekonomi, vantrivsel hemma och att bara ha bott hos mamman (Goldberg, 2000, s 92 ff).

Variabler som kan leda till utdefiniering

Förutom att vissa sorters livsupplevelser är vanligare under blivande narkotikamissbrukares uppväxttid än hos normalbefolkningen är klasstillhörigheten en variabel då de lägsta socialgrupperna är överrepresenterade. I dessa familjer finns mer än i medel- och överklassen alkoholism, arbetslöshet, kronisk sjukdom, trångboddhet, skilsmässor och dödsfall. Ändå finns ingen automatik i det så kallade sociala arvet. En viss psykosocial bakgrund leder inte oundvikligen till att någon blir en avvikare. Det går bara att säga att man löper en avsevärt större risk för det om man har en viss psykosocial bakgrund och därför är mer utsatt för ett negativt samhälleligt tryck.

Att växa upp under torftiga förhållanden med en förälder som har alkoholproblem, utan möjlighet att bjuda hem kamrater eller få det föräldrastöd som behövs för att klara skolan, kan leda till utdefiniering. Könet är också en variabel. Amerikanska studier visar att missbruk hos föräldrar, tragedier och dödsfall i familjen och sexuella övergrepp har starkare samband med ett senare narkotikamissbruk hos kvinnor än hos män. Andra variabler är tidig kontakt med socialtjänsten, barnpsykiatrisk vård, att vara någon som placerats i specialklass och ha avbrutit skolan tidigt (a a, s 86 ff). När det gäller konsumtion av droger i experimentellt syfte visar forskningen inte någon större skillnad på om man kommer från hem med goda familjerelationer och en bra socioekonomisk standard eller från ogynnsamma. Man prövar ungefär lika mycket. Det är hos dem som utvecklar en frekvent konsumtion av droger som skillnaderna märks. Där kommer 30 gånger fler från ”dåliga hem” (a a, s 94).

Inte en fråga om att njuta

Att utveckla ett opiatmissbruk kan vara förenat med svårigheter. Många som prövar heroin kräks och mår dåligt efter att ha tagit preparatet och det kan ta lång tid innan de vant sig (a a, s 47). Och att bli ”hög”, uppleva eufori, tycks mer hänga samman med individens psykologiska tillstånd än egenskaperna hos drogen. Ett antal faktorer påverkar hur en individ upplever drogen: drogens egenskaper, psykosociala faktorer som individens personliga egenskaper och erfarenheter, de aktuella omständigheter individen befinner sig i, hur hon mår just den dagen och den relation hon har med människor runtomkring (a a, s 48, 51 ff). ”Heroinmissbrukarens ’hög’ är inte att njuta av ett exalterat välbehagstillstånd. Det är inte frågan om att njuta av förhöjda känsloupplevelser och orgiastisk upphetsning, inte ens på en hallucinatorisk- eller fantasinivå... Faktum är att den är inte någon positiv njutning alls, och att den överhuvudtaget betraktas som ’hög’ utgör ett tyst vittnesbörd om att narkomanens liv är fullt av frustrationer och olösliga spänningar, och en total brist på positiva njutningar... Den är en negativ njutning. Upplevelsen att man är spänd och kvalfull avtar märkbart. Kontakt med

verkligheten minskar, och ofta känner man att man kommer ifrån de oroande och störande fantasierna som kännetecknar det nyktra tillståndet.” (Isidor Chein m fl, 1964, s 231)
Kvinnorna i min studie kan under sin aktiva tid som opiatmissbrukare ha varit kvinnor *som inte ville ha det bra*. Det är en uppfattning jag hämtar från Ted Goldberg, som minns ett möte tidigt i sin forskarkarriär. En missbrukare uppmanade honom att inte tycka synd om den som har abstinens, i själva verket var missbrukare masochister som ”ville lida och dö”. Det är en självbild Ted Goldberg stött på många gånger sedan dess, vilket lett till antagandet att ”självförstörelse är ett av huvudsyftena bakom problematiska konsumenters [missbrukares] hela livsföring” (Goldberg, 2000, s 68). Missbrukaren saknar med andra ord inte kontroll över sitt handlande utan är (i viss mån) ett ”handlande subjekt” (a a).

Heroinet som medicin för ett uthärdligt liv

När de intervjuade kvinnorna i studien första gången prövar heroin är de alla med om en omedelbar och viktig reaktion: ”Jag kom hem.” ”Ångesten försvann.” ”Det blev andningsbart.” ”Heroinet träffade rätt.” De sätter ord på ett slags lidande som heroinet hjälpte dem att slippa känna. Även litteraturen berör lidandet. Med hänvisning till amerikanska studier skriver Katarina Johansson och Peter Wirbing att droger kan användas som ”självmedicinering” för att lindra ångest, oro, smärta, trauman och ensamhet (Johansson och Wirbing, 2001, s 208 ff). De skriver också om psykologen och forskaren Mats Fridell som hos 30-60 procent av de svenska narkotikamissbrukarna funnit ångest och depression samt hos 65-85 procent av dem funnit personlighetsstörningar (a a, se också Wurmzer ovan). Lidandet berörs också av forskaren Ingrid Lander. Hon menar att det inte var det ”omfattande drogbruket” [missbruket] hos de åtta kvinnorna hon studerade som var huvudproblemet för dem, utan det faktum att de levde under svåra sociala förhållanden (Lander, 2003, s 162 f). Att missbruk är en form av självmedicinering stämmer bara delvis enligt Ingrid Landers analys. Det stämmer i vissa sammanhang och för vissa kvinnor under vissa tider, men är mer komplext än så. Enligt Ingrid Lander fyller missbruket bland annat ett materiellt och socialt tomrum. Livet blir uthärdligt och missbrukaren orkar ta sociala kontakter. Eller så hjälper det henne att stå ut med sex, våld och minnen (a a).

Ingrid Landers resonemang påminner om psykiatrikern och forskaren Jan Ramströms när han beskriver ”narkomanin” [narkotikamissbruket] som en lösning på livsproblematiken. ”Den unga människan får en identitet och medicinering mot de smärtsamma känslorna.” (Ramström, 1983, s 90) Ted Goldberg pekar på amerikansk forskning när han beskriver opiatmissbrukarens särskilda lidande som en *flykt*: ”Utan hopp om att någonsin kunna skaffa sig ett bra liv kommer somliga att välja heroin som anpassningsstrategi i ett försök att fly undan det outhärdliga.” (Goldberg, 2000, s 25, 361) Just denna lilla mening läste jag en gång upp för en mamma jag utredde. Och hon instämde med kraft. ”Precis så var det. Jag *använde* det just så!” Ett aktivt val således, hon var ett handlande subjekt. För att förstå vad hon faktiskt menade – vad det är att befinna sig i det outhärdliga – tror jag att man måste försöka förstå ångest. I det fallet väljer jag psykiatrikern Clarence Blomquists definition. Han beskriver ångest som mer än bara en känsla. Ångest är ett hot mot jagets integritet och motsatsen till jagets livsbefrämjande, uppbyggande verksamhet. ”Den är rädslan för att dödsdriften ska ta överhanden och att jaget ska duka under.” (Blomquist, 1977, s 32)

Både inre och yttre omständigheter bakom missbruket

Efter en tid på behandlingshem har dramatiker Margareta Garpe lämnat ett kraftigt blandmissbruk bakom sig. När hon får frågan vad det beror på att vissa börjar missbruka

alkohol, droger och mat, svarar hon: ”Jag vet inte. Att lägga det pusslet blir en konstruktion. Kanske finns något genetiskt, jag är inte den första i min släkt. Kanske barndomsupplevelser kombinerat med en medfödd känslighet. Vissa av oss har sköra väggar. Bankar man för hårt på dem, så brister de.” (Kellberg, 2003) Läkaren och psykoterapeuten Bo Löfgren och socionomen Inger Nelson-Löfgren menar att man för att förstå missbruket behöver ha en förståelse för både inre och yttre omständigheter och att man måste skilja dem åt. Man måste se under vilka omständigheter människan framstår som subjekt och under vilka omständigheter hon bör betraktas som objekt (Löfgren och Nelson-Löfgren, 1980, s 94 ff, 348 f). Enligt Mats Hilde används ruset för att överbrygga den disharmoni som finns i människors liv: ”Ruset används i lika hög grad för att slippa ifrån den konkreta verkligheten som för att få tillträde till en alternativ verklighet.” (Hilde i Johansson och Wirbing ed, 2001, s 48 f)

När Jan Ramström frågar sig varför man blir narkotikamissbrukare anser han det ”oundgängligt att i förklaringsmodellen föra in delar av den psykoanalytiska utvecklingspsykologin” (Ramström, 1983, s 60 ff). Han menar att en neurofysiologisk beskrivning av ett preparats effekt på centrala nervsystemet inte står i motsatsställning till en psykologisk beskrivning av de emotionella tillstånd som denna effekt ger upphov till. Med i sitt resonemang har han bland annat de amerikanska läkarna Vincent Doles och Marie Nyswanders biologiskt förankrade teori om heroin. Enligt dem framkallar opiatmissbruk bestående ämnesomsättningsrubbnings som bland annat gör sig gällande i form av en ”kvardröjande droghunger” efter avgiftningen (jämför begreppet ”craving”, s 6). Jan Ramström säger också att relationen mellan den enskildes ”narkomani” [narkotikamissbruk] och samhällsfaktorerna är obegriplig utan en parallell beskrivning av den enskildes tillstånd och utveckling i psykologiska termer.

Missbruksförloppet

Somliga teoretiker beskriver missbrukskarriären som ett individuellt förlopp, exempelvis Howard S Becker (1963) medan andra, som Harold Alksne m fl (1967) beskriver missbrukskarriären som ett lagbundet förlopp. När Howard S Becker talar om missbrukarens interaktion med andra missbrukare och med samhället som skäl för att gå vidare med missbruket beskriver Harold Alksne m fl missbruksförloppet som sekventiellt med olika faser. Faserna handlar om anpassning: till beroendet [missbruket], till subkulturen och till den eventuella drogfriheten. Det avgörande skälet är dock att individen är ”fysiologiskt beroende” (Kristiansen, 2000, s 51, Hilde i Johansson och Wirbing ed, 2001, s 55).

En svensk forskare som påverkats av Harold Alksne är Bo Frykholm som 1978 (efter att ha studerat 241 opiatmissbrukare och 438 amfetamister på Ulleråkers sjukhus) kom fram till följande ordning av missbrukskarriären (begrepp jag hört missbruksläkare använda också idag vid föreläsningar):

- experimentstadiet och adaptationsstadiet (adaption = anpassning) som ofta varar omkring två år,
- det kompulsiva stadiet (från engelska compulsive = tvångsmässig, tvingande) och det ambivalenta stadiet som pågår cirka fyra år,
- och slutligen behandlingsstadiet och emancipationsstadiet (emancipation = frigörelse) som varierar mellan ett och sju år.

Medan Bo Frykholm drar slutsatsen att behandlingsinsatser kan koncentreras till stadier i missbrukskarriären där missbrukaren tenderar att upphöra, finner Jan Ramström det etiskt

tveksamt att inte erbjuda missbrukaren vård var än i karriären missbrukaren befinner sig (Ramström, 1983, s 112 ff).

Relationer betydelsefulla i läkningsprocessen

Men varför hellre nej, förlora sin familj och riskera att dö än att ha det bra? Varför inte tro sig om att förtjäna något bättre än att missbruka illegala droger? Också här har Ted Goldberg en förklaring. Från början livnär missbrukaren kanske en förhoppning om att exempelvis med heroinets hjälp göra sig av med sina negativa känslor och tankar. Men hon har en "alltför djup källa av negativa upplevelser att ösa ur och upptäcker inte ett nytt och positivt medvetande" (a a, s 79 ff). "Hoppet om något bättre, eller om att åtminstone kunna hitta en flyktväg, förbyts snart mot ytterligare en förstärkning av övertygelsen om att hela deras person förtjänar att förstöras. Problematisk konsumtion [missbruk] är ett sätt att åstadkomma detta." (a a) Och ursprunget till de negativa känslorna och erfarenheterna är missbrukarens problematiska relationer till andra människor. "För att må bra behöver problematiska konsumenter upprätthålla och behålla nya och mer positiva relationer till andra." (a a) Om missbrukaren får till stånd ett positivt nätverk av signifikanta andra (betydelsefulla andra), människor som reagerar på det hon gör och som hjälper henne att förbättra sin självbild, läggs alltså grunden till ett bättre mående. Det är när hon mår bättre som hon så småningom kan klara att sluta missbruka. Detta förklarar troligtvis varför spontanläkning verkar hjälpa lika mycket som behandling, vilket Arne Kristiansen visar i sin forskning (2000).

De signifikanta andra kan variera. De kan bestå av en religiös grupp, vara en empatisk kontaktperson eller en ny livspartner. Tidigare socialchefen Mats Sundgren tar upp denna tankegång under en föreläsning på Socialhögskolan i Stockholm våren 2003 och temat är utdefiniering och återhämtning: "Gruppens normer är en regelmängd jag tar in så att jag kan handla spontant inom regelsystemet. I detta kan jag också bli utdefinierad. Genom ett förändrat socialt samspel bör det vara möjligt att skapa återhämtning." Han fortsätter: "Av de samspelepartners människan möter är de gemenskaper som tillhör vardagslivet de som påverkar mest, som ansikte-mot-ansikte-relationer, samarbete och intimitet. Det kan handla om omtanke och konkret personlig kontakt. Men ska tilliten kunna växa med nya signifikanta andra krävs *uthållighet*, några som står kvar och detta hänger ihop med hur samspelet utvecklas." Precis som Ted Goldberg och Arne Kristiansen lyfter Mats Sundgren fram Charles H Cooleys socialpsykologi (1922), att individen och samhället är två sidor av samma mynt. Det enskilda medvetandet kan inte skiljas från den sociala kontexten utan bildar en aspekt av den – vårt jag påverkas av de människor vi kommer i kontakt med. Våra handlingar styrs av andras reaktioner och omdömen på så sätt att vi föreställer oss den bild andra har av oss, föreställer oss sedan ett omdöme om den bilden och erfar en känsla av stolthet eller förödmjukelse.

Övergång från illegala till legala droger leder missbrukaren bort från avvikarrollen

Detta, tänker jag, borde gå att förena med Ted Goldbergs resonemang om att missbrukaren stegvis kan ta sig bort från avvikarrollen genom att övergå från illegala droger till legala. Med intag av legala droger som Subutex, metadon, alkohol eller psykofarmaka "minskas destruktiviteten – som är en oundviklig del i livet på drogscenen. Detta reducerar antalet negativa reaktioner från andra, vilket i sin tur möjliggör en justering av självbilden i positiv riktning." (Goldberg, 2000, s 81 ff) "Så småningom kan hon ta flera steg som förstärker självbilden ytterligare, t ex fortsätta minska sin konsumtion av illegala droger, ta strö-

jobb...”][”...samtidigt underlättar dessa småförbättringar tillskapandet av bättre relationer till andra människor – och därmed ett nytt och mera positivt socialt nätverk.” (a a)

Sammanfattningsvis kan sägas att ett stort antal modeller försöker förklara varför missbruk uppkommer. Förklaringsnivåerna är en eller flera och begreppen varierar med varje modell även om de ibland ger uttryck för samma sak. Hos människor som utvecklat ett missbruk av illegala droger som heroin finns ett komplicerat bagage – en sårbarhet som dels har ett ursprung någonstans ifrån (människans medfödda konstruktion), dels i händelser och upplevelser i olika sociala sammanhang (i familjen, i gruppen, i samhället) som tidigt leder till utanförskap (avvikelser).

KVINNOR OCH BARN I MISSBRUKET (litteraturavsnitt)

Kvinnoidentitet ungt forskningsområde

Intervjuerna i studien berör kvinnliga sfärer som graviditet, förlossning, barn och moderskap – men också relationer med män och med barn. Att tala om dessa områden förutsätter ett intresse för kvinnan. Men att förstå henne är komplicerat. Förklaringarna är många och forskningsområdet ungt. I en bok om kvinnoidentiteten presenterar Gunilla Fredelius m fl ett urval av de kvinnopsykologiska teorier som vuxit fram parallellt med den sociala kvinnofrigörelsen: ”Kvinnor och män är mer lika än olika. Men där vi är olika saknas i hög grad den kvinnliga erfarenheten i gängse psykologiska teorier.” (Fredelius m fl, 2000, s 9). Författarna menar att det inte finns någon teori men att det finns viktiga utkast. ”Att vara av samma kön som sin mamma, att leva i en kvinnokropp, att vara underordnad i samhället är gemensamma kvinnliga erfarenheter som präglar den psykiska utvecklingen och identiteten.” (a a) Inom sig bär varje kvinna möjligheten till moderskap. Antingen den förverkligas eller inte behöver hon finna ett förhållningssätt till sin inre bild av vad en mamma är (a a, s 26). Fredelius m fl utgår från Jean Baker Miller (1986) när de pekar på att kvinnors underordnade ställning ger upphov till handlingsstrategier och förhållningssätt som de delar med andra underordnade grupper i samhället, som arbetslösa och invandrare. Kvinnors underordning exemplifieras med att kvinnors synpunkter och erfarenheter ignoreras, att de beskrivs på ett missvisande sätt, att de har en undertryckt vrede och att de i regel görs beroende av den överordnade gruppen (männen) ekonomiskt, socialt och politiskt (a a).

Manligt och kvinnligt synes alltså mer ha med ställningen i samhället att göra än könet. Oavsett klasstillhörighet har kvinnornas villkor blivit mer lika sedan inträdandet på arbetsmarknaden. Gemensamma problem tidsbrist, att inte hinna till dagis, sjuka barn, att inte ha städlat ordentligt och att ständigt känna skuld. Ändå menar Fredelius m fl att förhållandena mellan könen och föreställningarna om vad som är manligt och kvinnligt nästan inte förändrats överhuvudtaget, något som förklaras med att kvinnornas förändring hittills inte varit något som i grunden angått männen (a a, s 29).

Moderskapet viktig del av den kvinnliga sexualiteten

I motsats till Sigmund Freud, som grundlagt uppfattningen att flickor från början är som pojkar, menar Gunilla Fredelius m fl att flickors och pojkars utveckling är olika redan från födelsen. Ända upp i förpuberteten lever flickorna i nära relation till sin mamma och fram till elva, tolv års ålder behåller de en nära kontakt med sina tidiga starka upplevelser av relationer och den självuppfattning dessa gett upphov till. Det som är viktigt i livet är relationer, kontaktskapande och närhet medan pojkarna långt tidigare ”tvingas ut i kylan”. *Moderskapet*

beskrivs som en viktig del av den kvinnliga sexualiteten (a a, s 64 ff) och med menstruationen bekräftas det möjliga moderskapet. I den kvinnliga identiteten ingår också att vara medveten om att det som gäller för kvinnor är en könssegregerad arbetsmarknad, lägre löner och sämre ställning. Samtidigt som kvinnorna börjar veta detta som tonårsflickor är de ändå inställda på ett framtida yrkesliv: ”Vi har i Sverige världens äldsta förstföderskor, 27-28 år. Det betyder att förvärvandet av en identitet som vuxen kvinna i vårt land – som i många andra länder – inte främst markeras av moderskapet utan av inträdandet i arbetslivet.” (a a, s 92)

Graviditeten stärker den kvinnliga identiteten. Att bli mamma innebär för resten av livet en ny social ställning – i kontakten med arbetslivet, med samhället, med andra kvinnor och män. ”Den gravida kvinnan har lätt att identifiera sig med fostret, men också med sin mamma.” (a a, s 99 f). Hon får kontakt med känslor som kanske inte tidigare varit tillgängliga. Kommer gamla konflikter upp till ytan klarar hon att bearbeta dem på ett nytt och mognare sätt (a a). Så kan också blivande mammor som är Subutexpatienter beskrivas. Enligt Lisa Kinnari, enhetschef på psykosociala enheten i Maria Gamla Stans stadsdelsförvaltning, säger socialsekreterarna att de märker att kvinnorna ”mognar” under graviditeten och att de ”tar sitt ansvar”. ”Det tycker jag mig också kunna se att de gör”, fortsätter hon. ”De här kvinnorna har inte svårt att avhålla sig från missbruk under graviditeten.” Men hon säger också att man krasst nog många gånger ser graviditeten och det kommande barnet som en rehabiliteringsåtgärd för den vuxna kvinnan.

Men graviditeten som en viktig del i det kvinnliga identitetsskapandet gäller inte alltid den som underhållsbehandlas med Subutex. Det ska ses mot att det normala är att den blivande mammans anknytning till barnet börjar med de första skälvande fosterrörelserna. Inte förrän i sin femte graviditetsmånad förstår en av de intervjuade kvinnorna i den här studien varför hon mår så dåligt när hon ”blir dålig” (har abstinens), att det inte beror på abstinensen utan på att hon är gravid, medan en annan av de intervjuade kvinnorna förnekar sin graviditet ända till sin åttonde graviditetsmånad.

Bli mamma något de flesta kvinnor längtar efter

Även om mammor som underhållsbehandlas med Subutex inte alltid genomlevt hela sin graviditet har de nog, som de flesta kvinnor, någon gång längtat efter den. I sin avhandling om åtta ”narkotikabrukande” [missbrukande] kvinnor berör även Ingrid Lander moderskapets betydelse: ”Av de fyra kvinnor som inte hade barn längtade tre mycket efter det. Denna längtan var förknippad med strävandena bort från missbrukarlivet och förbunden med den tidigare beskrivna drömmen om ’tomtebolyskan’. Att bli mor var förbundet med att vara en ’riktig kvinna’ samt drömmen om förbehållslös kärlek,” (Lander, 2003, s 162)

Forskaren Karin Trulsson beskriver också hon moderskapets betydelse i sin studie av missbrukande mammor som skiljts från sina barn. Likaväl som graviditeten kunde innebära möjligheter och hopp om nytt liv med ett ökat socialt värde, kunde det för de kvinnor som redan under graviditeten hade bedömts som olämpliga mammor, innebära en markering av utanförskapet och en yttersta stigmatisering. De flesta av kvinnorna i Karin Trulssons undersökning hade inte planerat graviditeten men välkomnade ändå barnen. Så gott som alla talade om ett liv tillsammans med barnen som det viktigaste framtidsmålet (Trulsson, 1997, s 53 ff). För mamman kunde barnet innebära hopp om att komma in i en gemenskap med en annan människa – som dessutom var beroende av henne. Samtidigt kunde närheten till barnet medföra krav och utgöra ett hot om hon inte tidigare hade upplevt mycket närhet. I kvinnornas berättelser var barnens pappor förknippade med konflikter, missbruk och

övergivenhet. Männens frånvaro och missbruket tog plats i berättelserna. Männen kunde upplevas som stöd men mest var de en belastning. För kvinnorna var andra kvinnor viktigare under graviditeten och hälften nämnde sin egen mamma som det viktigaste stödet (a a).

Graviditetens betydelse för anknytningen till barnet

Barnpsykologen och legitimerade psykoterapeuten Margareta Brodén, sedan 25 år tillbaka verksam på Viktoriagården som är en öppenvårdsenhet inom barnpsykiatri i Malmö, tar i sin senaste bok upp graviditetens betydelse för anknytningen till barnet. Hon menar att det går att förebygga relationsproblem mellan mammor och barn genom att erbjuda insatser redan då. För att upptäcka hindren bör man känna till det vanliga utvecklingsförloppet – att det normala är en process som präglas av stor upptagenhet av känslor och tankar kring relationer: ”Avsaknad av tankar om barnet och föräldraskapet kan ses som risktecken och leda till brister i den psykologiska förberedelsen hos kvinnan.” (Brodén, 2004, s 20) Att knyta an till barnet under graviditeten (den prenatala anknytningen) handlar om förmågan att med empati och inlevelse föreställa sig det ofödda barnet, att föreställa sig en annan människa. Att be blivande mammor som är Subutexpatienter beskriva vem som finns därinne i magen är med andra ord både relevant och angeläget. Ett foster på fem månader eller en liten försigkommen pojke som stökar omkring visar på två vitt skilda förhållningssätt.

Kvinnans livsförändringsperioder

Margareta Brodén beskriver kvinnans livsförlopp i olika centrala övergångar – i tonåren, i föräldraskapet och i övergångsåldern. Medan vissa forskare kallar dessa perioder för utvecklingskriser kallar hon dem för övergångsperioder och betonar att det i dessa ”livsförändringsperioder” finns en utvecklingsaspekt. Rätt utnyttjade kan de leda till mognad och till att kvinnan står bättre rustad för nästa period i livet. Det gemensamma med övergångsperioder är att de handlar om identitetsförändringar. För en tid riktar kvinnan uppmärksamheten inåt i ett sökande av sin identitet för den nya perioden i livet och aktualiserar de tidigare livserfarenheterna. Hennes psyke är mer mottagligt den här perioden och hon får tillgång till sitt undermedvetna. ”Denna sårbarhet/öppenhet står i utvecklingens tjänst, eftersom det är när man vågar eller tvingas se inåt och möta sig själv som man lär sig något om vem man är. Det är då man utvecklas.” (a a, s 29) Men det är också perioder som kan leda till psykiska problem om kvinnan inte förmår att ta sig igenom ett utvecklingsstadium till nästa.

Hjälp under graviditeten ökar möjligheten till en trygg anknytning

Graviditeten skildrar Margareta Brodén som ett ingemansland, ett gränstillstånd mellan olika identiteter: ”Hon är på väg in i moderskapet och inte längre icke-mor och heller inte ännu mor. En övergående känsla av tomhet infinner sig när hon växlar från en identitet till en annan.”][”Perspektiven förskjuts.”][”Känslor och sinnesupplevelser blir starkare.” (a a, s 32) Hon delar in graviditeten i tre faser och räknar då in den första tiden efter förlossningen. Första fasen är det förändrade medvetandet, den andra en invigningsfas (kvinnan invigs i moderskapet och konfronteras med nya frågeställningar) och tredje fasen en återvändande- eller pånyttfödelsefas (nyföddhetsperioden). För mamman har nyföddhetsperioden handlat om att lära sig förstå sitt barn och ge det omsorg så att det håller sig vid liv. När det är ett par månader gammalt kan hon i regel skilja på barnets olika skrik. Sedan, när hon klarar sitt föräldraskap på den mest basala nivån, kan hon släppa det totala uppgåendet i barnet och gå vidare i samspelet för att utveckla relationen. Vid åtta veckors ålder sker också en mognad

hos barnet, leendet blir mer förtroligt, inläringen sker snabbare, mat-, sömn- och aktivitetsmönster stabiliseras (Berg-Brodén, 1997, s 71).

Erfarenheterna på Viktoriagården (se ovan) har visat att även kortare hjälpinsatser under graviditeten ökar möjligheten till en trygg anknytning. När mammorna har problem med anknytningen har problemen, enligt Margareta Brodén, börjat i mammornas barndom. Hindren kan ligga på olika plan och genom att erbjuda hjälp under graviditeten är det möjligt att flytta eller avlägsna hindren så att kontakten med barnet kan komma igång (Brodén, 2004, s 20). Kvaliteten (upplevelsen av närhet, ömhet och glädje i samspelet) har större betydelse för anknytningen än intensiteten (omfattningen) och faktorer som påverkar anknytningens kvalitet negativt kan vara depressioner och ångest. Kontakten med det ofödda barnet hjälper mamman att leva lugnare och att avstå från sådant som kan vara skadligt för barnet, som alkohol, nikotin och narkotika (a a, s 54 ff).

Med fungerande anknytning följer förmåga att ge omsorg

Medan anknytningen hos mamman börjar redan under graviditeten utvecklas anknytnings-systemet hos barnet under dess första levnadsår. När anknytningen fungerar skyddas barnet från faror och säkras sin utveckling. Anknytningen är till och med en grundförutsättning för överlevnad hos spädbarnet och med en fungerande anknytning hos mamman följer en fungerande omsorgsförmåga (a a, s 35). I anknytningen ingår en överföring av relationsmönster som sker mellan generationer. För förståelse av den överföringen utvecklades *anknytningsteorin* av engelsmannen John Bowlby på 1950-talet. Mönstren i relationerna mellan barnet och mamman, interaktionen (samspelet), byggs in redan under barnets första levnadsår och styr barnets förväntningar i relation till andra människor. Och forskningen visar att de här mönstren är mycket stabila över tid (a a, s 36). Klassificeras mammans anknytningsmönster kan barnets relationsutveckling förutsägas. Utvecklingen av barnets anknytning till mamman leder till inre föreställningar hos barnet, vilka styr barnets beteende och förväntningar gentemot andra.

Kvaliteten i den tidiga mor-barn-relationen betyder alltså oerhört mycket för barnets framtida sociala, emotionella och kognitiva utveckling. Att det som händer i början är stabilt över tiden redovisas också i många studier, bland annat en uppföljning som vid sex och tio års ålder visar att stabiliteten i mönstren från ett års ålder var 86 procent (a a, s 42). Kay Karlsson, psykolog och barnterapeut vid spädbarnsverksamheten Maskan, BUP Stockholm, är en av dem som gör gällande att det barnet är med om mycket tidigt visar sig långt fram. Har man vuxit upp med föräldrar som brustit i omsorg kan det leda till en brist på egna bekräftande procedurala (förspråkliga) minnen. Det är minnen som normalt bara finns där, som man inte förstår men som gör att man kan umgås med andra människor. Man bara gör därför att minnena aktiveras. Så som man gör i mötet med ett spädbarn, när rösten åker upp, ansiktsmusklerna rör sig på ett visst sätt och man ger respons på vad barnet försöker förmedla. Vad spädbarnet är med om i samspelet med sina föräldrar lagras som minnen. Därmed grundlägger barnet sin förmåga att relatera till andra människor och att i en framtid själv utöva föräldraskap. I samspelet är en viktig beståndsdel att barnet uppfattar sig som någon som kan påverka sin tillvaro. Ett tryggt anknutet barn har en förälder som naturligt har vissa förmågor, som att rätt uppfatta och tolka sitt barns signaler. Svartsberedskapen finns där kontinuerligt eftersom späda barn inte klarar att vänta på responser (Egerö, 2004, s 51 f).

Bristande omsorg inverkar på individens senare förmåga att själv ge omsorg (Killén, 1994, s 14). När det gäller barn som behandlas inom barnpsykiatrin kan terapeuterna fråga sig vad

som härstammar från obearbetade problem som finns kvar hos föräldrarna från deras tidigare liv och upplevelser (Orrenius och Krantz, 2002, s 11). Med bristande omsorg avses att föräldrar eller de som har omsorgen om barnet tillfogar det fysisk eller psykisk skada eller försummar det så allvarligt att barnets fysiska och/eller psykiska hälsa är i fara (Killén, 1994, s 33). *Psykiska övergrepp kan förhindra utvecklingen av en positiv självbild hos barnet och såren finns kvar inombords.* Detta gäller inte för isolerade upplevelser av avvisanden, som en tillfälligt själsligt frånvarande förälder, utan kommer ur ett permanent beteendemönster gentemot barnet – ett mönster som blir ett dominerande drag i barnets liv (a a, s 41). *En särskild grupp barn som utsätts för psykiska övergrepp är barn till missbrukare.* De vuxna är upptagna av sitt och ser inte barnet och dess behov: ”Barnet utsätts för ångestfyllda och instabila situationer som de varken kan förutse eller förstå.”][”Barnet måste ständigt vara berett på att föräldrarna ändrar beteende.” (a a, s 43) ”Missbrukaren projicerar ofta sig själv på barnet, som å andra sidan kan uppleva sig som ansvarigt. Missbrukaren kan utsätta barnet för en lika kraftig förvrängning av verkligheten som den psykotiska föräldern kan göra.” (a a). Med det menar Kari Killén att missbrukare i stor utsträckning använder sig av förnekande- och projiceringsmekanismer som drabbar barnet: ”Förnekandeförsvaret hos missbrukaren är för barnet en mycket mystifierande sida av missbruket. Det gör barnet förvirrat i dess perceptionsförmåga.”][”Om jag hade varit snällare så hade mamma inte druckit.” (a a) Vad som också går ut över barnet är den sociala skammen, att familjen stigmatiseras och isoleras, föräldrarnas frustration när ekonomin inte räcker till att finansiera missbruket, samlivsproblem mellan de vuxna och så vidare (a a).

Trygg eller otrygg anknytning

Ur anknytningen utvecklas ett samspel mellan barnet och mamman som antingen kan vara tryggt eller otryggt. Om mamman är barnets kontinuerliga omsorgsperson kan barnet under första levnadsåret inte låta bli att knyta an till henne. Det spelar ingen roll om hon är varm och nära eller kall och avståndstagande (Brodén, 2004, s 37). Om mamman uppmärksammar sitt barn och förstår barnets signaler utvecklas känslan av tillit och trygghet hos barnet. Här betonar Margareta Brodén att otaliga studier visar att ”den viktigaste faktorn för främjande av barnets trygghet och utvecklingen av tidig kontakt är moderns känslomässiga närvaro”, hennes ”*maternal sensitivity*”. Margareta Brodén utgår från Mary Ainsworth m fl (1978) när hon beskriver dess fem delar: *förmågan att uppfatta barnets signaler, att tolka dem, att ge adekvata svar, att svara i tidsmässig anpassning till barnets signaler samt att kontinuerligt ha denna svarsberedskap* (a a, se även Kay Karlsson ovan). Leder mammans oförmåga till känslomässig närvaro till otrygg anknytning hos det lilla barnet klassificeras den i undvikande, ambivalent och desorienterad anknytning (a a, s 39). Det är om den person som barnet är anknutet till och som ska rädda det från faror samtidigt är den person som väcker barnets rädsla som ett desorienterat anknytningsmönster utvecklas, något som Margareta Brodén beskriver som det mest problematiska: ”Ju mer behovet av trygghet ökar, ju mer ökar rädslan.” (a a, s 40) Det leder antingen till att barnet utvecklar ett falskt själv, anpassar sig helt till andras behov eller tvingas ge upp föreställningen om en skyddande förälder (a a).

Hur mamman knyter an till sitt barn har ett samband med hur hon minns sin barndom. Det är inte kvaliteten i barndomserfarenheterna i sig som är det viktiga utan hur mamman reflekterar över sina erfarenheter. När berättelserna om barndomen saknar sammanhang, eller om mamman har svårt att minnas eller är alltför uppfylld av gamla konflikter, riskeras hennes förmåga att ge sitt barn en tillräckligt trygg bas (a a, s 43 f). Mammor ”mammor” som de själva blivit ”mammade”, säger Margareta Brodén och har grund för sitt antagande i forskningen. Med studier visar också att mammor som brustit i inlevelsen under graviditeten

ändå kan få tryggt anknutna barn, vilket bedöms bero på att mammorna mognat under graviditeten (a a, s 45 f).

Hållandets betydelse

När Margareta Brodén utifrån D W Winnicot (1970) talar om ”mamning” inbegriper hon *hållandet*. Från början är barnets jag sammansmält med mammans och behöver hennes jagfunktioner som stöd under de första månaderna när det egna jaget börjar konstrueras. De förmedlas genom mammans förmåga till hållande. Den första perioden av ett barns utveckling karakteriseras av totalt beroende. Barnet kommer inte in i verkligheten, ”blir inte till”, utan att bli mött av mammans omsorg. Från början måste barnet tas emot i ett ostört varande, ett ”rum”, där barnet bara kan finnas till. Genom förmåga till hållande förser mamman barnet med detta rum, denna sfär. Hållande avser främst det fysiska förhållandet och innefattar många aspekter på ”mamning”, som kärlek, omvårdnad, empati och inlevelse. Några veckor efter förlossningen börjar mammans totala identifikation med barnet att avta. Hon överlåter åt barnet att med signaler visa sina behov, vilket är ett nödvändigt steg för barnets självständighetsutveckling. Efter ungefär ett halvår relaterar barnet till mamman som ett ”separat objekt”. Stegvis har barnet, med hjälp av mamman, upphört att vara sammansmält med henne. Nu behöver mamman föra in kontraster i barnets liv, till exempel genom att inte ständigt vara tillgänglig: ”Hennes koncentration på barnet minskar och hon återgår till sitt vanliga jag och får ökat intresse för sig själv och omvärlden. Hon frustrerar nu barnet i lagom doser och tvingar på så sätt barnet att mobilisera egna krafter.” (a a, s 56 ff)

Därefter formas barnets identitet i vardagslivets stunder. Mamman noterar barnets nyfikenhet och säger något uppskattande som barnet hör och tar in. Relationen mellan barnet och mamman blir ömsesidig. Men har mamman inte själv fått tillräcklig omsorg och saknar positiva modeller för hur en mamma ska vara, klarar hon inte det vardagliga uppbyggandet av barnets identitet. Har hon inte känt sig hemma i kvinnovärlden känner hon sig heller inte hemma i mammavärlden. På Viktoriagården (se ovan) är det därför extra viktigt att parallellt med det terapeutiska arbetet ”mamma mammorna”, ge dem extra omsorg och värme i en kvinnlig sfär (a a, s 374).

Mammor med missbruksproblematik speciellt sårbara

Margareta Brodén menar att det behövs mer än vad Viktoriagården kan erbjuda när det gäller mammor som har en missbruksproblematik. De beskrivs som en speciellt sårbar grupp i samband med barnafödande: ”Vår erfarenhet av att arbeta med kvinnor som nyligen avslutat sitt missbruk är att de behöver vård dygnet runt. Att, som hos oss, få hjälp några timmar om dagen har inte varit tillräckligt. Dygnsvård behövs också för att ge trygghet åt barnet.” [[”Dessa mödrar behöver stöd under lång tid. Det finns inte några snabba kurer eller genvägar förbi den mognadsprocess som dessa kvinnor måste igenom för att kunna fungera i modersrollen.” (a a)

Lätt glömma barnet i arbetet med mamman

Det finns en risk att barnen glöms bort i behandlingsarbetet med mammor som har en missbruksproblematik. Det, skriver Margareta Brodén, hänger ihop med att mammorna själva kräver kontakt och uppmärksamhet, att de agerar ut eller dramatiserar. Råkar barnet dessutom vara ett barn som är passivt och inte ställer krav på kontakt är det lätt att glömma det. En bra lösning i arbetet med mammor som har en missbruksproblematik, fortsätter Margareta

Brodén, är att utse någon i personalgruppen som enbart representerar barnet – någon som kan bedöma och uppmärksamma barnets behov och kontaktutveckling (a a). Man måste förstå att barn är olika, att deras utrustning att hantera sin verklighet skiljer. Vissa barn har till exempel större förmåga än andra att trösta sig själva och återställa jämvikt, medan andra gråter mer och utlöser mer omvårdnad eller osäkerhet hos mamman. Barns behov av kroppskontakt skiljer också. Vissa har mer, andra mindre. En mamma som själv är beroende av kroppskontakt kan känna sig avvisad om barnet inte har det. Barn har också olika behov av stimuli. En del behöver mer medan andra kan drabbas negativt av för många intryck (a a, s 83 f).

Omsorgsförmåga och omsorgssvikt

Förutom anknytning och samspel är omsorgsförmåga och omsorgssvikt vanliga begrepp i den barnutredande socialsekreterarens värld. Barbro Hindberg, som bland annat varit utredare vid Socialstyrelsen, reder ut begreppen: Kan en mamma svara på sitt barns behov besitter hon omsorgsförmåga. Om inte visar hon omsorgssvikt (Hindberg, 2001, s 14). När omsorgsförmågan brister kan det yttra sig i psykisk ohälsa hos barnet. Hos spädbarn kan det handla om försenad utveckling, kontaktstörningar och problem förknippade med skrik, mat och sömn. Det är de sammanlagda påfrestningarna som ger utslag i barnets försämrade fysiska och psykiska hälsa och detta förstärks under livets fortsatta förlopp (a a).

Omsorgsförmågan innehåller tre delar: att uppfostra (etik, moral, gränssättning med mera), att tillfredsställa barnets behov samt att sörja för att barnet utvecklas så bra som möjligt (a a, s 19 ff). Får barnet inte sina grundläggande behov tillgodosedda tar det djup och allvarlig skada och detta kan vara svårt att reparera. Till de grundläggande behoven räknas omvårdnad, skydd, mat, dryck, sömn, hygien, kläder och tillsyn – och att ha tillgång till en mamma som svarar på barnets signaler. Små barn som inte får sina behov av fysisk och psykisk kontakt tillgodosedda kan bli deprimerade, passiva eller stanna upp i sin längd- och viktutveckling: ”En stark och varm bindning mellan föräldrar och barn är en förutsättning för barnets normala känslomässiga utveckling och det bästa skyddet mot misshandel, övergrepp, vanvård och försummelse.”][”Vidare har barn ett behov av att kunna se livet som förutsägbart och begripligt. Utmärkande för tillvaron exempelvis i familjer där föräldrarna är psykiskt sjuka, har missbruksproblem eller där mamman misshandlas är just obegripligheten.” (a a) Mamman måste kunna prioritera sitt barns behov före sina egna, vilket fordrar en viss mognad. Vidare måste hon kunna skilja sitt barns behov från sina egna och ha förmåga till empati för barnet. I grunden handlar det om förmåga att se barnet som en egen individ med egna behov och rättigheter (a a, s 24 f).

Sammanfattning: Gemensamma kvinnliga erfarenheter präglar kvinnans psykiska utveckling och identitet – som att vara av samma kön som sin mamma, leva i en kvinnokropp, bära på föreställningen om det möjliga moderskapet och vara underordnad i samhället. Hos mamman börjar anknytningen normalt med de första skälvande fosterrörelserna medan anknytningen hos barnet utvecklas under dess första levnadsår. Graviditeten skapar möjligheter till förändring och utveckling. Då kan kvinnor få kontakt med känslor som inte tidigare varit tillgängliga och i det tillståndet klara att bearbeta gamla konflikter. När anknytning och samspel fungerar följer omsorgsförmåga. Barnet skyddas från faror, säkras sin utveckling och lär sig utveckla relationer. Kvinnor med en missbruksproblematik är en speciellt sårbar grupp i samband med barnafödande. De behöver omfattande hjälp under lång tid. En hjälp som, enligt spädbarnsbarnsexperten Margareta Brodén, helst bör ges i dygnsvård.

STÄMPLINGSTEORIN (litteraturavsnitt)

Att stämplas till utanförskap ruckar vår självuppfattning

Stämplingsteorin försöker förklara avvikelser genom att säga att "mitt jag" är ett resultat av det sociala samspelet. Stämplas vi (stigmatiseras, karakteriseras, klassas, brännmärks) till utanförskap ruckas vår självuppfattning. Vi föds inte med färdiga självbilder och identiteter, de växer ur det sociala samspelet och finns kvar till dess att ett nytt socialt samspel bidrar till förändring. Ett av stämplingsteoriens centrala begrepp är *karriär*, ett begrepp som används när man talar om människan i missbruket. För att förstå begreppet bör man förstå att stämplingsteoretikern tänker i termer av processer "som börjar i det förflutna och fortsätter förbi dagens situation in i framtiden" (Goldberg, 2000, s 109 f). Vad får individen att börja missbruka och vad upprätthåller hennes avvikande beteende när hon väl har börjat? Begreppet karriär är en beskrivning av den processen (a a). De senare stadierna i missbruksutvecklingen (avvikarkarriären) bygger vidare på de tidigare.

När det gäller stämplingsteorin för narkotikamissbrukare hänvisar flera av de forskare som omnämns tidigare, Ted Goldberg, Mats Hilte och Arne Kristiansen, till Howard S Becker som 1963 i sin studie *Outsiders* myntade karriärbegreppet. Begreppet använde han i en analys av hur marijuanarökning utvecklades sekventiellt från att en individ rökte marijuana emellanåt till dess att individen rökte marijuana regelbundet. Första steget i avvikarkarriären är regelbrottet. Individen följer sina impulser och bryter mot normen. Men för att det ska utvecklas till regelbundenhet krävs särskilda motiv och intressen. Detta utvecklas ofta i nära samspel med etablerade avvikargrupper. Av det följer omvärldens stämpling som innebär att individen placeras i en ny social kategori, vilket i sin tur påverkar individens självbild.

Slutligen kan stämplingen innebära att personen fullt ut tar steget in i en organiserad avvikargrupp. För att förstå det här måste man också förstå vad som menas med självbild: "Självbild är individens uppfattning om sig själv i relation till samhällets ideal om hur en människa borde vara." (Goldberg, 2000, s 114) Den grundas och modifieras i relation till andra: "De som spelar en viktig roll i skapandet, upprätthållandet eller omformuleringen av en individs självbild är hennes signifikanta andra." (a a, s 115)

Barnets föräldrar (eller andra omsorgspersoner) är barnets första signifikanta andra. Genom dem formulerar barnet sin självbild. Efter hand som barnet växer och får kontakt med "andra människor som blir signifikanta andra, kommer även dessa att påverka hennes självbild, men då är grunden redan lagd. Den första stämplingen kommer från föräldrarna, samhällelig stämpling är det andra stadiet." (a a) "En person med en negativ självbild har lärt sig genom responserna hon har fått från sina signifikanta andra att det finns en låg grad av överensstämmelse mellan hennes person och samhällets ideal om hur en människa bör vara. Stämpling är en process bestående av upprepade negativa reaktioner från signifikanta andra, som resulterar i att individen omdefinierar sin självbild så att den blir mer negativ än vad den dittills varit."]["Självbild växer ur summan av många stora och små händelser och reaktioner över lång tid, och därför krävs när den väl etablerats, lång tid att förändra dess grundläggande innehåll; även om mindre omformuleringar är möjliga på kortare sikt." (a a)

Stämpling ger konsekvenser

Enligt stämplingsteoretikern bestämmer inte objektiva kriterier vad som är ett avvikande beteende. Ett beteende kan vara ett regelbrott vid ett tillfälle men tillåtet vid ett annat. Allt för

många avvikelser leder till stämpling och det är gruppen som avgör vem som ska stämplas. För den stämplade, skriver Ted Goldberg, kan konsekvenserna bli kolossala. Han exemplifierar med unga som döms till inlåsning istället för vård: ”Genom dessa påföljder skär samhället effektivt av dessa tonåringar från så gott som alla möjligheter att skaffa sig erfarenheter som liknar dem som de flesta i samma åldersgrupp har.” (a a, s 112) Med vård i familjehem skulle chanserna öka att deras avvikarkarriärer avbröts eller åtminstone inte blev lika omfattande. Då skulle de ha möjlighet att skaffa sig mer normala sociala erfarenheter jämfört med om de var tvungna att bara umgås med lika stämplade individer i § 12-hem eller i fängelser (a a).

Kommentar: Min uppfattning är att det går att tänka stämplingsteoretiskt också när det gäller kvinnor som underhållsbehandlas med Subutex. Ett absurt exempel vore att påtvinga kvinnliga opiatmissbrukare p-sprutor innan de ställs in på preparatet (sådana röster har hörts i debatten!). Kvinnorna skulle kategoriseras till en utanförskara som inte fick bli mammor och deras redan djupa självförakt skulle urholkas ytterligare. En ickestämplande åtgärd skulle däremot vara att tillsammans med kvinnan fundera över hur hon framöver ska kunna bli mamma och jämka ihop dessa funderingar med de gränsdragningar och den behandling samhället kan erbjuda.

Forskaren Ingela Kolfjord tar också upp stämplingsteorin när hon undersöker kvinnors ”drogbruk” [missbruk] och lagbrott: ”Människor konstruerar sig och positionerar sig i en ömsesidig process med sin omgivning.” (Kolfjord, 2003, s 50) Detta skulle kunna tolkas till att det även finns strategier för att frammana stämpling. Men Ingela Kolfjord skriver också hoppfullt att det sätt att betrakta avvikelse som utgår från stämplingsteorin ”inte innebär att människor passivt låter sig stämplas, tar på sig roller eller utanförskap som de förväntas att göra. Bland både barn och vuxna finns motstrategier mot stämpling.” (a a)

Sammanfattning: ”Mitt jag” är stämplingsteoretiskt sett ett resultat av det sociala samspelet. Att stämplas (stigmatiseras) till utanförskap påverkar människors självuppfattning negativt. Stämplingsteoretikern tänker och analyserar i termer av processer (karriär) ”som börjar i det förflutna och fortsätter förbi dagens situation in i framtiden” (Goldberg, 2000, s 109 f) – processer som får individen att börja missbruka och som upprätthåller hennes avvikande beteende när hon väl har börjat.

MÄNNEN OCH VÅLDET (litteraturavsnitt)

Kvinnor som finner sig i att bli slagna

Att ha åkt på stryk, blivit slagen, fått på käften, är återkommande berättelser hos kvinnor som missbrukar. Hotade och kränkta kan de ändå känna sig övergivna om mannen drar iväg. Överlag, skriver etnologen Annette Rosengren, har männen stor betydelse i missbrukande kvinnors liv. Hon har följt en grupp missbrukande kvinnor och konstaterar att eftersom männen i missbrukarvärlden är i majoritet är kvinnorna eftertraktade (Rosengren, 2003, s 204 f, se även Trulsson, 1997, s 53 ff).

För kvinnorna som Annette Rosengren studerat representerar männen ”skydd och kärlek”, men svarar också för det mesta våldet i kvinnornas liv. Kvinnorna får också stryk av andra kvinnor, men det grövsta våldet mot dem utövas av män. I de hemlösas missbrukarvärld finns, enligt Annette Rosengren, samma typ av ”genuskontrakt” som på andra håll i samhället.

Männen tycker sig ha rätt att slå och kvinnorna finner sig i att bli slagna. Sköra nätverk ökar sårbarheten. En ”skitstövel till man” blir bättre än ingen man alls (a a, s 205 ff).

Våld leder till en förvrängd verklighetsuppfattning

Att relationer med män i missbrukarvärlden verkar handla om underordning och att bli misshandlad är också Gunilla Fredelius m fl:s iakttagelse. I början förklarar kvinnan våldet som ett misstag, sedan förvrängs hennes verklighetsuppfattning. Hon upplever våldet som normalt, som något hon förtjänar och när mannen är snäll mot henne ges de stunderna stor betydelse (Fredelius m fl, 2000, s 123 f). Att kön är kopplat till makt och att ett sätt att utöva makt är att slå skildras på många håll i dagens kvinnoforskning. Exempel på söknamn är Maria Eriksson och Gun Heimer.

Sammanfattning: Bland hemlösa finns samma typ av genuskontrakt som på andra håll i samhället. Männerna tycker sig ha rätt att slå och kvinnorna finner sig i att bli slagna. Sköra nätverk bidrar till sårbarheten. En man som slår blir bättre än ingen man alls, eftersom mannen också representerar skydd och kärlek.

BOENDET (litteraturavsnitt)

Att inte veta var man ska bo försvårar inträdandet i samhället

Min bild av gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex är att de under tiden i missbruket förlorat den lägenhet de möjligen en gång hade. Sedan har de flyttat in hos tillfälliga pojkvänner, övernattat på härbärgen eller bara drivit runt. Detta har stärkt deras utanförskap. Med behandlingen har de fått tillgång till en mer ordnad boendesituation, som stödboende, träningslägenhet eller andrahandskontrakt. Men alltför få beskriver ett tryggt boende där de vet att de får bo kvar. Boendet kan vara relaterat till behandlingen, vilket skapar stor osäkerhet hos de gravida kvinnorna och mammorna över vad som kan hända om de (eller pojkvännen) misslyckas, det vill säga återfaller. De gravida kvinnorna och mammornas otrygga boende försvårar deras inträdande i samhället. Det kan handla om att inte kunna ställa barnet i dagis eller att inte våga ge sig till känna för grannarna.

Bostad inte en social rättighet

I Förenta Nationernas Artikel 25, skriver Annette Rosengren, deklarerar om allas rätt till en viss levnadsstandard. Det inkluderar föda, kläder, bostad, hälsovård, nödvändiga sociala förmåner samt trygghet i händelse av sjukdom och arbetslöshet. (Rosengren, 2003, s 63). Men alla i vårt land omfattas inte av FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna då här finns ett antal människor som är hemlösa. Några av dem är som sagt gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex.

Annette Rosengren prickar rätt när hon skriver: ”Bostad ges som belöning för drogfrihet men inte som en social rättighet, tvärtemot de bostadspolitiska målen.” (a a)

Sammanfattning: Gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex har sällan ett tryggt boende där de vet att de får bo kvar, vilket är tvärtemot de bostadspolitiska målen. Istället kan boendet vara relaterat till behandlingen, vilket skapar stor osäkerhet hos kvinnorna över vad som kan hända om de återfaller.

PERSPEKTIVVAL

I socialsekreterarens uppgift ingår att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller familjens totala situation. Det handlar om att försöka förstå hur människan påverkas av omgivande faktorer men också hur hennes personlighet bidrar till situationen. Med min bakgrund inom socialtjänsten ligger det nära till hands att perspektivet är psykosocialt – en blandning av de psykologiska förhållandena å ena sidan och de sociala eller samhälleliga å den andra.

Med tanke på uppsatsens ämne ligger det också nära till hands att söka biologiska förklaringar, att fundera över hur hjärnans receptorer påverkas av opiater som heroin och substitut som den aktiva substansen buprenorfin i Subutex.

I mitt perspektivval ingår anknytningsteorin, den socialpsykologiska interaktionistiska teorin, de kvinnopsykologiska teorier som talar om kvinnans underordning samt stämplings- och karriärteorin. Det är teorier jag tycker mig kunna se vävas in i varandra. Ett återkommande ord är exempelvis interaktion (samspel). Medan anknytningsteoretikern talar om vikten av tidiga responser och att mönster är stabila över tid försöker stämplingsteoretikern förklara avvikelser genom att säga att ”mitt jag” är ett resultat av det sociala samspelet. Har individen av sina föräldrar fått stämplande (stigmatiserande) responser kan den begynnande självbilden bli negativ. Det andra stadiet är samhällets stämpling då individens redan negativa självbild förstärks.

METOD

Forskningens uppgift är att söka kunskap. Medan positivisten strävar efter det objektivt mätbara, som att visa på samband mellan olika variabler som kön, bakgrund, familjestruktur och socialgruppstillhörighet, söker hermeneutikern förståelsen genom komplexiteten (Lantz, 2000, s 28). ”Väsentligt för kvalitativa studier är istället att få med så många kunskapsgenererande aspekter som möjligt, även de udda, oväntade och icke-representativa. Materialet behöver inte vara stort; någon gång kan det räcka med ett enda fall.” (Lagerberg och Sundelin, 2000, s 16) Valet av intervjuform – kvalitativ eller kvantitativ – har att göra med hur mycket förkunskap det finns om det som ska belysas. Utgångspunkten är kvalitativ, först därefter kan man ställa frågor om ”hur mycket” (Lantz, 2000, s 23).

Forskning finns redan om kvinnor och mammor med en missbruksproblematik (exempelvis Trulsson, 1997), liksom forskning som omfattar underhållsbehandling med Subutex som metod och dess effekter (Kakko m fl, 2003) samt foster- och nyföddhetsstudier som avser Subutensexponerade barn (exempelvis Fischer m fl, 2000 och Lejeune m fl, 2001). Men underhållsbehandling med Subutex kopplat till inträdandet i föräldrarollen är alltså ett outforskat område. Dessutom är undersökningsgruppen fortfarande både ny och liten, i december 2004 var ”Subutexamammorna” i Stockholm 33 till antalet. Våren 2003, som var tidpunkten för intervjuerna, var de bara 14. Det kunde inte anses vara en tillräckligt stor grupp för en kvantitativ metod och därför valde jag en kvalitativ metod.

Om valet hade varit en kvantitativ studie hade undersökningen gjorts på mina (undersökarens) villkor. Det som hade gällt hade varit en envägskommunikation med mig som distanserad observatör, en ”jag-det-relation” med objektiva sakförhållanden (Andersen red, 1994, s 70, 72, Kvale, 1997, s 62). Kvalitativa metoder är svårare att åtskilja då varje fenomen ”består av

en unik kombination av kvaliteter eller egenskaper” (Andersen red, 1994, s 71). Forskningsobjektet kan uppfattas som ett subjekt och forskningsprocessen blir en *kommunikationsrelation*, ett samtal mellan två. Kritiken mot den kvalitativa forskningsmetodikerna kan dock vara att faktainsamlandet och analysresultaten är ”för beroende” av individerna. De kvalitativa metoderna avvisas inte av kritikerna som oanvändbara, men ges främst en funktion på de förberedande stadierna (a a).

Valet kvalitativ eller kvantitativ metodik avgörs också av undersökningens ämne och syfte, som här att bland annat studera vad gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex blir hjälpta av. Det, menar jag, förutsätter en tvåvägskommunikation där kvinnans berättelse får ta plats.

Validitet och tematisering

Även om en undersökning måste vara så sann som det bara är möjligt för den som ska ta del av den är, enligt postmodernismen och socialkonstruktivismen (och min mening), all sanning subjektiv. Vad som presenteras beror ju de facto på vad undersökaren väljer att presentera. Men jag utgår från att undersökarens vilja är att presentera en så sann bild som han eller hon förmår. Då är validiteten beroende av hur hållbara de teoretiska förutsättningarna är – de som är grunden för undersökningens frågor, *tematiseringen*. Validiteten i analysen har alltså att göra med att rätt sorts frågor är ställda så att tolkningen håller.

Detta försökte jag hålla i minnet när jag förberedde mig inför intervjuerna med kvinnorna. I förväg formulerade jag vissa samtalsteman (rubriker) utifrån inhämtade förkunskaper från litteraturen, samtal med barn- och missbrukskunniga och utifrån redogörelser vid Sätra Brukskonferenserna (se inledningen).

Mina teman blev: Uppväxten. Kvinnans funderingar över vem hon var innan hon började missbruka. Heroinets betydelse. Mäns våld. Prostitution. Tidigare behandling och fängelse. Om beslutet att försöka sluta missbruka. Subutexets betydelse. Återfall och tankar om återfall. Oväntad eller planerad graviditet. Förlossning. Abstinens hos barnet. Amning. Rökning. Betydelsefulla händelser före och efter förlossningen samt tankar kring barnet. Barnets pappa. Sjukdomar. Kvinnan om sin situation. Socialtjänstens utredning.

För validiteten i en intervju gäller också att intervjupersonen är tillförlitlig och att intervjuaren kan ifrågasätta och kontrollera den erhållna informationen (a a, s 214 f). Min upplevelse har varit att det varit viktigt för kvinnorna att få berätta, att det varit angelägna om att få bidra med just sina erfarenheter. Jag kan inte bevisa att de inte förvanskat sina berättelser men har svårt att förstå varför de skulle ha anledning att göra detta. Att kontrollera vad de sagt har inte varit görligt. Jag har till exempel inte bett om informanternas tillåtelse att intervjua deras socialsekreterare för att jämföra berättelserna. En sådan bredd på undersökningen hade krävt ett helt annat tidsutrymme.

Förhandsinformation skapar föreställningar

En intervjuanalys kan ses som en fortsättning på den historia som berättas av den intervjuade. Intervjuundersökningen kan också ses som en historia som undersökaren själv vill berätta – ”där historiens huvudpunkter hålls i minnet redan från början” (Kvale, 1997, s 181 f). Som exempel är min föreställning efter inhämtad förhandsinformation att gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex kan behöva omfattande hjälp utöver

läkemedlet för att klara inträdandet i föräldrarollen och avslutandet av missbrukskarriären *samtidigt* som Subutex är en förutsättning för att de ska klara att gå in i den nödvändiga hjälpen. För en gestaltning av kvinnornas problematik kan olika grupper (kategorier) lyftas fram – till exempel att som barn ha upplevt föräldrars psykiska sjukdom eller självmord utan att ha fått hjälp att bearbeta detta. Kvinnornas berättelser vill jag väga mot den bild som några professionella aktörer ger om gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex.

Fastställande av intervjuresultaten

Efter att ha passerat stadierna tematisering, planering, intervju, utskrift och analys kommer intervjuundersökaren till stadiet verifiering (verifiera = styrka, belägga). Då fastställs intervjuresultatens generaliserbarhet, reliabilitet (pålitlighet) och validitet: ”Reliabilitet hänförs till resultatets konsistens, och validitet till om en intervjuundersökning undersöker vad som var avsett att undersökas.” (a a, s 85) I min studie är de intervjuade kvinnorna så få att det är svårt att hävda generalitet. Presentationen handlar därför inte om kvantifiering utan om visualisering. Att utöka materialet med professionellas erfarenheter och synpunkter blir dock ett sätt att bemöta detta.

Kvalitativt ska sociala problem begripas på djupet

I den kvalitativa metodiken är vetenskapsuppfattningen ofta fenomenologisk. Steinar Kvale hänvisar till Giorgi (1975) när han skriver att fenomenologi ”är studier av strukturen, och variationerna av strukturen, hos det medvetande, för vilket varje ting, händelse eller person framträder” (a a, s 54). Fenomenologi är en filosofisk tradition bestående av en rad olika inriktningar. Idén är att det sätt vi kan nå kunskap är genom en beskrivning och analys av det sätt på vilket vi konstituerar (grundar) vår erfarenhet av världen. Kvalitativt ska sociala problem begripas på djupet. Det ska finnas en öppenhet för den intervjuades upplevelser samt ett försök att sätta förkunskaperna inom parentes och en ansats att göra det osynliga synligt. Här ingår uppfattningen att den sociala verkligheten har skapats och kan omskapas av människor och att kunskapen förvärvas genom samtal (Andersen red, 1994, s 72, Kvale, 1997, s 15, 42, 54).

Kritiken är den stora tolkningsvariationen och att undersökaren bara lägger märke till saker som stöder undersökarens uppfattning, en så kallad ”snedvriden subjektivitet” (Kvale, 1997, s 192). Om man nu skulle vara av uppfattningen att det redan finns tillräckliga förkunskaper – och med det avser de kunskaper som finns om missbruk, underhållsbehandling, kvinnor/mammor med en missbruksproblematik och att omkring 15 kvinnor kan anses utgöra ett tillräckligt underlag för en kvantitativ analys – finns ändå hinder för en kvantitativ studie. På grund av kvinnornas oordnade livssituation är de en undersökningsgrupp man kan anta är komplicerad att nå med enkäter.

Men genom deras barn (exempelvis via BVC eller den specialistbarnläkare som följer upp barnen i Stockholm) skulle det i teorin vara möjligt att nå mammor som underhållsbehandlas med Subutex för en framtida kvantitativ studie om vad som kan hjälpa dem in i föräldrarollen. I den konsensus som följde av Sätra Bruks-konferensen 2003 (se s 13) föreslås ett nationellt kunskapscentrum kring målgruppen. Om en sådan kommer till stånd skulle den kunna vara en bas för kvantitativa studier.

I den kvalitativa forskningsintervjun är den intervjuade och intervjuaren intresserade av samma tema: "Ämnet för den kvalitativa intervjun är den intervjuades livsvärld och hennes relation till den." (Kvale, 1997, s 35) Forskaren Ingela Kolfjord är påverkad av Hoigård (1997) när hon skriver att man för att "kunna förstå handlingarnas sociala mening" måste komma mycket nära dem som utövar handlingarna (Kolfjord, 2003, s 41). Jag har försökt komma de intervjuade kvinnorna i min studie så pass nära att det ger mig möjlighet att återge vad de tror behövs för att de ska klara att vara mammor. Hjälpmedel har varit stödord på en lapp (mina valda teman) och en liten bandspelare. För en senare överblick skrev samtliga intervjuer ut ordagrant, vilket tog sin modiga tid. Intervjuerna varade mellan fyra och sex timmar och genomfördes hemma hos kvinnorna. Men de var inte de enda samtalen, intervjuerna föregicks av möten på stan, telefonsamtal, sms eller brevväxling. Förmedlare var kvinnornas socialsekreterare eller behandlare. Dem letade jag reda på genom att ringa dit där jag förmodade kunde finnas kvinnor som underhållsbehandlades med Subutex. Via förmedlarna fick jag namn, mobilnummer eller en poste restante-adress efter att förmedlarna först hade frågat kvinnorna om de fick lämna ut detta till mig. Vid ett par tillfällen ville förmedlarna träffa mig först för att fråga om studien. Därefter blev det min uppgift att höra av mig till kvinnorna och tala för saken.

"Centralt för en berättelse är händelser, som sker i ett visst sammanhang, är orsakade eller förorsakade av något (kanske av huvudpersonen i berättelsen) och upplevda av någon (exempelvis berättaren – men inte nödvändigtvis) och som framställs av någon." (Hydén och Hydén, 1997, s 20) Intervjuerna skedde med avbrott eftersom barnen var med. En baby skulle ha mat, en annan en ny blöja. Ändå var det inga avbrott i egentlig mening. Samtalen växlade bara mellan det knepiga livsberättandet till prickar på stjärten eller vad som fick den lille att kikna av skratt. Avbrotten var stunder när kvinnorna fick tillfälle att visa hur de handskades med sina barn. För några av kvinnorna var det viktigt att veta om också jag hade barn. Under blöjbytena passade de då på att ta upp frågor som var riktade till mig som fyrabarnsmamma och inte som intervjuare. När började jag ge smakportioner? När sov mina barn hela natten? Det var inte komplicerat att återgå till intervjuerna efter dessa stunder. Kvinnorna var fullt intställda på att berätta.

Uppsatsskrivande en process som tar tid

Största hindret under uppsatsens tillblivande har varit tidsbrist, att skrivandet fått bli en kvällshistoria efter att barnen lagt sig. Det är en naturlig konsekvens om man som jag är heltidsanställd. Men en uppsats är en process. Den ska inte bara bli skriven. Den ska "tänkas" också och jag tänker bättre på förmiddagar än sena kvällar och nätter. Att jag fick värdefull starttid är jag dock mycket tacksam för. Som efter första Sätra Bruks-konferensen 2002 (båda konferenserna bekostades generöst av stiftelsen Allmänna Barnhuset) då jag under två veckor på arbetstid fick sammanställa en konferensrapport (Egerö, 2002). Senare möjliggjorde ett stipendium från FoU Stockholm och Allmänna Barnhuset att jag kunde leta efter en vikarie till min socialsekreterartjänst och ansöka om två månaders tjänstledighet. Men att läsa litteratur, hitta informanter, få till stånd möten och skriva ut intervjuer tog längre tid än beräknat. En annan svårighet var att "prata rätt" i sökandet av informanter. Två gånger misslyckades jag. En kvinna associerade mig till socialtjänsten (vilket var förståeligt) och kände sig kränkt av undersökningens innehåll. Hon ville fortsätta vara den "vanliga mamma" hon sade att hon var för sitt barn utan att bli granskad av "sådana" som jag (hon såg mig som en representant för socialtjänsten). En mamma jag hade pratat med upprepade gånger föll också bort. Flera gånger när vi hade bestämt träff ringde hon och sköt intervjun framåt. Till slut lät jag det bero.

För de fem kvinnor jag kom att intervjua är logiken i att de försöker avsluta sina missbrukskarriärer att de (inom överskådlig framtid) stannar kvar i behandling. Utöver dem har jag som sagt intervjuat fyra professionella aktörer om deras erfarenheter av gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex. Det sammanlagda underlaget för undersökningens resultat blir därmed omkring 14 kvinnor. Var och en av de professionella har träffat så många kvinnor att de skulle bli dryga tjugotalet om de adderades ihop. I realiteten har kvinnorna rört sig mellan de professionella vilket minskar antalet. Ur materialet har sedan ett antal gemensamma erfarenheter och synpunkter kunnat urskiljas (se Slutsats, s 77).

LITEN ORDLISTA

Stödboende	Här avses ett privatägt hem med ett antal boendeplatser för missbrukare, ej att förväxla med behandlingshem som står under länsstyrelsens tillsyn
Dålig	Abstinens
Volta	Fängelsestraff
Grejerna, varorna	Heroinet
Fix, firre	Iordninggjort heroin, klart att injicera
Verktyg	Sprutor och andra tillbehör
Buprenorfin	Den aktiva substansen i Subutex
Slå i sig	Injicera
Dutta	Injicera lite mindre men ofta

FYRA PROFESSIONELLA AKTÖRER

I samtalen med de fyra professionella aktörerna står "drogfri" oftast för en beskrivning av en tillvaro utan illegala droger som heroin men med det legala opiatpreparatet Subutex. Drogfri kan således i praktiken definieras på två sätt – utan droger överhuvudtaget eller med legala droger som Subutex. Det visar sig också att kvinnorna som senare intervjuas förhåller sig till begreppet "drogfri" på samma sätt. Mestadels står "drogfri" för en tillvaro utan heroin men i underhållsbehandling med Subutex.

De fyra professionella representerar olika delar av verksamheter som gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex kan komma i kontakt med. Vid tidpunkten för intervjuerna har de betydande erfarenheter av undersökningsgruppen, som då alltjämt är både liten och ny.

Kicki Hofling är barnutredande socialsekreterare i Maria Gamla Stans stadsdelsförvaltning. Vid intervjutillfället har hon erfarenhet av fyra utredda "Subutexmammor". Hon är även styrelsemedlem i Svenska narkomanvårdsförbundet och har tidigare utrett vuxna missbrukare. Att hon som barnutredare besitter kunskaper om missbruk är förmodligen ovanligt.

Ewa Brändholm är behandlare och boendestödare vid Emeagruppen i Stockholm, en verksamhet som disponerar över ett antal tränings- och försökslägenheter där mammor (och ibland pappor) kan bo med sina barn. Målet med boendet är att ge mammorna fortsatt stöd i att leva ett drogfritt (se ingressen) liv, klara eget boende, ha en ordnad ekonomi och försörjning samt det viktigaste – ge mammorna stöd i föräldrarollen och sörja för en trygg

miljö för barnen. Emeagruppens arbetsmodell är lösningsfokuserad. Förutom samtal arbetar de med aktiviteter i hemmet samt har olika former av kontroll. Vid tidpunkten för intervjun är fem av boendemammorna Subutexpatienter.

Gunilla Cardell och **Eva Heiwe** är kuratorer vid Familjesociala mottagningen, som är specialistmödravården vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Våren 2003, som är tiden för intervjutillfället, har de hunnit följa sammanlagt tolv Subutexgraviditeter fram till förlossning (sedan dess har ytterligare dryga tjugotalet Subutexexponerade barn fötts på sjukhuset). Till Familjesociala mottagningen remitteras riskgraviditeter från hela Stockholmsområdet. Gemensamt för de blivande mammor och pappor som kommer dit är att de har en missbruksproblematik.

Angeläget med täta tvärprofessionella nätverk kring mammorna

De fyra aktörerna är alla tydliga med att gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex behöver mycket hjälp. Mest effektivt, säger de, skulle vara om mödravården, barnhälsovården, socialtjänsten och missbruksbehandlingen samarbetade mer. Ett gott scenario skulle vara om täta tvärprofessionella band knöts kring varje mamma och hennes barn. Att de (som det är idag) är hänvisade till vanliga BVC efter förlossningen anser de inte vara tillräckligt. Risken finns då att viktig uppmärksamhet går förlorad.

Kicki Hofling: ”BVC kan inte så mycket om missbrukarmammor som ofta är rätt känsliga. I kontakt med dem är det lätt att bli för försiktig. Man vill inte säga vissa saker för man vet att de varit utsatta för svåra upplevelser. Man vill inte kränka dem. Min bild av ’Subutexmamman’ är att hon är duktig på att sköta BVC-tiderna. Men på BVC är förmodligen det största fokuset barnets viktökning. Jag tror att man mindre tänker på att det är en mamma med en heroinisthistorik som ska ta hand om barnet. För henne är kanske de avgörande frågorna om hon vågar gå förbi Plattan eller Mariatorget med sin barnvagn, vart hon ska ta vägen, vad hon ska göra om någonting händer, hur hon ska skydda barnet om hon får ett återfall.”

”I ett tätt nätverk runt mamman skulle man kunna komma överens om handlingsplaner där allting ingår, som en beredskap om hon till exempel får drogsug eller om barnet inte går upp i vikt.”

Ewa Brändholm: ”I den allmänna barnhälsovården möts dessa mammor ofta av okunskap om Subutex, men också av en viss misstänksamhet. Det är både mammornas och våra upplevelser Emeagruppens erfarenhet i arbetet med dessa föräldrar ger vid handen att en speciell läkarresurs för dessa barn till missbrukande föräldrar borde finnas i Stockholm – en resurs som kan följa barnens utveckling men också trygga föräldrarna med adekvat kunskap.”

Gunilla Cardell och **Eva Heiwe:** ”Som det ser ut idag kan vi inte förvänta oss, eller ens begära, att barnsjuksköterskor på vanliga BVC ska ha kunskaper om missbruksproblematik. Men det är viktigt för mamman att någonstans kunna prata öppet om sin föräldraroll och då med någon som har förståelse för hennes missbrukshistoria.”

För att skapa en relation med mamman behövs både tid och kontinuitet

Kicki Hofling: ”Det finns mammor som har bra och fungerande samtalskontakter på socialkontor, behandlingsgrupper och liknande. Då finns en kontinuitet som innebär att mammorna kan bearbeta vad de varit med om och att man tar upp saker hela tiden. Det blir en

tillräcklig utmaning för mamman. De som inte har sådana samtalskontakter, som på ytan är 'glada', har det svårare. För dem behövs en beredskap, men den finns inte. Det räcker inte att utreda barn de tre-fyra första månaderna när allting är lyckligt, när mammorna är drogfria (se ingressen), hämtar sin medicin och lämnar urinprov."]["Ett sätt att bygga upp en fungerande relation är att se till att det inte pågår tjänstemannamöten om mamman bakom hennes rygg. Finns en oro ska hon höra den. Kontakterna ska vara tätare än vanligt. Man ska samla ihop människorna omkring henne och ge henne möjlighet att i mötena ha en stödmänniska med sig, som en kontaktperson."

Ewa Brändholm: "Att bli förälder samtidigt som man håller på med ett eget pågående förändringsarbete är inte lätt. Att vara drogfri (se ingressen) är inte detsamma som att man självklart erövrar ett gott föräldraskap. Vår erfarenhet är att 'Subutexmammor' tar lite längre tid på sig än övriga boendemammor innan de börjar arbeta med sig själva, sina mönster och sitt föräldraskap."

Gunilla Cardell och Eva Heiwe: "Om en kvinna som går på Subutex väljer att bli mamma är det viktigt att hon går på specialistmödravård minst en gång i veckan. Det ska vara täta och kontinuerliga besök. På vanlig mödravård får man inte mer än en kvart, men Subutexmamman behöver mycket mer."]["I de fall där en socialsekreterare från vuxensektionen och en barnutredare kommer in gemensamt når vi längre. Men oftast kommer kvinnan med sin vuxensekreterare under graviditeten och sedan tar barnutredaren vid i samband med förlossningen. Vi förstår inte hur man kan skapa sig en relation om man som barnutredare kommer in bara några veckor innan barnet ska födas. Relationer skapas inte så snabbt och särskilt inte med de här mammorna. Just när de befinner sig i en skör situation ska någon de inte känner komma in och ifrågasätta deras föräldraroll."

Bara i början av sitt förändringsarbete

Inte någon av de fyra professionella aktörerna ger uttryck för att de gravida kvinnorna eller mammorna som underhållsbehandlas med Subutex har kommit långt i sitt förändringsarbete mot missbruket.

Kicki Hofling: " Jag skulle önska att de här kvinnorna fick ha en längre drogfri (se ingressen) tid innan de blev mammor. I det stora förändringsarbetet för ett missbruksfritt liv bygger man upp ett nytt socialt nätverk. På ett bräde ska de ordna boende, hitta sysselsättning, leta avlastning och ordna upp sina relationer. Samtidigt som de ska klara detta har de oftast inget socialt nätverk alls. När vi ritar nätverkskartor med dem består de mest av professionella kontakter, som kontaktpersoner, övervakare och socialsekreterare. Det är svårt att förbereda kvinnorna inför det här att bli förälder. De är så ofta inne i sin egen process, sitt tillfrisknande, i nuet. Många säger att de inte orkar bearbeta prostitution och övergrepp. När de får den kraften är barnet kanske ett år. Då blir det en farozon, när alla känslor ska bearbetas."

Ewa Brändholm: "Tre av mammorna har tidigare fått barn som idag är fosterhemsplacerade eller har vuxit upp. Subutexet upplevs som en mycket viktig bidragande faktor till att man ska lyckas bättre med sitt föräldraskap den här gången. Men en påtaglig realitet för dessa barn är att de lever med mammor som befinner sig i ett konstant beroende. Flera av mammorna ger uttryck för hur de stora delar av dagen tänker på att inte bli abstinenta eller få drogsug och hur viktig Subutexunderhållsbehandlingen är för att de ska klara att hålla sig borta från drogerna. Mamman kan sägas vara 'en Subutextablett från missbruk'. Ibland skapar det dramatik, exempelvis när det har skett missar i uthämtningen av tablettarna. Det är en turbulens som

självklart barnen och omgivningen dras med i. Flertalet av våra mammor som får Subutex klarar dock att skaffa sig bra rutiner i vardagen för både sig själva och barnen vad gäller att hämta tabletter och lämna urinprover.”

Gunilla Cardell och Eva Heiwe: ”På något sätt hamnar kvinnornas självförtroende på topp med Subutex. De vill inte se tillbaka. Det är bara framåt som gäller medan vi menar att det är normalt att vara orolig när man väntar barn. De beskriver inte hur framtiden som förälder ska se ut. De är otroligt viktigt att kunna föreställa sig sitt barn, att bygga upp en relation till barnet i magen, men de här kvinnorna klarar inte det. Barnet finns knappt med hos dem under graviditeten.”][”För att Subutexmamman bäst ska bli hjälpt in i föräldrarollen... Ja, det skulle nog vara att hon inte blev gravid så direkt efter påbörjad Subutexunderhållsbehandling. Vi skulle önska att de här kvinnorna – i samband med att de börjar sin behandling – fick träffa någon som kunde prata med dem om föräldraskapet. Någon som berör vikten av att satsa på sig själv först innan man blir förälder. Som vågar ta upp ämnet abort. Man bör ha en dialog, fråga om de vill börja föräldraskapet nu, eller kanske först gå igenom en behandling som på sikt kan betyda att de inte behöver bli så ifrågasatta som föräldrar.”

Barnmorskan Helena Cewers på Sprutbytet i Malmö säger att missbrukande kvinnor som tidigt kommer i kontakt med sin graviditet (exempelvis med hjälp av ultraljud) och på så sätt får vara mammor ett tag, kan komma till insikt om att det inte kommer att gå, att de inte kommer att klara det. Hon säger att ingen kvinna vill föda ett barn som blir omhändertaget och i det läget väljer hon kanske hellre att göra abort. När jag ber Gunilla Cardell och Eva Heiwe kommentera detta svarar de:

”Hos oss är det nog snarare så att de fullföljer graviditeten när de sett hjärtat ticka på ultraljudsbilden.”

FEM KVINNOR OCH DERAS BERÄTTELSE

När det gäller kvinnorna har jag valt att mera omfattande återge deras berättelser. Det finns en anledning. Jag har hört barnutredande socialsekreterare beskriva att de saknar kunskaper om missbruk och jag har hört missbrukskunniga vuxenutredande socialsekreterare beskriva att de saknar kunskaper om barn och föräldraskap. Förhoppningen är att kvinnornas egna berättelser kan illustrera hur det är att både ha en missbruksproblematik och bli mamma.

Introduktion (namnen är fingerade)

När jag träffar **Agnes**, 35, är hennes pojke Albin ett och ett halvt år gammal. Kaffemuggarna är dukade på en färgglad vaxduk på köksbordet. I fönstren finns blommor. Inte förrän i sin femte graviditetsmånad förstod Agnes att hon väntade barn. Då var hon i ett aktivt opiatmissbruk och upplevde situationen som en stor katastrof. Hon tyckte inte det var ”lämpligt” att bli mamma, men det var för sent att avbryta graviditeten. Det märks att Agnes har tänkt på sin pojke när hon möblerat. Där finns plats för honom, varma färger och många leksaker han stolt och ivrigt visar upp. Agnes trivs i området önskar att de fick bo kvar. I närheten finns en lekpark och öppen förskola de brukar besöka. Agnes skulle gärna vilja ordna en dagisplats i närheten. Samtidigt vet hon att hon när som helst kan behöva flytta, om någon granne skulle skvallra för hyresvärden eller om lägenhetsinnehavaren plötsligt behöver sin bostad. Socialtjänsten kan hjälpa henne till en förturslägenhet, men det är en lägenhet som

ligger i Agnes gamla bostadsområde. Där finns hela hennes tidigare missbruksnätverk, människor hon med all kraft vill undvika.

Beatrice, 32, bor sedan några veckor tillbaka med sin make och fyra månader gamla son Benjamin i ett privat stödboende på landsbygden norr om Stockholm. De tjugotalet andra som också bor i stödboendet är alla opiatmissbrukare som med hjälp av Subutex försöker hålla sig borta från heroinet. Bostaden är en tvårummare i ett avgränsat husområde med ett antal små barackliknande byggnader. En huvudbyggnad finns också, med kontor, kök, matsal, teve- och boenderum. Beatrice hade gärna träffat andra mammor. Men de två barn hon hade hört talas om skulle bo på stödboendet har flyttat. Benjamin är hennes fjärde barn. En tonårsdotter och två tvillingpojkar bor sedan de var små i familjehem, flickan i ett och pojkarna i ett annat. Nu håller Beatrice på att ställa i ordning sin bostad med nyinköpta möbler. Benjamin, som är i hennes famn, ler oavbrutet. Han ger intryck av att vara stabil och trygg. Det gör hans mamma också. Maken kommer hem en kort stund för att äta lunch. Sedan åker han igen och lämnar oss ensamma med varandra.

I Skåne träffar jag **Cecilia**, 27, och hennes dotter Camilla som är en och en halv månad gammal. Dottern föddes exakt samma dag som ankomsten var beräknad, 50 centimeter lång och vägde 3.190 gram. En riktig medelbaby således. Cecilia hämtar upp mig med egen bil vid en busstation på landsbygden. Brunsvarta åkrar så långt ögat kan se. Här och var en trädklunga och några byggnader. Cecilia bor med sin pojkvän, som är Camillas pappa, i ett litet hus några mil från Malmö. Paret har hållit ihop sedan de träffades på ett behandlingshem två år tidigare. Att de nu är föräldrar är något som var totalt oväntat. När Cecilia i duschen upptäckte att kroppen hade förändrats trodde hon bestört att hon hade fått cancer. Huset är ett renoveringsobjekt och paret ser optimistiskt på framtiden. De är en familj och de har stöttning. Pojkvännen har utan läkemedelsassistans klarat att sluta missbruka heroin men har förståelse för att Cecilia behöver det stöd hon kan få av Subutex. Hon säger att ingen så bra som han kan lista ut om hon har sug. Det hör han direkt på hennes röst och det gör henne trygg. Då kan hon prata med honom om det som är jobbigt. Under intervjun tar han hand om Camilla och lämnar Cecilia ifred med mig i köket.

Mötet med **Ditte**, 26, sker i en träningslägenhet söder om Stockholm. Där bor hon och pojkvännen med boendestöd. Ditte är gravid med Daniel (några månader senare får jag veta att det blev en välskapt pojke) och han tar stor plats i Dittes liv. Fylld av funderingar undrar hon vem som är därinne och hur det framtida livet ska se ut. Liksom Ditte är pojkvännen en opiatmissbrukare i underhållsbehandling. Ditte säger att kraven är större på henne än på honom som får metadon. Som Subutexpatient har hon noll tolerans, fortsätter hon. Till och med kodein skulle få henne utskriven. Hon tycker det är konstigt att kraven på Subutextmottagningarna skiljer. Vissa ger patienterna två eller tre chanser vid återfall medan andra skriver ut patienten på en gång och på en sådan mottagning är hon patient. Just det oroar henne mycket. Hon menar att man inte bara ska bestraffa vid återfall. Man måste ta reda på varför det kom också.

Emma, 27, var övertygad om att hon inte kunde få barn. Ända sedan tonåren har hon försökt bli gravid. Men två månader efter inledd Subutexunderhållsbehandling väntade hon Evelyn. Då var det stor turbulens kring Emma. Hon tog inte in att det fanns ett barn där i magen förrän i sin åttonde graviditetsmånad och det var ungefär då jag träffade Emma första gången. När jag träffar henne för tredje gången bor hon med sin fem månader gamla dotter Evelyn och sin pojkvän, som också han är Subutexpatient, på en hemlig adress. Inte ens vännerna på stödboendet, där de bodde tidigare, vet var de tagit vägen. Den lilla familjen måste hålla sig

gömd för Emmas make som hon håller på att skilja sig från. Han sitter i fängelse, är våldsam och ska snart börja få permissioner. Komplikationen är att maken inte accepterar att det är Emmas nye pojkvän som är pappa till Evelyn. Det spelar ingen roll att faderskapstest är gjort. Maken gör ändå kraftfulla anspråk på barnet och att de är gifta gör det juridiskt krånglig.

Kvinnornas uppväxt

Förlust av eller komplicerade relationer med föräldrar samt bristande skolgång återkommande berättelser hos de intervjuade kvinnorna.

Agnes: ”Jag kommer inte ihåg så mycket från jag var barn. Nästan ingenting. Men tonåren minns jag. De var jättejobbiga. Det var mamma och jag som bråkade, pappa gick mest undan. Det var mycket bråk, med slagsmål, men vi fick ingen hjälp eftersom det hölls inom familjen. Det är något fel med mamma, någon depression... Jag kom in på mitt förstahandsval på gymnasiet men tackade nej till att börja. Jag klarade inte att plugga då. Så fort jag fick chansen efter nian flyttade jag hemifrån. Nu har jag kontakt med mina föräldrar. Under lång tid hade jag inte det.”

Beatrice: ”Jag växte upp både i Finland och Sverige och jag kände mig älskad som barn. Min pappa var inte någon som tog mig i famnen och så, men jag kände mig trygg. Fast jag fick klara mig själv väldigt tidigt. Jag tror jag var tio år när jag fick börja ta hand om saker. Det hör till vår kultur, pappa var zigenisk. Mamma dog redan 1987. Hon hade skelettcancer och hade inte långt kvar att leva när hon tog all sin medicin och dog av den. Hon skulle ändå dö... Hon led mycket. Hennes ben kunde bara gå av, som man knäcker en tändsticka. Hon dog ungefär samtidigt som min dotter föddes, någon dag innan jag fyllde 16. Jag fick barn i slutet av nian och bodde hos min pappa i en förort till Stockholm. Han drack inte då, men min styvmamma hade alkoholproblem. Sen dog en av mina bröder i en bilolycka. Det var 1995. Sen dog min farfar. Och min pappa. Alla dog det året. Min pappa gav bara upp. Jag tror han sörjde ihjäl sig, han drack så mycket att bukspottskörteln sprack. När farfar dog lade sig pappa bara ner i sängen och gick inte upp mer. Då hade han precis fyllt 50.”

Cecilia: ”Emellanåt var det okej, men det var också mycket bråk och slagsmål. Pappa hade psykiska problem, kunde aldrig jobba eller gå ut bland folk. Då svimmade han. Hela min barndom satt han bara inne. Vi hade inte en pappa som åkte skridskor med oss, men han lekte mycket, det gjorde han. Jag vet inte om mina föräldrars bråk påverkade mig så mycket. Jag gick till kompisar. Från jag var elva år var jag inte hemma så mycket. Ser man på det idag var jag ganska liten. Jag var inte hemma så mycket på nätterna heller. Det var lätt att tycka om pappa eftersom han aldrig satte några gränser. Det var mamma man blev arg på. Hon såg till att vi gick i skolan och straffade oss när vi gjorde fel. Det var nog en svår familjesituation, men jag tänker inte så mycket på det. Grät vi fick vi en smäll. Den första polisrapporten kom när jag var elva. De hittade mig i Folkets Park, tunnklädd mitt i snön. Mamma hämtade mig. Hon sade bara åt mig att gå och lägga mig: ’Vi pratar inte om det mer.’ Jag fortsatte med alkohol hela högstadietiden. De åren hade vi aldrig kontakt med socialen. Aldrig. När mina föräldrar skildes (Cecilia var 14 år då) undrade många varför. De trodde vi var världens bästa familj. Min syster flyttade till sin kille och var bara 16-17 när hon fick sitt första barn. Pappa tog tag i sina problem och jag gick gymnasiet och efter det barnskötarutbildningen på högskolan. Då kom amfetaminet. Och brasset. Och tabletterna.”

Ditte: ”Pappa tog livet av sig när jag var tretton. Det var jobbigt... Jag förstod inte varför. Kanske var det för att mamma inte ville leva med honom? Mamma är omgift och jag har fyra

småsyskon. Pappa hade perioder när han var deprimerad och så drack han en del. När det hände (självmordet) pratade mamma och jag ingenting. Vi har inte pratat om det så mycket senare heller. Jag vet att det förändrade mig mycket. Jag kommer ihåg att pappa och jag bråkade jämt sista året. Ibland var vi kompisar men oftast var vi osams om allting. Sedan försvann han. På behandlingar har de ibland tagit upp sådana här saker och jag tror det hjälpt lite. Det som hände finns ju kvar, att man är ledsen och så. Jag vill inte att mitt barn ska ha det som när jag var liten och pappa drack. Det var skitobehagligt. Jag tycker inte alls att man ska vara full när man har barn. Man ska inte vara full i närheten av barn. Det spelar ingen roll om man inte blir otrevlig... När man är full pratar man på ett annat sätt och säger konstiga saker. Det vill inte jag att mitt barn ska vara med om. Strulet började när jag var tonåring.”

Emma: ”När jag var tretton började jag rymma hemifrån, åkte in till stan och struntade i att åka hem. Det var helt galet. Jag kunde gå fram till vem som helst, sådana jag inte kände, och fråga om jag fick slagga där. Kanske kände jag mig lite lurad när jag upptäckte att alla inte hade det så bra som vi (Emmas familj hade en god ekonomisk standard). Tiden när jag var liten finns inte kvar. Jag minns inte så mycket. Det var fattigt med kramar. Den delen av mitt liv har fallit bort. Jag började aldrig gymnasiet.”

Kvinnornas funderingar över vilka de var innan de började missbruka

Agnes: ”Det har jag tappat bort. Det är ’hönan och ägget grej’, att tänka på vem jag var innan jag började knarka, vem jag skulle varit om jag inte hade knarkat. Det går inte att tänka så. *Ändå* är det ganska intressant att fundera på det!”

Beatrice: ”Jag var normal. Som alla andra. Jag fick barn i slutet av nian... Men jag har arbetat. Som servitris och kassörska. Jag började missbruka väldigt sent. Jag vet inte varför jag började missbruka men jag tror att det beror på att tvillingarnas pappa höll på med allt. Han var missbrukare när vi träffades, men jag förstod inte det.”

Ditte: ”Jag var rastlös, ville ha ny upplevelser hela tiden, åkte runt överallt, kunde aldrig vara kvar på samma ställe med samma människor. Det var en jakt efter något jag kunde må bra, något jag *letade* efter. När jag hittade heroinet spelade det andra ingen roll längre.”

Emma: ”Jag tror det finns en kategori av tjejer som söker efter det som är spännande, som tycker det är häftigt med killar med mycket kläder, guld, bilar och så där. Tjejer som träffar fel killar kan vara lite ensamma, enstöringar. Killarna ser de här tjejerna som är lite för sig själva, som behöver något. I början kunde min kille utnyttja mig hur mycket som helst. Det har han sagt att han gjorde. Mitt sätt att tänka på har jag fått med honom.”

Heroinets betydelse

”Det var som att hitta det som fungerade, som jag behövde.”

Agnes: ”Jag var ganska brådmogen, tretton-fjorton år och hade prövat alkohol och cannabis. I gänget injicerade man amfetamin. Jag sade nej men fick amfetamin i ett glas juice. När det började fästa och hända saker blev jag enormt rädd, panikslagen. Håret började resa sig på mig. Jag hörde mycket mer än jag egentligen hörde och såg desto mer. Skuggor började röra på sig. När man aldrig tagit förut chockar man hela skallen. Allting blir vridet, bakvänt. För att ta ner mig på jorden igen gav de mig heroin. Det tyckte jag var mycket bättre, fast de gav mig sprutan i muskeln. Jag var ju så vild, så rädd. Heroinet tog mig på en gång. *Med storm!*

Det var som att hitta hem. Det var som att hitta det som fungerade, som jag *behövde*. I början injicerade jag inte varje dag. Det blev för dyrt och så bodde jag hemma. Sedan flyttade jag till Stockholm. När jag var 17-18 blev det dagligen. Den känslan att jag kom hem höll i sig hela tiden. Men till slut fanns den bara där de gångerna när jag hade råd att slå i mig. Sedan började en *längtan*. Jag ville inte sitta och sova, det tyckte jag var slöseri. Jag ville bara ta den del som kändes okej, så jag småslog hela tiden. Små, små duttar bara för att få ta. Jag kunde arbeta samtidigt, fast då gick det inte att sitta och ta hela tiden. Det gjorde jag hemma.”

Beatrice: ”Jag var 21 när jag rökte heroin första gången. Jag hade kanske druckit något glas (alkohol) innan dess, men inget annat, inga droger. Allra först var det då och då med heroinet. Men det blev ett beroende ganska snabbt. Det tog inte många veckor. Heroin är en väldigt stark drog. Jag började injicera något år efter att jag hade börjat röka det och det var min pojkvän som lärde mig. Jag mådde så dåligt och det tog bort det dåliga. Det dövade mitt mående, sorgen, allt. Det dövade livet jag levde. Med heroinet kunde jag leva som en vanlig människa. Det kunde döva i början, men inte sedan. Då blev heroinet bara något som gjorde att jag kunde fungera, så att jag kunde komma upp på morgonen. Så att jag kunde sova.”

Cecilia: ”Min kille och hans kompisar tog heroin och jag tänkte att jag kunde prova det en gång. Jag injicerade själv första gången i och med att jag hade gjort det med amfetaminet. Jag blev förälskad i det från början, sedan tog jag det dagligen. Efter första gången kunde jag inte släppa det. Jag tror jag blev förälskad i heroinet därför att man får en annan självkänsla när man tar det. Alla bekymmer försvinner. Man känner sig avslappnad. Om man vill kan man sova bort från allting. Och jag har alltid tyckt om att sova bort från allt.”

Ditte: ”Jag var 18. Heroinet började jag med i Israel dit en kompis och jag åkte för att försöka sluta med amfetaminet som hade tagit över hela min tillvaro. Jag hade nämligen hört att det inte fanns amfetamin i Israel. Där började jag röka opium. Sedan tog jag heroin och fastnade. Första gången snortade jag, sedan slog jag i mig det. Det var ungefär samma princip som med amfetaminet. Jag hade varit nyfiken på heroinet ända sedan jag var liten, efter en operation när jag gick i sjunde klass. Då fick jag med morfin hem efteråt mot smärtorna, tog det och mådde bra. Det var precis så som jag ville att det skulle vara. Jag blev lugn och ville jag göra saker kunde jag det. När jag tog heroin första gången kändes det som om jag hade hittat det jag hade letat efter hela tiden. Det var själva känslan, jag behövde inte ha kontroll över allting. Från första gången tog jag det dagligen i tre månader. Sedan märkte jag att jag inte kunde vara utan det, att jag frös och mådde dåligt.”

Emma: ”Jag började aldrig med alkohol eller cannabis utan gick rakt på heroinet. Det var liksom inget märkvärdigt. Första gången (Emma var tretton år) rökte jag det och förstod inte hur påtänd jag blev. Sedan började jag snorta. När jag var 16 åkte jag till Hassela på mitt enda LVU och kom tillbaka när jag var 18. Då gav pappa mig en lägenhet dit min kille kom efter att han hade muckat från fängelset. Där provade jag att skjuta för första gången. Det var han som lärde mig. Jag tjatade på honom för jag såg att han mådde bättre än jag gjorde på att snorta. När det gäller tjejer är det nog så för det mesta att det är en kille som lär dem.”

Erfarenheter av mäns våld

Alla utom Ditte talar om våld i samband med män och relationer.

Agnes: ”Jag var tillsammans med en kille i tolv år. Sedan satt han en lång volta, två och ett halvt år, för häleri och försök till varusmuggling. Att han slog mig kom aldrig fram. Fast det

hade lugnat ner sig. Ju mer varor det blev, ju mer heroin, desto lugnare blev han. Albins pappa slog mig också. Egentligen var jag rädd för honom. Innan jag blev med barn slog han mig, men jag trodde aldrig att han skulle slå mig när jag väntade Albin. Det gjorde han. Det är kanske en förklaring att han kände sig pressad av att gå in i avgiftning. Han såg att jag gjorde det som han inte klarade. Dessutom kände han sig hotad av barnet också, av Albin i magen.”

Beatrice: ”Tvillingarnas pappa var inte snäll... Han slog mig och han slog barnen och fick fängelse för det.”

Cecilia: ”Min förra kille hade rätt lätt att smälla till. Jag ville inte ens flytta ihop med honom, men... Har jag lovat något måste jag hålla det, så jag gjorde det fast jag inte ville.”

Emma: ”Som tur var fick jag aldrig stryk när jag prostituerade mig. Det var bara min kille som slog mig. Och som tur var slapp jag hiv. Man kan verkligen säga att jag haft tur. Det var inte så i prostitutionen att jag var oförsiktig, men man kan aldrig veta. I början kunde jag hålla koll på när min kille skulle slå mig. Men sedan hände någonting. De sista åren visste jag inte när jag skulle åka på stryk. Armar och ben bara flög. Det var inte så i början att han slog mig så jag däckade i marken, det hände bara någon gång. Men på slutet var det jämt så.”

Om prostitution och att sälja sig

Agnes: ”Jag tänker att jag skulle behövt få hjälp att avsluta den där biten. Att jag skulle behöva få hjälp att växa som människa och bli av med de negativa känslorna och åsikterna jag har om mig själv, hur jag uppfattar mig själv bland andra människor. Jag tror att alla som gått på gatan behöver få hjälp med det. Jag behöver det fast det var så länge sedan jag var med om det. Min socialsekreterare och jag har pratat om terapi. Jag tror det är omöjligt att utvecklas om man inte betar av det man varit med om. Då står man kvar på samma ställe och inbillar sig samma saker som man inbillade sig innan man började knarka.”

Ditte: ”För mig har gatan varit sista gränsen. Fast jag har nog sålt mig på andra sätt... Man säljer sig bara genom att umgås med folk som man faktiskt avskyr därför att de är de enda som kan ordna fram drogen. Jag har umgåtts med sådana jag aldrig skulle gå fram till ens, bara för att få tag i drogen. Det är just sådana grejer som jag känner att jag brutits ned av.”

Emma: ”I början såg jag ner på de prostituerade. Det tog sju år innan jag själv klev upp. Då var det inget snack. Min kille och jag hade åkt fast. Jag blev släppt men inte han och så började jag bli dålig (få abstinens). Jag bodde på Nattis (natthärbärgat), hade inga vänner utan var alltid själv. Jag hade inget intresse av vänner när jag knarkade. Det enda man tänker på då är drogen. Eftersom jag bodde på Nattis var jag tvungen att gå upp tidigt. Man blir väckt klockan sju. När jag vaknade tog jag en morgonfix, sedan brukade jag gå till Klaragården som öppnade klockan åtta. Där lade jag mig och sov till tre-fyra på eftermiddagen då jag gick upp och tog en fix. Sedan gjorde jag mig i ordning och gick och jobbade och åkte tillbaka till Nattis när jag var klar, käkade, tog min fix och gick och lade mig, gick upp, tog en fix, stack till Klaragården... Det var verkligen ett Svenssonliv! Upp och iväg och tillbaka.”

Vanligt med tidigare behandlingar och att ha suttit i fängelse

Agnes: ”Jag hade aldrig något LVM och gick inte igenom några behandlingar – men jag var hundratals gånger på avgiftning.” *Varför kom du inte iväg på behandling?* ”Brist på mod och vilja, kanske. Fast jag tror också att det är jätteviktigt att knarka klart först och det hade jag

inte gjort. Man ska vara i ett bottenläge, det är nog det bästa sättet att förklara det på. Jag hade inte börjat uppleva heroinet så negativt än.” *Men sedan uppfyllde du kriterierna för Metadonprogrammet?* ”Det var en bra tid. Jag gick i skolan och extraknäckte som personlig assistent, hade lägenhet och en kille jag var kär i. Jag ansökte om att få trappa ur men de tyckte inte mitt liv var stabilt. Men jag hade inte tagit ett återfall på tre och ett halvt år så jag började trappa ur mig själv.”][”Jag var drogfri under ett år. Den här tiden hade jag en sambo som ställde upp, men det tog slut på grund av ett missförstånd. Det blev liksom droppen... När jag började missbruka igen hade jag inte kontakt med någon. Jag bara försvann... Jag var väldigt deprimerad, skar mig i handleden och vaknade upp i köket och förstod inte varför det inte hade fungerat. Jag gick till telefonkiosken för att få tag i min läkare som lyckades övertyga mig att åka till akuten. De sydde mig. Man brukar få stanna några dagar om man skurit sig, men det snackade jag bort. Doktorn höll med mig om att jag kunde åka hem igen. Därifrån var det inte långt till att hitta grejerna. De fanns på gården bredvid.”

Beatrice: ”Jag har gått NA:s tolvstegsprogram (se s 9) och det är så jag tror, att det är en sjukdom man redan har och då blir en del beroende. Det är nog något ärftligt. Min man tror samma sak. Hans pappa har druckit, precis som min pappa. Jag har varit på LVM tre gånger. Jag har nog varit på fem behandlingar och så har jag suttit en månad. Det klarade jag mig inte ifrån. Annars har jag klarat mig rätt bra.”

Cecilia: ”På behandlingshem XX har jag väl varit tio gånger och så har jag varit på fem-sex andra ställen. Jag har bara blivit LVM:ad en gång. Många gånger var det bara att välja sex veckor LVM eller två veckor frivilligt. Då gick jag in och sade sedan att ’nä, det passar inte mig’. Den sommaren jag träffade Camillas pappa var jag på ett behandlingshem en och en halv månad. Det är nog det längsta jag varit på ett ställe. Jag tyckte aldrig om det behandlingshemmet men socialen fortsatte att skicka mig dit. Tio gånger! De ville inte skicka mig någon annanstans trots att jag sade att jag inte passade in där. Jag har *aldrig* tyckt om tolvstegsprogrammet (se s 9).

Ditte: ”Jag har haft LVM i sex månader. Sedan gick jag in på ett behandlingshem där de hade transaktionsanalys. Jag vet inte vad det är. De frivilliga behandlingarna jag gjort har varit på Minnesotaställen (tolvstegsprogrammet, se s 9). Idag är jag kanske hjälpt av dem. Jag lärde mig om mig själv och vad drogerna gör, hur de kan förändra tänkandet. Samtidigt är tolvstegsbehandlingen lite för mycket av en hjärntvätt. Det är mycket man matas med.” *Har du suttit i fängelse?* ”Sex månader för stölder och snatterier. Jag gick i skola på dagarna, men mest satt jag och spelade kort.”

Emma: ”LVM:et kom 2001 och stället jag kom till rymde jag ifrån tre gånger. Ibland måste man låsa in en missbrukare, men det är alldeles för mycket med sex månader. Problemet är ändå inte borta på ett halvår. Jag rymde efter ett sjukhusbesök då min kille hämtade mig. Efter det fick jag ett långt fängelsestraff för grova stölder, två och ett halvt år. Den perioden fick jag chansen att komma till ett behandlingshem men då rymde min kille från sin anstalt och kom till behandlingshemmet. Jag gick därifrån på kvällen. Jag hade inget val.”

Om beslutet att försöka sluta missbruka heroin

Kvinnorna beskriver en speciell tidpunkt när de inte orkar missbruka längre..

Agnes: ”Jag var *trött* på det. Före metadonet tänkte jag oavbrutet att jag var ämnad för någonting annat. Jag visste på något sätt att jag var värd det och att jag skulle fixa det. Efter

metadonet, när allting körde igång igen, var den tanken borta. Då var det som om jag hade förverkat min chans att leva drogfritt. Jag var i femte månaden när jag förstod att jag var gravid... Då kom jag till ett läge när jag tänkte att jag ändå på något sätt måste välja. Föda skulle jag göra oavsett vad som hände. Jag tänkte att jag måste välja att gå vidare med det här, föda och *släppa det*. När man knarkar och inte har någonstans att ta vägen så är det ett väldigt oansvarigt sätt att leva på. Det är utan strängar till någonting. Nu ville jag ta ansvar.”

Beatrice: ”Jag var så *trött* på det. Om man levt där längst nere är det inte roligt. Då har man ingenstans att bo. Man har inte mat för dagen. Sista året levde jag så. Man *tröttnar*. Som missbrukare måste man missbruka klart, då vet man vilket helvete det är. Det är många som missbrukar som bara har det bra... Då kan man inte sluta. Jag var 21 när jag började och 31 när jag bestämde mig för att sluta. Det är inte roligt att leva där, utan hem, utan *allt*.”

Cecilia: ”Det tog fem år innan jag kom till det stadiet för två år sedan. Då var jag 25, hade åkt in och ut på olika behandlingar och varit LVM:ad. Kroppen blev förstörd. Och tänderna. Det fanns ingenstans kvar att sticka, jag hade stora bölder. I samma veva som jag träffade min kille förlorade jag lägenheten. Man står nog i ett vägsval när man väljer att ta tag i det eller inte. Hade jag inte haft abstinensen hade jag nog kunnat sluta tidigare, eller gå av det, ta det lugnare ett tag. Men abstinensen gjorde mig så rädd att tända av att jag sket i det. Det roliga nu är att jag liksom inte har tagit ett beslut om att sluta. Jag har bara låtit det vara.” *Har kärleken spelat roll?* ”Ja, mycket. Jag flyttade in till honom i slutet av juli, och i april eller maj fick jag reda på att jag var gravid. Jag höll nog på att tända av hela tiden det där året. Min kille tog ingenting, men vår relation klarade det. Till slut tog jag nästan inte heroin utan gick över till metadon som jag drack varje morgon. De gånger jag tog heroin var jag oftast inte hemma. Jag tog hänsyn till honom, annars hade jag förlorat honom, och det ville jag inte. Att min kille har egna erfarenheter betyder att han känner igen signaler, till och med tidigare än jag själv kan göra. Det är bra att jag inte kan köra något fulespel med honom.”

Ditte: ”Mamma hämtade mig i Amsterdam. Min kompis hade berättat att jag höll på med heroin och var jag höll till. Jag mötte min kompis som sade: ’Gissa vem jag är här med? Din mamma letar efter dig ett kvarter bort.’ Jag åkte med dem hem efter att de hade köpt metadon, det var mitt villkor för att följa med. Jag var så slut. Det var nog så att jag räddades av min mamma för jag var så förstörd att jag inte tog mig någonstans. Jag var hemlös och mådde så dåligt att jag inte kunde se vanliga människor i ögonen. Tidigare hade det alltid varit så att jag kunde ta mig därifrån men i Amsterdam tog jag mig ingenstans. Och det var svårt att snatta för jag var portad i alla affärer. Tigga är skitjobbigt. Jag mådde verkligen dåligt, vägde 40 kilo (Ditte är 162 centimeter lång), hade inga bröst, ingenting. På fötterna hade jag stora blåsor för jag gick med blöta skor i flera veckor. Förutom heroinet rökte jag kokain för att hålla mig vaken. Jag visste liksom inte vad som var sant eller inte.”]] ”Sen var jag mest i Dalarna. Det var LVM och så var jag ute ett tag och torskade för något. Jag ville sluta missbruka för jag var så less på det. Och så träffade jag min kille. Under något år försökte vi sluta missbruka tillsammans. Sista tiden var bara skit. När jag satt inne eller var på behandlingshem hade jag drogfria perioder, så jag kunde jämföra. Jag visste hur pass bra jag mådde när jag inte tog droger. Men det höll aldrig när jag kom ut. Det var när mamma sade att jag inte fick komma hem längre som jag började förstå att jag höll på att förlora min familj och det ville jag inte.”

Emma: ”Jag var så *trött* på allting. Det går inte att sluta om man inte vill själv och det tog mig fem år att bli ’ren’ från den dagen jag ville själv. Men då var ’soc’ på semester eller så fanns det inga platser. Det går inte att vänta när man vill ha hjälp.” *Vad stärkte dig i ditt beslut?* ”Min kille, att han stöttade mig. Och min före detta övervakare. Hon tror på mig trots att det

varit många misslyckanden. Det är inte så mycket vad hon säger utan att hon finns där. Hon har alltid haft kontakt med mig oavsett om jag knarkat eller varit drogfri.”

Subutexets betydelse

Kvinnorna beskriver sig som drogfria när de underhållsbehandlas med Subutex.

Agnes: ”När jag kom till Familjesociala ville jag inte ingå i ett metadonprojekt. Men de sade att det inte fanns någon annan utväg (på grund av graviditeten). De talade inte om hur planeringen såg ut och det kändes osäkert. Men när jag var i sjunde månaden hade jag en sagolik tur. Avdelningen på Huddinge skulle stänga en vecka och planerade att trappa ner mig så att jag skulle vara självgående. Men jag litade inte på mig själv så pass mycket att jag trodde att det skulle gå. Då ordnade Huddinge att jag fick komma till Mariakliniken. Egentligen var metadondosen hemlig men på Maria fick jag reda på att jag stod på 8 milligram. Min lilla dos fungerade inte så bra. Jag hade en topp på morgonen. Sedan dalade det ut och jag blev trött och ledsen. Skulle jag hitta på någonting var jag tvungen att göra det på förmiddagen. På eftermiddagen var det meningslöst. Det är larvigt att man inte får reda på vilken metadondos man står på. Visste man det skulle man kunna förbereda sig mentalt när man trappar ner. Hade jag inte varit gravid hade jag aldrig blivit erbjuden Subutex (vilket skedde på Mariakliniken). Jag fick själv ta ställning till om jag ville pröva det och sade ja på en gång.”

”Läkaren på Maria sade att jag kunde bli ledsen i början av övergången till Subutex, men jag kände inte av det så länge jag var kvar på avdelningen. Det var när jag kom ut som jag märkte vad jag behövde, när jag skulle ta mig fram på tunnelbanan och röra mig bland folk. Jag mådde fruktansvärt dåligt och kräktes på vägen till kliniken där jag skulle få mina tabletter. Då lade de in mig några veckor till. Numera har jag 32 milligram Subutex varje dag, tar hela dosen på morgonen och mår bra.”]| ”När man har Subutex är man i ett slags underläge. Jag får inte göra någonting som riskerar att tabletterna tas bort.”

Beatrice: ”Även om man kan hålla sig drogfri (Beatrice har haft helt drogfria perioder) så får man inte det där lugnet man vill uppnå. Därför ville jag ha Subutex. Men det tog 60 dagar innan det kändes, innan jag blev stabil. Eftersom jag prövade att missbruka andra dagen vet jag också att det inte är någon idé att ta återfall. Jag har 24 milligram. Om jag bara tar tabletter på morgonen börjar det ’märkas’ på natten. Jag vet inte om det är psykiskt eller om det verkligen är så, men tar jag en tablett på kvällen märker jag ingenting.” *Varför klarar du dig nu?* ”Det är Subutexet, men inte bara. I början fick vi ganska mycket hjälp (på ett utredningshem).” *Får du hjälp nu utöver Subutextabletterna?* ”Socialsekreteraren har precis avslutat utredningen på Benjamin. Jag har inte fått läsa den än men hon har skrivit en handlingsplan som jag läst. Där står att jag behöver samtal en gång i veckan och att få komma till föräldragrupper. Sedan ska de vara lyhörda om jag behöver någon hjälp. Då ska jag säga till... Fast jag är dålig på att säga till. Sista punkten är att jag ska få avlastning med Benjamin när jag har de där samtalen.”

Cecilia: ”Barnmorskan jag fick var van att träffa tjejer i min situation. Jag sade att jag skulle tända av själv. Hemma! Hon trodde inte jag skulle klara av det och det gjorde jag inte heller. Men jag sade till om det *själv* och fick en socialassistent via Ambulatoriegruppen (se s 73). Där berättade de om avgiftningen med Subutex i Lund och jag ordnade själv så jag fick komma dit. Jag hade börjat tända av själv hemma och blev dålig (fick abstinens), kunde inte behålla någonting och blev uttorkad. Pappa vågade inte ha mig kvar så han körde mig till

avgiftningen. Där satte de mig på 16 eller 24 milligram Subutex. Att sitta där och må så dåligt... Och så skulle jag ha dem, flera stycken (Subutetabletter) under tungan. Som tjocka klumpar... Men jag blev faktiskt bra på det. Jag fick en längre nedtrappning eftersom jag var gravid. Att bara hugga ner är inte bra för barnet. Det måste vara jämn balans, lite och lite till.”

”Om behandlingen bröts av skulle jag antagligen köpa Subutex på svarta marknaden eftersom jag inte kan kosta på mig ett återfall. Subutex är en bra hjälp. Men det är inte som vissa säger, att 'bara jag får Subutex kan jag vara drogfri, då klarar jag mig'. Det gör man *inte*. Man måste själv jobba mot drogsuget. Man måste bygga upp en tillvaro runtom, annars återfaller man. Jag har en låg dos, 8 milligram, och känner mig inte påverkad. Det är inte med Subutex som med metadon. Tar man tillräckligt med metadon blir det precis som med heroin. Med metadonet kan man också sidomissbruka på ett sätt som man inte kan med Subutex. Min läkare och jag har en planering på max ett år med Subutex. Sedan ska jag trappas ner.”

Ditte: ”Subutexbehandlingen är helt klart det som hjälpt mig mest. Det är det som gjort att drogsuget försvunnit. Jag kan koncentrera mig på annat. Tidigare har det alltid varit drogerna jag fått brottas med. Med Subutex får jag vara som en vanlig människa. Jag hörde talas om Subutex på ett behandlingsställe och blev nyfiken. Först fick jag höra att det var som metadon så jag provade att ta lite (illegalt inskaffat Subutex) för att se vad det var. Jag svalde tabletten och mådde fruktansvärt illa. Det var ett obehagligt hummande i huvudet. Gången efter slog jag i mig Subutextet. Jag tror jag blandade det med morfin utan att veta att Subutex hade en antieffekt. Då mådde jag inget vidare.” *Varifrån kommer det Subutextet på svarta marknaden, tror du?* ”Jag har bara sett de svenska tabletterna på 8 milligram. Jag har hört att vi får de högsta doserna så jag tror att det är svenska tabletter jag sett. Åker man till Danmark för att få Subutex är det lagligt att ta över tabletterna hit, så det kan finnas sådana tabletter också. I första hand är det nog heroinister som vill tända av som ser till att få tag i Subutex, inte nybörjare som vill testa att droga.”

”Det är tungt att få Subutex varannan dag och när man får sex tabletter på fredagen som ska räcka för en helg (se duration, se s 8). De tror att det fungerar eftersom det är en depåmedicin som ska utsöndras, men det stämmer inte. När jag blev gravid sa de direkt att jag måste börja gå varje dag. Då kan det ju inte vara någon jämn utsöndrande nivå? Jag tror inte jag ska ha Subutex hela livet, kanske tre-fyra år. Jag skulle inte fixa om det togs bort. Inte nu. Men när jag kommit in i en tryggare tillvaro, när jag fått fler rutiner och trivs, då kanske jag kan börja tänka på att trappa ut. Jag känner mig inte påverkad av Subutex. Det var lite skillnad i början, när jag självmedicerade. Hade jag inte tagit någonting innan och tog Subutex blev jag välmående (påverkad). Men efter att jag hade haft Subutex ett tag märkte jag ingenting, förutom när jag inte hade tagit det. Ändå hade jag nog hoppats att jag skulle må bättre än jag gör. Fast jag har snart varit drogfri ett år, så det är nog bra. Jag tycker att jag börjat tänka mycket mer sedan jag började med Subutex.” *Får du samtalshjälp?* ”Nej. Behandlingen består av att man får sitta med en personal medan man tar medicinen och sedan får man gå.” *Hur skulle det vara om du fick bestämma?* ”Då skulle det finnas någon att prata med. Det skulle även vara jättebra att i grupp träffa andra som också har Subutex och som kanske också ska få barn. Jag känner ju inga som är drogfria. De som får Subutex har alla en varsin tid på mottagningen. Vi stöter aldrig ihop. Det är synd att man blir så ensam. Man kan säga till om man behöver samtal när man gått på mottagningen ett halvår. Det borde inte få dröja så länge, för det är i början man är osäker.”

Emma: ”För mig är Subutex samma sak som insulin för en sockersjuk. Inställningen fungerar, jag blir inte avstängd. Jag har 24 milligram, två tabletter på morgonen och en på kvällen. Jag vet att jag behöver det till dess att jag byggt upp en plattform jag kan tro på.”

Återfall och tankar om återfall

”Jag är livrädd att det kommer en dag när jag börjar tänka att jag kan ta en firre därför att barnet ligger där och sover och inte kommer att märka något...”

Agnés: ”Om de tar Albin... Bara då skulle jag börja missbruka igen. Det är det enda som skulle få mig att återfalla. Allt annat klarar jag av.”

Beatrice: ”Jag har klarat mig förutom andra dagen med Subutex. Jag ville prova om Subutexet fungerade. Det är så underligt att det kan fungera, jag menar, de som har metadon stoppas inte av det. Men min man har inte klarat sig, han har haft några återfall.”

Cecilia: ”När de trappar ut en på Subutex kan man få lite avtändningssymtom, liknande svettningar. Det gjordes på en fredag. De menade att jag skulle komma tillbaka på måndagen och berätta om jag hade känt några avtändningssymtom. Jag undrade om det inte var bra dumt att trappa ut mig på en fredag. Om jag skulle bli dålig (få abstinens), inte fasen skulle jag ringa in och berätta att jag kände för att ta ett återfall. Då skulle jag ta ett. Jag frågade om jag inte kunde få stanna över helgen men de hade inte någon plats. Jag föll. Och tog heroin. Är det någonting jag är rädd för så är det för att bli dålig. Det lilla dåliga räcker för att jag kör igång. Jag åkte inte tillbaka till avgiftningen utan avgiftade mig själv hemma i en och en halv vecka med Subutex som jag ordnade själv. Jag hade fått ett nytt jobb och det var första veckan jag jobbade som jag avgiftade mig. Jag ville tjäna pengar. Då skulle jag kunna få en bättre mammapenning. Plus att jag jobbade mig upp till a-kassa, det är viktigt att ha.”

”Jag hade inte tillgång till Subutex hela tiden så jag avgiftade mig från det också. Det gjorde jag på två veckor med 0,2 milligram Temgesic (se s 5). Sedan jobbade jag till två veckor före förlossning då jag blev sjukskriven för ont i ryggen. Då började jag med Subutex som jag tog varje dag innan jag skulle föda. Innan dess hade jag tagit det själv, ute, dagligen. Kanske under en månad. Jag började ta Subutex för jag började känna mig lite så där ryckig igen.”

En period under graviditeten var du alltså helt avgiftad för att sedan börja igen med Subutex?

”Ja, jag var helt grön i tre månader. De tre sista veckorna av graviditeten fick jag Subutex av en läkare eftersom jag gick in i programmet. Det jag tog själv innan dess var inte en lika hög dos. Nu tar jag 8 milligram om dagen och klarar mig bra. Ju lägre dos jag kan ha, desto bättre för barnet, tänker jag.” *Vad är din viktigaste anledning att inte börja missbruka igen?*

”Camilla allra mest, men min kille också. Med det är för min egen del också. Bara känslan nu, när jag varit drogfri så här pass länge... Alltså, folk tittar på mig på ett annat sätt! Jag har fått tillbaka självförtroendet. Jag bemöts på ett annat sätt. Jag ser inte ut som en missbrukare. Folk vet inte om missbruket. Det blir en annan självkänsla, jag känner mig mer värd.”

Ditte: ”Det finns liksom inte i vår tankevärld att vi ska ta återfall. Men mår man skitdåligt är det inte lätt om man går ut och möter fel personer. Man kan inte bli för säker i det här. I början tänkte jag att det var jättebra att jag blivit med barn, för då kunde jag inte knarka mer, då skulle jag växa upp. Men jag är livrädd att det kommer en dag när jag börjar tänka att jag kan ta en firre därför att barnet ligger där och sover och inte kommer att märka något... Gör jag något sådant är det kört. Då går jag in i det direkt och börjar tänka på ett helt annat sätt. Jag kanske inbillar mig att jag inte skadar barnet. Men det gör jag! Skulle jag känna det

minsta tecken på drogsug är det främst min kille jag pratar med. Fast jag har inte fått ett sådant där sug som tar över allting.”

”Jag har tagit upp frågan om jag skulle börja känna drogsug med min socialsekreterare, boendestödjarna, barnmorskan och kuratorn. Jag har frågat om jag skulle kunna berätta för dem att jag tagit bens (bensodiazepiner, lugnande medel) en gång och är jätterädd att göra om det, att jag mår dåligt och behöver hjälp. Men det låter på dem som om de måste rapportera en sådan sak till mitt Subutexteam. Och då åker jag ut! Därför skulle jag *aldrig* säga det. Just det känns otäckt. Jag vill inte behöva låtsas att drogsug inte finns. Om jag skulle börja känna drogsug skulle jag vilja vara ärlig och kunna berätta utan att det gav konsekvenser. Att de, istället för att straffa mig, letade sätt att hjälpa mig.” *Om jag som barnutredare skulle ha kontakt med dig och ditt barn och du började utebli från avtalade tider – vad skulle jag göra, tycker du?* ”I det läget skulle du kanske kunna prata med min kille. För då kan det ju ha hänt att jag börjat lite i smyg och inte han.” *Skulle han ställa upp på det?* ”Nej, han skulle nog skydda mig. Största rädslan i det här läget är ju att du bara ska gå in och bort barnet från våra liv.” *Men hur ska jag tro på att du tar din föräldrauppgift på allvar?* ”Om det gått så långt att jag börjat missbruka kommer jag inte ändra på mig förrän du tar barnet ifrån mig, tror jag. Och det viktigaste är att barnet inte far illa. Om jag skulle börja missbruka igen skulle jag inte skydda barnet. Jag skulle inbilla mig att barnet inte for illa. Just därför måste jag få säga till innan...”

Emma: ”Vi går måndag, onsdag och fredag och hämtar Subutex på mottagningen. Det har varit lite trubbel att gå dit eftersom jag varit positiv på Rohypnol (se s 8) och han på heroin. En månad efter det behövde vi åka in varje dag, då Evelyn var två månader. Jag tänker på vår socialsekreterare på Barn och Ungdom... När min kille fick ett återfall och jag också, då berättade jag om det och lämnade prover. Ändå fortsatte hon att 'hugga'. Vi är narkomaner. Sådant händer. Jag önskar att hon kunde ha sagt: 'Vi förstår att det måste varit jättejobbigt. Nu tycker jag vi går vidare.' Socialsekreteraren vill att vi ska ha samtal om det här... Det är jobbigt. Om vi ska gå vidare vill vi inte sitta och dra upp det här igen. Det blir löjligt. Det som är jobbigt är att socialtjänsten taggar igång bara för att man varit narkoman. Andra mammor kan berätta om deras barn är jobbiga, det kan inte vi.” *Ser du inte ett återfall som en risk för barnet?* ”Jo, det är klart. Men man behöver inte förstora upp en enda händelse. Evelyn var så liten, bara en månad, när hennes pappa tog ett återfall att hon inte kunde skadas av det. Hon visste inte ens om att hon hade en pappa då. Nu skulle det vara en annan sak eftersom hon älskar sin pappa så mycket.”

Hur tänker du om återfall? ”Vi är narkomaner och kommer alltid att vara narkomaner. Andra människor jobbar i veckor och går sedan på Systemet för att kunna supa under helgen. Eller så köper de cigaretter och drar i sig rök. Som narkoman som ska vara drogfri kan man tänka att man också vill ha semester. Vi behöver också få lugn. Man kan inte ens kalla det för återfall. Då skulle man lämna bort barnen en gång, åka härifrån och sedan dutta en gång. Sedan är det bra. Sedan åker man hem igen.”][”Det är nog ofta så att kvinnan blir avundsjuk när mannen tar återfall. Om min karl tänder på kan jag tänka att jag inte har haft mitt lugn och nu har *han* haft det...” *Hur vet du att det skulle stanna vid att "dutta" en helg?* ”Det vet jag, för jag har respekt för droger. Något som jag upptäckte idag var att det inte är heroin som kommer upp i min skalle, det är 'roppar', 'benset' (Rohypnol, se s 8). Jag skulle aldrig ta 'roppar' för jag är torsk på det. Jag skulle kunna äta 'roppar' varje dag i hela mitt liv. Heroinet för mig har nästan blivit min andra drog. Alla återfall jag haft har varit på 'roppar' så det skulle jag aldrig ta. Tog jag heroin nu skulle jag inte utsätta mig för att ta det fyra dagar, för då skulle jag bli dålig (få abstinens). Jag skulle bara ta det en gång och sedan skulle det vara bra. Man måste

ha respekt för drogen! Är man inte säker på drogen tycker jag inte man ska testa och ta ett återfall.” [] ”När min karl tog återfall var det största sveket att han inte sade någonting till mig, att han inte berättade att han mårde dåligt. Jag skiter i att han tog droger, för det vet jag att han kommer att göra. Men att han inte sade något, det var svårt. Jag vet ju att han är narkoman i grunden och då förstår jag att han kommer att ta droger. Det är samma sak med mig.”

Oväntad eller planerad graviditet

Graviditeten, som ofta är oväntad, kan innebära skuld känslor för vad barnet får med sig in i framtiden. ”Han kanske går hela livet och saknar och letar efter ’det’.”

Agnes: ”Jag var i femte månaden när jag upptäckte att jag var med barn. Den gången hade jag inte kontakt med min kropp. Jag hade ingen mage och kände ingenting. Det var verkligen svårt. Egentligen borde jag kanske ha förstått det eftersom jag hade varit gravid förut, men jag hade inte haft mens på väldigt länge så jag trodde det bara inte. Jag blev förkrossad när jag fick reda på att det var för sent att avbryta graviditeten. Jag tyckte inte det var *lämpligt!* Jag hade ingen bostad, jag hade ingenting att erbjuda. Min kille ville inte förstå vad som hade hänt.” *Hur förstod du att du var gravid?* ”Jag trodde att jag kanske hade magsår igen för magen svällde på ett konstigt sätt direkt under bröstet. Jag har haft magsår förut och nu var något fel. Jag tog mig in på avgiftningen och där fick jag veta att jag var gravid. De förklarade varför jag inte kände något och varför det inte syntes. Har man inte förstått uppe i huvudet att man är gravid gör fostret plats inåt eller uppåt. Fostret flyttar på tarmar och grejer. När jag väl började förstå att jag var med barn växte magen! På två veckor fick jag en jättemage!”

”Jag började prata med en tjej jag kände. Det var enda gången jag öppnade mig. Jag var så ledsen. Hon föreslog att vi skulle leta upp en gemensam bekant som vi hade knarkat ihop med och som hade blivit gravid flera år tidigare. Hon hade kontaktat Spiralprojektet och då gjorde jag det. Där sade de åt mig att kontakta Familjesociala. Dagarna innan kissade jag på en Clearblue för att vara helt säker. Ändå levde jag i någon sorts förnekelse eftersom jag inte visste vad jag skulle göra. Jag visste hur jag själv hade reagerat en gång när jag såg en tjej som gick omkring med en mage och sålde varor. Hon var stor. Det var fruktansvärt hemskt och jag tänkte att sådan ville jag inte bli. Jag har en grundkänsla som kommer inifrån och det är att barn och missbruk inte hör ihop. Och nu var jag en tjej som knarkade som skulle bli mamma därför att det var för sent att göra abort. Jag tänkte att jag måste bli en mamma som inte knarkar. Jag kände mig så skyldig. Så tänker jag fortfarande... Jag brukar fundera över vad som kan hända om Albin bryter benet och måste få morfin och det kanske blir som en ’trigger’ för honom, att han känner igen ’det’. Han kanske går hela livet och saknar och letar efter ’det’. Jag tänker också på när jag hade metadon... Då frågade jag varför jag inte fick menstruation, vart det tog vägen. Jag undrade om det inte utvecklades eller om det ruttnade inne i magen. Men ingen kunde berätta.”

Beatrice: ”Jag tänkte inte på graviditet när jag började min Subutexbehandling. Fast de pratade om det efteråt, att man kunde bli med barn. Benjamin blev till när jag hade varit drogfri ett halvår, så det var lite planerat. Det var inte oväntat. Jag har också varit gravid två gånger när jag missbrukat och då har jag gjort abort.” [] ”Här (på stödboendet) är det som ett skämt eftersom några som bott här med Subutex har fått barn. Man säger att det är en biverkan av Subutex. Men det är nog så att kroppen återhämtar sig när man blir drogfri. Jag har ju blivit gravid förut, så jag vet att det inte är Subutexet som gör det.”

Cecilia: ”Jag var nog tre, fyra veckor gången när jag stod inne i duschen, tittade på magen och tänkte att jag ser lite gravid ut. Men så tänkte jag, nej, nej, man har ju inte mens under aktivt missbruk. När jag började få ont i bröstet tänkte jag att jag nog hade fått cancer så jag gick till vårdcentralen för att kolla om det stämde. Jag tänkte *inte* på graviditet. Det var nog tur att jag tänkte på cancer, annars hade jag nog gått mycket längre innan jag hade fattat att jag var gravid. Det är ovanligt att ha mens under aktivt missbruk men min kom tillbaka varje gång jag gjorde uppehåll. Så jag borde ha fattat att jag kunde bli med barn, men det gjorde jag inte. På vårdcentralen tittade de skumt på mig och sade: ’Vi tar nog ett urinprov’. *Varför trodde du inte att du kunde bli mamma?* ”Jag hade sådana idéer för mig, med tanke på hur jag hade levt. Att jag tände av och tände på, fick mens och inte fick mens. I ett sådant läge tycker man att man inte borde fungera normalt.” *Hur är det att leva med en sådan inställning om sig själv?* ”Tanken att inte kunna få barn är jävligt hård.”

Ditte: ”Jag hade hört att många blev gravida när de började med Subutex men trodde *inte* att det kunde gälla mig. Tidigare tog jag en p-spruta var tredje månad. När jag slutade med det fick jag inte mens på flera år. Jag trodde det berodde på heroinet, att det inte fungerade beroende på det sätt jag levde. Då trodde jag inte att jag kunde bli mamma. I framtiden kanske om jag hade skött mig ett tag, men inte då. Men så fick jag faktiskt mens en gång i höstas. Den kom bara en enda dag men jag tänkte att nu var den nog på väg att komma igång, så jag gick och fick p-piller.”

”Jag ville vänta och se om menstruationen kom tillbaka en gång till och kom den skulle jag börja med p-piller direkt. Sedan började jag må illa och då var jag gravid. Officiellt hade jag inte börjat med Subutex då, jag var ännu inte inne i programmet... Men jag åt det själv (insköpt på svarta marknaden) i två månader för att klara väntetiden innan jag skrevs in i behandlingen. Behandlingsstarten sköts upp hela tiden. Jag åt inte samma doser som i behandlingen, utan lägre, ungefär 4 milligram om dagen. Trots att det var en lägre dos blev jag hjälpt av det. Under tiden var jag på ett behandlingshem och där körde jag bara Subutex. Hela tiden fick jag lämna urinprov, sådana där brickor, men Subutextet syntes inte på dem. När jag kom till Subutextmottagningen hade jag precis blivit gravid. Eftersom menstruationen inte hade kommit på två månader tog jag ett graviditetstest. Det var positivt. Jag blev skakad men kanske ändå inte, för jag tog ju det där testet.”

”Skulle man ta heroin varje dag men samtidigt sköta sig, äta ordentligt, sova och ta hand om sig, kanske det skulle gå att bli med barn ändå. Men det är svårt att sköta sig när man är missbrukare. Fast det är kanske något i heroinet också...? Det är till exempel svårt för en kille att komma när han tagit heroin. Och jag hade inte mens på två år! Om man lever ett missbruksliv, utan bostad och allt annat, så har man ofta inte ett normalt samliv. Man har inte sex så ofta helt enkelt, för man har inte lust. Sedan, om man börjar sköta sig och får någonstans att bo, då kommer sexlusten tillbaka. När man slutar knarka vill man ofta ha en närhet man inte behöver när man knarkar. Det kan göra att man har sex oftare och så blir man med barn.”

Emma blev gravid två månader efter inledd underhållsbehandling med Subutex. Det dröjde sju veckor innan hon förstod att hon var gravid.

Emma: ”Alltså, jag trodde ju aldrig att jag kunde bli gravid eftersom jag hade försökt i tretton år med NN (tidigare maken) utan att lyckas. Och så kändes det som om jag skulle ha mens. På tionde dagen tänkte jag att det var något... Jag har ju min tro på något sätt så jag ’frågade’ om jag var gravid och då var det ’ja’. Då *förstod* jag att jag var gravid. Sedan köpte jag en sådan där Clearblue och så köpte jag en till. Jag gick med den där Clearbluestickan i någon månad.

Hade du hört talas om en förhöjd möjlighet att bli gravid i samband med Subutexunderhållsbehandling? ”Det där var som ett skämt som gick att alla som fick Subutex blev med barn. Självklart tänkte jag att det måste ha något samband med Subutex när jag fick höra det. Det är skitsnack som en del säger att man blir gravid bara man lägger av med drogerna. Det stämmer inte. Jag har många vänner som blivit gravida under tiden de hållit på med heroin. Under de där månaderna jag var drogfri blev jag inte gravid och jag hade mens hela tiden.” Kunde det inte bero på din make, tror du? ”Visst kunde det bero på honom, men ändå... Det var nio månader då vi båda var rena och då blev jag inte gravid.” Jag har hört att det inte finns något i Subutex som ökar fertiliteten. ”Aha, det visste inte jag.”

Förlossning. Abstinens hos barnet. Amning.

Ingen av kvinnorna har en ordnad livssituation i samband med födandet.

Agnes: ”De sade 18 juni, jag sade tidigare och han kom den 6 juni. Han var liten, vägde 2.865 gram och var 48 centimeter lång. När han kom ut var han ganska utmattad. Han hade jobbat så hårt och det tog ganska lång tid. När jag hade haft värkar hela natten ringde jag till BB. Jag sade att jag inte hade några taxipengar och frågade hur jag skulle ta mig in. På 'soc' fick jag 350 kronor i veckan. Det räckte inte till taxipengar men jag fick inget extra. Inte ens en taxirekvisition för att kunna ta mig till förlossningen, fast jag frågade om det. BB gav mig ett särskilt taxinumner som jag kunde ringa och då skulle det bara kosta 60 kronor. På vägen sade taxichauffören att det inte skulle räcka, han förklarade att det inte fungerade så. Men han sade också att det var klart att han skulle skjutsa mig. Vattnet hade gått och det var tur att han var som han var.”

”Innan jag for iväg ringde jag min kontaktperson på mottagningen och sade att det var dags för henne att komma till sjukhuset. Hon hade undrat om jag hade någon att fråga som kunde vara med vid förlossningen och jag sade att 'det hade jag väl'. Men jag frågade aldrig någon för jag ville inte få ett nej. Till slut frågade hon om jag ville fråga henne om hon skulle vilja följa med. Det ville jag. 'Nu vill jag att du frågar mig om jag vill vara med när du föder', sade hon. När hon sade så där kunde jag vara nästan säker på att inte få ett nej. Då vågade jag fråga henne.”

”Jag skulle ha hämtat mina Subutextabletter på morgonen men hann inte. Då var jag fortfarande i en period när jag hämtade tablettorna varje dag. Min kontaktperson hann heller inte, men ordnade så att Mariateamet ringde Huddingeteamet och bad dem gå ner till förlossningen med tabletter åt mig. När jag låg med benen i vädret kom det in en tant i förlossningsrummet och gapade om att jag skulle ta tablettorna på en gång. 'Allihop!' Det var viktigt att hon såg på när jag tog dem, men när jag låg där med värkar gick det inte. Min kontaktperson försökte förklara att hon var där och kunde hjälpa mig. Men tanten stod på sig. Min kontaktperson pratade fortfarande om den där händelsen.”

Hur mädde Albin när han kom ut? ”Han fick ligga på en neonatalavdelning medan jag låg kvar på förlossningen. Sedan tyckte de att han mädde så himla bra att han kunde komma ner till mig. Jag vet att de här barnen brukar få abstinens, men han visade ingenting sådant förutom att han kanske skrek lite extra.” Vilket bemötande påverkade dig särskilt mycket på ett positivt sätt, så att du kände dig stärkt? ”Vi kom upp på en vanlig BB-avdelning och där fanns en barnmorska som hade jobbat i 30 år och hon hjälpte mig verkligen. Jag tror att de andra var osäkra för att jag gick på Subutex. De gick runt mig, visste inte hur de skulle vara med mig. Det upplevde jag inte med den där barnmorskan. Hon kunde se mig ändå, inte bara

min bakgrund. Hon sade att det syntes på mitt handlag att jag klarade det här med blöjor och så. Det var barnmorskan och min kontaktperson på frivården som sade att jag skulle fixa det. Vi hade haft kontakt tidigare, när jag blev dömd – jag fick inte fängelse men var tvungen att ha en kontaktperson – när jag blev gravid kontaktade jag henne. Hon sade något som jag fortfarande tänker på. Hon var inte ett dugg osäker på mig. Hon trodde att jag skulle klara att bli mamma. Inte att jag skulle behöva en massa hjälp för att se mitt lilla knyte. Den delen hos mig, 'mammadelen', trodde hon på. Hon var sådan att hon fick mig att säga saker som jag inte trodde på själv."

"När vi väl kom upp på en vanlig BB-avdelning skrek Albin då och då. Jag satt med honom vid bröstet hur länge som helst, men när jag tog bort honom skrek han i alla fall. Det behöver inte ha varit Subutexet... Det kan ha varit för att han inte lärde sig suga ordentligt. Mjölken rann bara bredvid. Han fick inte i sig den och var jättehungrig. Då var han några dagar gammal. Men sedan fick jag igång amningen. *Nu* kan han äta! Han vill sitta på en egen stor stol, som en riktig pojke, och äta själv. Han är jätteduktig."

Vilket bemötande påverkade dig särskilt mycket på ett negativt sätt? "Att socialsekreteraren (barnutredaren) inte såg mig. Hon hade inga kunskaper om missbruksvården, vilka ställen som är bra och vilka ställen som inte är det. På vuxengruppen har de någorlunda koll. Jag tror jag fick nej till RFHL därför att hon inte visste hur det fungerade... Innan jag födde hade jag frågat 'soc' om jag fick bo kvar i villan där jag hade ett rum tills något annat var ordnat och blivit lovad det. Så åkte jag in för att föda och skulle vara inlagd tio dagar. När jag var på BB ringde kvinnan som ägde villan och sade att hon hade packat ihop mina saker. Jag blev chockad när hon berättade att 'soc' hade sagt upp mitt rum. Min socialsekreterare hade förklarat att det inte var deras 'policy' att jag skulle bo där med ett litet barn. När de sade upp mig hade de inte ordnat något nytt ställe att bo på. Bara jag pratar om det här dunkar mitt hjärta... Jag var nybliven mamma och någon hade rört bland mina personliga saker. Jag visste inte vart vi skulle ta vägen. Jag hade fått barnkläder och nu visste jag inte var de låg. Jag fick stanna på BB i nio dagar. Sedan skulle 'soc' komma på sitt första besök och jag var så jävla arg på dem."

"På ett stort möte på Familjesociala hade jag redan frågat 'soc' om det fanns några tankar på att ta Albin direkt vid förlossningen och de sade att de inte var inne på något sådant. Men innan mötet hade jag hört av min kontaktperson att 'soc' planerade att ta Albin vid födseln för att de inte hade råd med något annat. När 'soc' kom till BB för att se hur jag fungerade som mamma hade de redan de här tankarna men visste inte att jag kände till det. När jag frågade varför de hade sagt upp mitt rum i villan skyllde de på att ägaren ville ha rummet. Det här kaoset slutade med att villaägaren tyckte så synd om mig att hon öppnade sitt privata hem för Albin och mig. De hade två småbarn själva, ändå fick vi bo i hennes och makens sovrum. Jag kände mig så dum, för jag ville inte tränga mig på sådär. De åkte till och med bort för att vi skulle få vara ensamma. När vi hade bott i deras sovrum fyra-fem veckor fick jag ett rum, men inte samma utan ett sämre. Solen låg på hela dagarna. Albin var röd som en kräfta för han var så varm. Jag fick köpa en fläkt för att svalka honom."

Hur fungerade kontakterna med socialtjänsten under graviditeten? "I början när jag kom till Familjesociala, innan jag kom till Maria, ringde jag till 'soc' för att jag var bostadslös. Men det var inget 'soc' som ville ha mig. Till slut bestämdes det att min gamla stadsdels vuxengrupp skulle ha mig. Familjesociala ville att jag skulle ringa min socialsekreterare och be henne vara med på ett möte tillsammans med mig. Jag ringde men hon kunde inte. Jag försökte igen och igen att få henne komma till det där mötet. Jag började på Mariakliniken

och i deras modell ingår att man ska klara sådana här saker själv, som att ringa till 'soc'. Men det blev lite för mycket för mig. Det hade varit lättare för dem att lyfta luren, som ett samtal mellan kolleger. När det hade gått åtta veckor (Agnes var då i sin sjunde graviditetsmånad) började jag känna panik. Jag ville att hon skulle förstå att det var allvarligt, att vi behövde planera för framtiden. Jag visste inte vart jag skulle ta vägen. Jag kunde ju inte vara på Mariakliniken hela tiden, jag var avgiftad och de var ganska säkra på mig." *Hur bodde du innan Mariakliniken, innan villan?* "Jag hade ett ställe att gå till när det blev jobbigt, när jag behövde sova. Men det kunde bli bråkigt för Albins pappa kom dit, så där kunde jag egentligen inte vara. Annars drog jag runt, sov hos olika människor eller var ute. Sedan hittade 'soc' villan som var ett slags hotell. Där fick jag ett stort fint rum med balkong som det var sol på. Då började det kännas mycket roligare."

Beatrice beskriver en abstinens hos barnet som stämmer med de österrikiska och franska beskrivningarna (se s 15 om Fischer m fl, 2000 och Lejeune m fl, 2001)

Beatrice: "Det var jobbigt första tiden efter förlossningen. Vi fick flytta så mycket. På BB fick vi veta att vi inte skulle få bo kvar där vi bodde, så min man fick vara hemma och packa. Jag låg inlagd tre veckor innan förlossningen på grund av diabetes och foglossning." *Hur var förlossningen?* "Den gick bra! Jag födde på Akademiska sjukhuset i Uppsala och var den första med Subutex som födde där, så vi var lite oroliga. Förlossningen var inte så lång, ungefär fem timmar. Det gick faktiskt bra med min kropp fast Benjamin var så stor. Jag gick fem dagar över tiden. När han föddes vägde han 4.300 gram." *Hur togs du emot av förlossningspersonalen?* "Jättebra, faktiskt. Barnmorskan och läkaren hade skrivit ned allting om mig, så de visste hur de skulle göra. Jag gick på specialistmödravård. Benjamins pappa var med vid förlossningen. Det här var hans första. Han var jättetyst. Jag tycker har klarade det bra." *Hur hanterade du Subutexet under förlossningen?* "Det hade jag tagit innan."

Var det någon skillnad på Benjamin jämfört med dina andra barn? "Han var lite skakig i början. Men de kunde inte säga om det berodde på graviditeten med Subutex eller på min diabetes. Under graviditeten fick jag ta insulinsprutor fyra gånger om dagen. De säger att barnen blir lite skakiga då. Men det var bara första dygnet. Han var lite orolig första dagarna. Han tyckte inte om när jag skulle byta blöja på honom. Det var först när han var en vecka gammal som han slutade skrika när jag bytte på honom. Men så kan det ju vara med alla barn... De känner att det är kallt och naket. Han skrek ganska mycket första veckan. Han snuttade och sög på sin knoge ganska mycket, ville inte ha napp. När jag ammade honom var han väldigt snuttig men nappen vägrade han ta. Fast jag tycker att det gått bra. Han vaknar en gång på natten för att äta, sedan somnar han om på en gång. Då sover han ända till dess jag ska byta på honom. Han sover bra på nätterna. Ibland vaknar han inte förrän klockan fem eller sex om han har somnat vid elva. Han är jätteduktigt, tycker jag. Sedan han slutade att gråta efter den första veckan har han bara varit glad. Han är glad hela tiden." *Hur länge låg ni på BB och vart tog ni vägen?* "Sex dagar. På sjunde dagen, när vi kom till utredningshemmet, skrek han inte längre. Vi åkte dit direkt efter BB, min man, Benjamin och jag. Där stannade vi nästan sex veckor för de skulle göra utredning på oss." *Ammar du?* "Jag ammade först men han var så stor i maten så de började ge honom ersättning var tredje timme. Då fick han nappflaska, blev van vid det och sög sämre på mig. Han blev nog lite bortskämd." *Märkte du någon reaktion hos Benjamin när du slutade amma?* "Jag ammade i sex veckor. Den andra mamman som bott här, hon med Subutex, hon märkte en reaktion på sitt barn när hon slutade amma så jag tänkte på det. Men jag märkte ingenting."

Cecilia: ”Med tanke på att jag har hepatit också skulle de (förlossningen) vara förberedda så de var informerade om allting av min barnmorska på mödravården. Det var rätt skönt att hon hade informerat. Hon körde med oss som hon gjorde med alla andra föräldrar. Det var liksom inget hysch-pysch för att vi var missbrukare. Det var samma för oss som för alla andra. Det är bra att jobba med vanliga föräldrar också, för jobbar man bara med missbrukare är det lätt att bli insnöad på det. Vi har ju ändå samma känslor som normala människor.”

Ditte (som ska föda om tre månader): ”Det känns jättebra att jag vet att jag kommer att föda på Huddinge sjukhus. Jag är garanterad en plats därför att jag är inskriven på Familjesociala och ännu mer garanterad därför att jag har Subutex. Dessutom kommer jag att få ett eget rum där jag har hepatit C.”

När Evelyn föddes var hon 51 centimeter lång och vägde 3.515 gram. Emma sattes igång när hon hade gått över tiden en och en halv vecka och förlossningen varade ett dygn. Hon är övertygad om att Subutextet påverkade hennes barn negativt och att barnet hade behövt behandling i form av opiumdroppar.

Emma: ”Märkligt nog tyckte jag inte det var så jobbigt först... Jag hade inte så ont. Men sedan... Det var jobbigt alla gånger de skulle in i mig. Det hade kanske med prostitutionen att göra? Jag svarade inte på någonting. Som när de skulle till livmodertappen eller sätta in sådana där ballonger. Det var jobbigt när de satte igång värkdroppet. Då, efter någon minut, kom min kropp på av sig själv att Evelyn skulle ut. De sade åt mig att inte börja krysta, men det gjorde jag. Sedan visade det sig att hon hade navelsträngen runt halsen. Varje gång hon ville ut klämde den åt. Man känner väl det som mamma så jag började krysta. Eftersom jag har hepatit C tog det tio minuter för dem att klä på sig alla kläderna. Jag låg bara där och gjorde själv... och de sade bara 'nej, nej, nej'. De var förvånade över att jag var så lugn. Men sedan, när hon var på väg ut, blev jag arg för jag tyckte inte att de hjälpte till.”

”Det är en sak jag tyckte var kul på BB. Jag menar, de ser mammor och barn varje dag, de är experter där. Det var kul att få höra dem säga att de var förvånade över Evelyns och mitt sätt att kommunicera redan från den stund hon kom ut. Vi hade en sådan ögonkontakt.”

”Jag fick ligga kvar på BB eftersom Evelyn var ett 'Subutexbarn'. Den första barnmorskan var hemsk. Hon kom och väckte oss. Jag sade att Evelyn måste vara jättetrött, hon ville inte amma så mycket. Barnmorskan kom alltså och väckte oss varje kvart för att jag inte hade fått igång min mjölk! Man säger att de mår så bra och så, och självklart gör de det om man jämför ett 'Subutexbarn' med ett 'metadonbarn'. Men jag tycker inte att man hela tiden ska jämföra på det sättet. Det är fel på 'Subutexbarn'. Så som Evelyn mårde de första två veckorna går inte att jämföra med hur hon mårde senare när hon blev tre veckor. Hon var *inte* nöjd. Hon var jätteledsen. Hon behövde mycket mera värme och sov extremt mycket. Hon hade lite så här (Emma demonstrerar genom att andas lite hackigt) spasmer eller ryckningar. Som mamma kände jag att hon inte mårde bra. En normal unge nyser inte elva gånger i rad! Men de sade bara att hon låg på nummer ett enligt deras abstinensbedömningskala. De lyssnade inte utan hade bestämt sig för att 'Subutexbarn' inte blir dåliga.” *Jag har hört att Subutex-exponerade barn visar upp skälvnningar och darrningar och att de blir hjälpta av extra närhet och värme från mamman.* ”Evelyn behövde mera. Hon behövde behandling med opiumdroppar. Hon mårde jättedåligt. Det var jobbigt första kvällen när vi kom hem.” *Hur gjorde du för att ta hand om det?* ”Jag hade henne i famnen hela tiden och sov med henne sittandes. Hon litar på mig. Det är jättejobbigt att se ett barn må dåligt och veta att man är orsak till det. Jag sade till barnläkaren att han inte kunde inbilla mig att jag inte skulle bli dålig om jag

skulle sluta med Subutexet efter ett och ett halvt år. Det var ju samma sak för Evelyn. Jag skulle bli jätteabstinent. Att mitt barn inte kunde vara abstinent efter nio månader... Det gick jag bara inte med på! Jag har inte pratat mer med läkaren om det här. Jag har inte ens gått på efterkontroll där. Jag bryr mig inte om det. Vill man inte lyssna på en mamma som verkligen känner sitt barn, varför ska jag då ge respekt till denne läkare? Evelyn hade inte behövt opiumdroppar så länge, kanske bara en till fyra dagar. Jag kände att jag var oerhört ensam om allting. I en sådan här situation, när barnet skriker så, måste det få vara upp till föräldrarna att välja om man vill ge barnet opiumdroppar eller inte. Det ska inte behöva gå så långt att det är en läkare som bedömer det.”

Vad vet de på BVC om er livssituation? ”Nästan ingenting. Jag tror inte att de vet att Evelyn är en ’Subutexbaby’. Jag har inte funderat så mycket på om de borde veta eller inte.” *Ammar du?* ”Nej, jag slutade amma efter en och en halv månad. Hon snuttade lite på bröstet, sedan ville hon ha flaskan. Fick hon inte den skrek hon. Jag tror hon kände att det var någonting i bröstmjölken som smakade illa.”

Ingen av kvinnorna är storrökare

Agnes tänder en cigarrett under köksfläkten och säger att hon försökt sluta men inte lyckats. Ett tag prövade hon att snusa. Nu röker hon någon enstaka cigarrett per dag, vilket är stor skillnad jämfört med tidigare.

Agnes: ”Jag var ju orolig under graviditeten och då tänkte jag på rökningen också, att jag borde sluta. Men barnmorskan sade att jag skulle ta en sak i taget. Det lät ganska vettigt när jag skulle sluta med heroinet.”

Beatrice röker vid ett öppet fönster i badrummet.

Beatrice: ”Jag rökte under graviditeten, fast mycket mindre än annars. De sade att barnet kunde bli mindre om jag rökte, men det märktes inte. Idag är Benjamin fyra månader gammal och väger nio kilo, så han växer bra.”

Cecilia: ”Jag röker, men bara utomhus. För Camillas skull.”

Ditte: ”Barnläkaren blev jätteglad när jag sade att jag inte rökte. Det tyckte han var bra för barnet. Det står i böckerna att rökning påverkar mycket, att man kan få mindre barn.”

Emma: ”Jag har nästan klarat att sluta röka. Jag röker bara en eller två cigaretter i månaden.”

Händelser och tankar kring förlossning, barn och föräldraskap

I samtalen med kvinnorna blir det mycket tydligt att narkotikamissbruket bara är en del av dessa kvinnors liv. För några av kvinnorna hade det betytt mycket att få vara med i en föräldragrupp, att få träffa andra blivande och nyblivna mammor. Barnen beskrivs med värme.

Agnes: ”Jag hade inga barnerfarenheter innan Albin. Det fanns kompisar som fick barn, men jag engagerade mig inte i dem även om jag ibland var en rolig lektant. Det var bara när jag hade det där drogfria året med min passionskille som jag trodde att jag också skulle kunna ha ett familjeliv. Det var roligt att jobba. Jag har jobbat inom äldreården, på allmänpsykiatri och med förståndshandikappade barn och vuxna. Barnen skulle integreras med andra barn, det var

ett försöksprojekt på en fritidsgård.” *Då hade du ju barnerfarenheter...* ”Det tänkte jag inte på.” *Funderade du över om ditt barn i magen kunde må som du?* ”Kanske gjorde jag det på ett plan samtidigt som jag på ett annat plan inte gjorde det. Fast jag visste att jag var med barn förstod jag inte riktigt att det fanns där, i magen.”

Vem är Albin? En liten ’Emil’. Han är nog lik både sin pappa och mig. Han följer sin utvecklingskurva. Det ligger inom det normala fast lite grand under. Jag har frågat om inte Albin är lite för kort, men BVC-sköterskan säger att han är normal, att sådant ser olika ut från barn till barn. Han kan massor av saker och pratar fint. Jag har inte behövt oroa mig särskilt för honom. Någon gång har han varit magsjuk men han har aldrig haft öroninflammation eller något sådant. Börjar han på dagis kommer det kanske att hända att han blir sjuk, för då kommer han att träffa många andra barn. Men hittills har det inte varit så. Han är 20 månader gammal och har börjat tala om vad han *menar*. Som i morse... Då sade han ’ba, ba, ba’. Det brukar betyda banan så jag sade till honom att vi har ingen banan. Men han fortsatte bara att säga ’ba, ba. Ba’. Då kom jag på att han hade bajsat. Det kom till en ny dimension när han sade så.”

”Det enda jag kan känna mig lite ledsen över är att jag inte har varit med i en sådan där mammagrupp som brukar finnas. Det förstod jag först sedan jag började gå på öppna förskolan att jag hade kunnat vara med i en. Jag visste om att det fanns mammagrupper men blev aldrig presenterad för någon av BVC. När jag träffat mammorna på öppna förskolan har jag hört att det är rätt bra med de här mammagrupperna, att de får reda på mycket av varandra. Som ensam mamma hade det varit bra att vara med i.”

Beatrice: ”Jag vet faktiskt inte om jag hade klarat att vara drogfri under graviditeten utan Subutex. Jag tror inte att jag skulle missbrukat, men jag kan inte säga det med säkerhet. Subutex var ett sätt för mig att vara trygg i min graviditet. Subutex har varit jättetryggt för mig hela tiden. Jag blev gravid efter att jag hade börjat behandlas och har haft samma dos hela tiden.” *Vad tänkte du om Subutex och graviditet?* ”Jag var lite orolig att det skulle bli som för ’metadonbarnen’. Men jag fick reda på av några som redan hade fått barn att det inte gav sådan abstinens på barnet. Det var ändå lite oroligt.” *Övervägde du någon gång att inte fullfölja graviditeten?* ”Nej. Jag ville bli mamma. Det var planerat. Min man och jag hade varit ett par i nio år. Det är ett stort ansvar att leva med barn. Ett barn kan inte göra att man mår bra om man inte redan mår bra av sig själv. Det var när vi kände oss stabila tillsammans som vi ville bli föräldrar.” *Vad menar du med ”metadonbarn”?* ”Jag vet att de kan få en väldig abstinens. De får ligga på neonatalavdelning och måste få opiumdroppar. Det behövde Benjamin inte vara med om.” *Hur långt gången var du i graviditeten innan du blev lugnad?* ”Inte förrän jag hade fött honom och märkte själv att det inte var så. Jag var orolig därför att jag vet att jag själv blir abstinent på Subutex.”

Du hann vara med dina tvillingpojkar ett år innan de placerades. Hur hade du velat bli hjälpt? ”Jag hade velat komma till ett behandlingshem tillsammans med barnen, där jag kunde ha fått hjälp med mig själv och min roll som mamma.” *Har du någon idag som du ”pratar barn” med?* ”Ja, på barnavårdscentralen och i kyrkan. Vi går i kyrkan varje söndag och då är det mycket barnprat mellan föräldrar. Här (på stödboendet) finns inga andra barn så det finns inget sådant prat. På utredningshemmet fick jag mycket hjälp. Där hade de föräldragrupper.”

”Mest meningsfullt just nu är Benjamin. Jag tror att jag duger hela tiden för honom. Han klagar inte. Om jag inte dög tror jag han skulle vara ledsen och missnöjd, men det är han inte.

Jag känner mig nöjd eftersom han är så glad och mår så bra.” *Vad är roligast med att vara mamma?* ”Allting. Han är så snäll och det gör det så roligt. Jag tror att det beror på både honom och mig. Han får den trygghet och harmoni han vill ha. Jag vet inte riktigt vad som är svårt. Benjamin är ett så lätt barn, jag kan ju jämföra med tvillingarna och då var det svårt. Det som är svårast är inte mitt barn utan att hon (socialsekreteraren) håller på. Det är jättejobbigt att jag inte kan känna mig säker fast jag gjort en utredning och visat att jag är en bra förälder. Om man bestämmer sig för att ta ett barn så gör man det för att föräldrarna inte är bra, men det har jag visat att jag är.”

Benjamin ler oavbrutet och har ögonkontakt med sin mamma när hon tar en paus och byter hans blöjor.

”Han började faktiskt le när han var två veckor gammal. Personalen på utredningshemmet trodde knappt sina ögon. Oj, nu tar han ner läpparna, han håller på att bli hungrig. Han börjar inte gråta på en gång. Han visar först vad han vill och då hinner jag göra i ordning hans mat. Det är så konstigt att han har så mycket i sig, att han är den han är. Jag pratar med honom hela tiden, säger hans *namn*. Jag tror han förstår vem han är. Jag tror också att han förstår att han är ett barn. Tidigare när vi fick besök av en liten flicka så brydde han sig inte om henne, men när han träffar henne nu reagerar han när hon går. Jag tycker inte om när han gråter. De säger att det är bra om barn får gråta ibland men det gör ont i hjärtat när han börjar gråta. Han är mycket i famnen. Men när han gråter... då vet jag att det är något som är fel. Eller så är han övertrött, då kan han bli lite ledsen. Jag hör skillnad på hans gråt. Sista tiden har han börjat gråta i sömnen också. Han återupplever kanske vad han varit med om, men jag vet inte vad det är som är så läskigt att han behöver gråta. Så fort jag tar upp honom, när han vaknat till lite, slutar han. Jag vaknar ganska lätt. När jag inte hört honom känner jag mig jättedålig. Han vill inte vara ensam. Han märker så fort jag går iväg. Det där papperet skulle han tycka om (Beatrice pekar på min lapp med stödord inför samtalet). Han har börjat greppa saker de sista veckorna. Jag tror det kliar i munnen på honom. Det kan vara tänder som är på väg för han biter på allt och dreglar. Han har lärt sig spotta också (Beatrice demonstrerar ett litet pff-ljud). Det tycker han är roligt. Speciellt när han har mat i munnen och spottar ut den.”

För Cecilia är det viktigt att känna att det finns valmöjligheter.

Cecilia: ”När jag blev gravid var jag fortfarande inne i ett missbruk, men på vårdcentralen där jag fick reda på att jag var med barn visste de ingenting. Jag var duktig på att dölja det. Om jag inte gjorde det visste jag att jag inte skulle få socialbidrag. Det hände någon gång att de (ekonomihandläggarna) frågade om jag hade missbrukat och då sade jag ’en gång’. ’Gör det inte fler gånger’, sade de då. Sedan var det bra med det. *Men du sade förut att du var alldeles sönderstucken?* ”Det syntes ju inte direkt, jag hade ju kläder på mig. Och jag har alltid gått och solat och så där. Jag var fräsch för det mesta även om jag var rätt mager. Jag vägde inte mer än 45 kilo (Cecilia är 160 centimeter lång). Egentligen såg jag nog för jävlig ut då när jag blev gravid. Nu väger jag 52 kilo, det är mer rimligt. När det visade sig att jag var med barn glömde jag bort det där med cancern direkt. Jag blev så glad att jag började gråta. I början visste jag ju att antingen skulle jag gå hem och dricka metadon eller... och då fick jag lite panik. Har man ett barn i sig ställer man till det om man har abstinens. Man blir rädd att det ska leda till missfall och man kan bli mycket dåligare på metadon än på heroin. Det är längre avtändning. Det var som att hamna mellan två onda ting. Antingen skulle jag ta metadonet eller så skulle jag skita i det och i vilket fall som helst kunde det gå åt helskotta.”

”Jag visste att det var riskfyllt för barnet med avtändningen även om det inte var någon som berättade det. Som jag måste ju barnet må. Vi hade ju samma blodsystem och kände av samma känslor. När jag visste att jag var med barn behövde jag ha tag i en barnmorska, antingen vilken som helst och då skulle jag fortsätta låtsas som vanligt, inte berätta för någon om missbruket och ordna det själv, eller så skulle jag ha kontakt med någon annan... Så jag kontaktade en barnmorska via Sprutbytet. Jag tänkte att om jag tar kontakt med socialen först då tar de barnet ifrån mig och på Sprutbytet lovade de att inte blanda in socialen. När det lovade det tänkte jag ’okej, då tar jag en av deras barnmorskor så att det är mer kontroll’. Men det första de gjorde var att kontakta socialen. Det skulle vara ett möte med dem och jag hade inga bra erfarenheter av socialen. Jag vet inte varför de lovade att inte kontakta socialen. Kanske sade de bara så för att de antog att jag skulle försvinna annars. Eller så var det så att den som lovade inte visste att man måste anmäla. Man har gärna en hotkänsla om man har många års missbruk bakom sig, en jävligt negativ bild av socialen.”

Är det något bemötande du känt dig stärkt av? ”Min socialassistent har inte kört med några hot utan har lyssnat till hur jag vill ha det. Hon har inte sagt ’jag tror att det här passar dig bäst’. Hon har frågat ’vad tror du fungerar bäst för din del?’. Jag som varit på så många behandlingar sätter mig inte på en behandling till. Jag har inte tagit åt mig dem (tolvsteg) under alla åren. Det är nu, när jag själv fått göra det så här, som det har fungerat. Hon är bra faktiskt (socialsekreteraren).” *Och det motsatta? Är det något bemötande du känt dig otrygg av?* ”BVC-sköterskan vet ingenting om vår situation. Hon har ju inte känt oss. Hon har bara fått journalen skickad från neonatal om att Camilla haft abstinenssymtom. Då sitter jag i en ny situation igen. Hur ser hon på mig? Vad tänker de om mig? Jag måste börja förklara igen. Det är otroligt jobbigt. Har man kvar någon som kan följa en hela graviditeten så slipper man den utsattheten. För det är en jäkla utsatthet, det är jobbigt, för man är säker på att folk tittar på en. Man tycker att alla tittar på en. Snett.” *Utreds Camilla av socialtjänsten?* ”Nej. Men jag har kontakt med min socialassistent (vuxenheten). Det finns en socialassistent också på familjeenheten men henne har jag inte kontakt med. Så länge det fortsätter så här, som det gjort nu, kommer det inte bli någon utredning.”

Hur tycker du socialsekreterare ska bete sig när de träffar någon i din situation? Jag kan säga utifrån mig själv att det inte fungerar när folk säger till mig vad jag ska göra. Jag måste själv få ta initiativ – och få ha ett visst svängrum. Man kan förstås inte ha vilket svängrum som helst när det gäller missbruk och graviditet, men om socialen visar vilka alternativ som finns kan det fungera. ’Antingen går du in på en behandling och vi ordnar en avgiftning och öppenvård. Eller så försöker du så här, men vi måste ha en viss koll.’ Det kan fungera om man har valmöjligheter. Det fungerar inte. Jag har fått bestämma så gott som allting inom vissa ramar. Jag har gått med på att lämna urinprov, det tycker jag är rimligt. Det är bra för min del också. Skulle någon ifrågasätta och undra om jag verkligen är drogfri så har jag det svart på vitt.”

”Det händer en del efter en förlossning. Jag tror att det är en rätt positiv förändring. Man känner nog mer. Jag har haft tur. Vi bor här! Förutom min kille har min barnmorska varit enormt viktig för mig – med tanke på att jag har många frågor. En del är normala, som alla andra mödrar har när de får barn. Men det är också frågor därför att jag missbrukade under första graviditetsmånaden och för att jag haft Subutex när Camilla var i magen. Jag tänker på skador och kan komma på mig själv med att titta väldigt noga på Camilla, leta efter fel, för jag är så rädd att hon ska ha fått något mer.” *Vet barnmorskan det?* ”Ja, jag kan säga så gott som allting till henne.” *Och du får fortsätta träffa henne, trots att du fött?* ”Ja, jag får ha kvar henne. Hon ska ha efterkontrollen. Hon säger att det bara är att ringa när jag vill.”

Ditte har tyckt att tjejer som precis slutat missbruka varit oansvariga om de skaffat barn. Hon har också själv undersökt hur olika doser Subutex kan påverka barnet i magen.

Ditte: ”Jag hade inte planerat att bli gravid. Det var något jag tänkte skulle hända när jag varit drogfri några år. Först då skulle jag kunna *planera* att ha ett barn. Barn har alltid funnits i mina tankar, jag har alltid velat ha barn. Men det har hört till ett annat liv, ett liv där jag har bostad, jobb och är drogfri. Jag har alltid tänkt att man måste vara ganska säker på sig själv innan man skaffar barn, jag har sett så många tjejer som har misslyckats. De har fått barn och det har gått bra i två år, sedan har det gått åt helvete. Jag har till och med haft fördomar om tjejer som precis slutat knarka och som skaffat barn. Jag har tyckt att de varit oansvariga.” *Du är i vecka 33. Hur mår du?* ”Jag mår bra. Tidigare hade jag 16 milligram Subutex per dag men nu har jag minskat till 12 milligram. Min läkare funderade på att minska dosen ännu mer, till 8 milligram, men det kändes jobbigt eftersom det redan var på gränsen med den dos jag har. När hon funderade på det beställde jag tid hos en barnläkare som träffat andra mammor med Subutex och deras barn. Jag undrade om det fanns bevis för att barnet skulle ta mer skada av en dos på 12 milligram istället för 8. Han sade att 4 milligram inte skulle göra någon skillnad även om det i och för sig alltid är bättre om man tar en mindre dos. Men skulle jag ta så lite att jag började må dåligt tyckte han att det var bättre att jag behöll den dos jag har. Jag blev glad när han sade att det inte var någon skillnad. Om barnet behöver att jag minskar dosen kan jag stå ut med att må lite dåligt. Men om det inte gör någon skillnad vill jag försöka må så bra som möjligt.”

Du säger att du inte fått samtalshjälp att bearbeta din missbruksproblematik. Samtidigt ska du förbereda dig på att bli mamma. ”Barnet kommer kanske att göra att problemen inte känns på ett tag, men de försvinner ju inte. I början kommer jag nog inte ha tid att tänka på dem. Då måste jag tänka på barnet, för då behöver barnet mig. Men senare behöver barnet inte mig lika mycket och då kommer kanske problemen tillbaka. Det som skulle hjälpa mig allra bäst är att jag känner mig säkrare i mig själv. Det skulle nog vara bra för mig att träffa andra i samma situation, att kanske gå i en kvinnogrupp.”][”Blir jag säkrare i mig själv behöver jag kanske inte lägga ner all min energi på barnet för att slippa tänka på mig själv. Om barnet börjar leka med andra... Ja, då sitter jag ju där och så kommer alltihop tillbaka. Det är det andra tjejer har berättat för mig, att det är det som händer. ’Nu behöver han mig inte mer...’ Då känner man sig ensam igen.”

”Har man varit missbrukare kanske det blir svårare att fråga andra om sådant som man inte är säker på att man klarar, därför att man hela tiden tror att man har ’ögonen’ på sig. Jag vill inte att någon ska se om jag misslyckas med någonting. Det ska komma hit en socialsekreterare från Barn och Ungdom som ska gå igenom med oss hur det ska vara. Så länge som det är så här, att vi bor här, har boendestöd och inte återfaller, finns det ingen anledning att göra en utredning. De kanske gör några hembesök för att se att allt är bra, men utan att behöva utreda.”

”Jag tänker på att barnet blir helt beroende av mig och att jag ska ta hand om det, att jag ska amma. Jag har tagit reda på att det går fast jag har Subutex. Det finns jättelite av det i bröstmjölken. Jag vet, för jag har frågat barnläkaren om det här. Barn som exponeras för Subutex blir oroligare när de kommer ut. Det vet jag också. Vår barnmorska har berättat att vi kommer att få stanna en vecka på sjukhuset och att barnet andra dagen kommer att vara oroligt och frysa mer. Men hittills har det inte gått så långt att de här barnen behövt ligga i kuvös. Barnet kommer att kunna vara med mig hela tiden.”

Vad betyder det för dig att bli mamma tidigt i ditt eget förändringsarbete mot missbruket?

”Mitt förändringsarbete går ut på att jag ska lära känna mig själv som drogfri. Det negativa är att jag inte kommer att hinna göra det innan barnet föds. Jag kommer inte att hinna skaffa mig ett eget liv eller känna efter vad jag ska syssla med eller plugga. Det får komma sedan. På ett sätt hade det varit bra att ha de där bitarna klara. Men jag tänker också att jag just nu är alldeles i början, att jag kommer att ha all tid sedan och att det här barnet är något som jag kanske just nu behöver.” *Så du ser inte barnet som ett hinder?* ”Nej, jag tycker snarare att det är skönt att inte behöva stressa med att börja plugga eller andra saker. Barnet gör att jag inte kan vara så impulsiv längre, att jag blir lugnare. Förr kunde jag få för mig att plötsligt bara åka iväg någonstans, som till Portugal, och så gjorde jag det. Så kan jag inte göra nu. Jag har inte bara mig själv att tänka på. Jag har en till därinne.”

Har något bemötande varit betydelsefullt på ett positivt sätt så att du känt dig stärkt i din roll som blivande mamma? ”Det är den där barnläkaren jag fick träffa. Han berättade att han träffat mammor med Subutex och att han träffar flera barn. De barnen är pigga. Någon är en riktig solstråle, de är underbara. Barnen mår fint, de är normala fast deras mammor har Subutex. Det kändes jättebra att höra. När jag pratade med honom kändes det inte som om jag var annorlunda på något sätt, förutom att jag har en medicin. Jag kände mig verkligen respektfullt behandlad.” *Och det motsatta, har något bemötande varit särskilt negativt så att du inte känt dig stärkt?* ”Jag går på ett aktivitetsställe för att lära mig möbeltapetsering. En kille där är schizofren och har hotat mig med en sax. Han sade att han skulle förlösa mig. Personalen säger att den där killen är jättesnäll, att han bara skämtade. Arbetsledaren sade att jag måste förstå att min graviditet provocerar. Men han visade mig med saxen hur han skulle hugga. Min socialassistent säger samma sak, att jag måste förstå att de som är där blir provocerade. Men jag ska inte behöva titta mig omkring när jag ska gå ut till mitt skåp.”

Vad behöver barn? ”Förutom allt det praktiska, som mat och kläder, behöver ett barn massor av kärlek. Och tid. Att man umgås mycket med barnet, ger barnet uppmärksamhet. Kanske inte i början så mycket, men så småningom behöver barnet träffa andra, att man kommer ut. Mina yngsta småsyskon är fyra och sex år gamla så jag tänker lite på vad de brukar behöva. Jag tycker min mamma är en väldigt bra mamma. Hon har faktiskt haft lite träning eftersom hon har fem barn. I början är det nog svårt att veta vilka gränser man ska sätta för sitt barn. Jag kommer att ringa min mamma när jag behöver fråga om något.” *Vem har du därinne i magen?* ”Det är en familjemedlem! Snart. Som vi vill ska få en så bra start som möjligt. Vi vill att han eller hon ska trivas här hos oss. Det är nog en glad typ, det måste det vara. Kanske lite busig. När jag var liten var jag busig, det var min kille också. Och klättrig. Men man vet aldrig, barnet kanske blir något helt motsatt.”

Ditte tror att hon och pojkvännen har ”missbruksgener” och hoppas att barnet ska klara sig.

”Jag hoppas vårt barn klarar sig från våra gener, alkohol- och missbruksgenerna. Jag tror att det är ärftligt. Men miljön kan också påverka mycket. Om det föds ett barn som har en mamma som haft heroin, metadon eller Subutex så kan barnet klara sig hela livet. Men om barnet skulle få opiater eller alkohol, då tror jag kroppen känner igen tillståndet barnet hade som nyfödd. Då är det en risk... Du undrar vem barnet är därinne? Det här (Ditte sveper med handen över magen) är mitt nya liv. I det livet är Subutexet min struktur. Nu är det väldigt mycket min mage, annars hade det nog varit mycket av social träning och sådana saker.”

Pratar du barn med någon? ”Jag pratar med en tjejkompis som jag knarkade ihop med förut och som också ska ha barn. Vi träffades i skolan och hade mycket gemensam förutom

drogerna, som att träna. Vi pratar bara om graviditeten, aldrig om droger. När vi fött kommer vi nog att träffas en del. Just nu är vi ganska trötta båda två, så vi pratar mest i telefon.”

Emma beskriver en turbulens kring graviditeten som bidrog till att hon ”stängde av” den.

Emma: ”Min kille och jag tycker att det här med Subutexet blev så uppförstorat på Familjesociala. Han fick liksom ingen del i graviditeten. Vi träffade en kurator som bara försökte hitta fel på honom. Vi kände att det inte skulle fungera och när vi var där sade vi att vi ville sluta gå dit. Det resulterade i en mindre katastrof. När vi kom tillbaka till stödboendet fick vi höra att kuratorn hade ringt. Han (ägaren av stödboendet) sade att de hotade ta Evelyn redan vid förlossningen. Vi visste inte att det måste göras en utredning först. Sedan sade han att vi inte fick berätta det för någon. Det var *han* som skulle sköta kontakterna, han skulle få det på rätt styr igen. Jag ringde till min övervakare som sade att det var skitsnack och ringde till min socialsekreterare på ’soc’ (vuxenenheten) som inte fattade någonting. Socialen var inte inblandad fast han (ägaren) sade det.”

”Vi har fortfarande inte rätt ut det där, vem som sade vad. Min kille trodde att de skulle ta Evelyn och det vi fick höra var att de skulle ta barnet på grund av det där med min före detta (det fanns en hotbild, tidigare maken sade att barnet var hans och gjorde anspråk på det). Det gjorde att jag stängde av min graviditet. Jag tänkte att det inte var någon idé att jag fäste mig vid barnet. ’Låt dom ta ungväveln när den kommer ut.’ Så tänkte jag. Vi tog upp det här med chefen på Familjesociala och hon blev jättechockad. Barnmorskan blev också ledsen.”

Så under tiden du blev tjockare tänkte du att barnet inte skulle bli ditt? ”Ja, när det sparkade och höll på. Jag tror inte man tänker en sådan gång. När jag väl blev med barn var situationen som den var just då (det var oklart vem som var pappa till Evelyn, maken eller pojkvännen). Det gjorde nog också att jag stängde av. Jag kunde inte dela den här glädjen med den man jag tidigare ville dela den med eftersom jag inte älskade honom längre. Vi hade lagt in om skilsmässa. Det hade bara varit perverst om jag hade delat glädjen med honom.” *Vad betyder det att oväntat bli mamma tidigt i sitt eget förändringsarbete?* ”Även om man själv vill är det inte bara positivt att bli med barn så pass tidigt. Det beror också på hur man är som person. Jag är en sådan person som växer in i en roll. Jag vet bara att jag måste göra det. I åtta månader var jag rädd att de skulle ta barnet. Jag var rädd att jag kanske inte skulle älska det. Då sade min övervakare att hon inte tyckte att jag skulle tänka så. Hon tänkte på mig som en ’urkvinna’. Det hjälpte mig att höra att det inte var så märkvärdigt egentligen att vara gravid.”

Jag har hört att det kan vara svårt att tala med blivande ”Subutexmammor” om deras tidigare historia, att det kan kännas avlägset när de mår bra på Subutexet. ”Det stämmer inte. Det beror ju på vem som frågar! Det är inte så att Subutexet gör att man mår så bra att man inte vill prata. Subutex är bara ett hjälpmedel. Det stänger inte av vad man varit med om. Det är visst så att man vill prata, men det måste vara med någon som klarar sitt uppdrag. Terapi är jättebra, det är något alla borde få vara med om.” *Hur ska mammor med Subutex få stöd i mammarollen?* ”Man borde ha grupper för sådana mammor. Det är synd att de inte finns.” (När Emma avbryter en stund för att ta hand om Evelyn pratar hon engelska med henne.) *Är engelska ditt första språk?* ”Nej, men vi har bestämt, eftersom jag har väldigt lätt för det, att jag pratar engelska med henne för att se om hon blir tvåspråkig. Fast det faller mig inte in att försöka säga sådana ord jag inte kan. Då lär jag henne fel.”

Vem är du som mamma? ”Kanske en annan jämfört med tidigare. Jag kan känna mig blödig ibland. Jag har mognat med situationen. Mycket som var oviktigt förut, som att bo bra, ha

vänner och nära till dagis, är viktigt idag. Jag vet att jag haft någon störning med drag av psykopati, annars hade jag inte kunnat leva så länge med NN (maken) som jag faktiskt gjorde. Det var han och jag mot hela världen. Det vet jag idag och får hjälp. Det är därför jag går i terapi så att jag ska förstå hur jag ska handskas med det. Det jag är rädd för är att han ska komma ut och så står jag där och följer med fast jag inte vill. Min terapeut tror att jag är kvar i en känsla som grundar sig långt, långt tillbaka eftersom hon vet att jag inte älskar honom längre. Ibland, när jag har sådana där syner, att jag går med honom, då ser jag inte Evelyn eller min kille. Min dotter skulle inte följa med. Det är självklart att jag inte skulle offra min dotter eftersom jag aldrig skulle orka leva drogfri med NN.” *Hur är det att börja livet som mamma och ha ett sådant bagage som ditt?* ”Jag har ju min kontakt på BG (Behandlingsgruppen i City som ger terapi till kvinnor med missbruks- och prostitutionserfarenheter). Hon har verkligen hjälpt mig. Men Barn- och Ungdom, Psykosociala, cheferna där... (socialtjänsten) de fattar inte vad de har att göra med. När NN kommer ut från fängelset kommer han att ge sig på varenda en som kan veta var jag bor.”

Hur ska en tillräckligt bra förälder vara? ”En tillräckligt bra förälder ska visa respekt och ärlighet för sina barn. Att ha respekt för ett barn är att gå ner på ett barns nivå. Om man inte går ner på barnets nivå kommer barnet aldrig att få vara barn. För mig är det viktigt att Evelyn vet att jag alltid finns på hennes sida, vad hon än har gjort. Man kan aldrig straffa eller döma ut ett barn. Ett barn är ett barn och lär sig olika saker och det konsekvenserna av allting annat. Under hennes uppväxt är det mitt ansvar och min plikt att se till att hon får reda på det jag vet, mina kunskaper. Mer kan jag inte göra. Om hon sedan ändå väljer att gå ut och göra precis tvärt emot, då gör hon det och då får man ta det med henne och får försöka hitta en lösning till varför hon gjort det. Inte bara säga att hon får utgångsförbud en vecka. Man kan aldrig ge ett barn dubbla budskap. Det är nästan som att se ner på sitt barn att muta det med godis. Där var min mamma stenhård. Hon böjde inte en tum. Medan pappa gjorde det hela tiden.”

Vad behöver barn? ”Kärlek. Att få vara sig själv. Barn behöver få vara barn så länge det går.” *Vad behöver Evelyn?* ”Det viktigaste för mig är att Evelyn får all den kärlek hon behöver och att jag alltid ska kunna ge henne det hon vill ha. Det betyder inte materiella saker. Hennes pappa dånar ibland över hur man håller på i vår familj, med namnsdags-presenter, julklappar och så, men jag kommer aldrig kunna ge henne det. Ett barn är någon som vet att om hon tittar till höger eller vänster, upp eller ner, så vet hon att det alltid finns en eller två personer som kommer att vara där för henne. Ett barn är ett barn när hon får vara sig själv, när hon inte har några krav på sig. När barn är så här små, det spelar ingen roll om klockan är två på natten, är hon hungrig får hon äta. Oavsett om klockan är fem på morgonen får mamman gå upp. Det ska inte vara en uppoffring för mamman att göra det.” *Och när barnet växer upp?* ”Ett barn är en person som oavsett väder och vind går ut tillsammans med sin mamma. Mamman ska följa med barnet ut. Tyvärr är det så att Evelyn inte kommer att kunna göra likadant som andra barn gör (Emma syftar på att familjen lever skyddat). Men jag kommer att göra allt som står i min makt för att Evelyn inte ska bli lidande för sin mammas misstag.” *Lever ni så skyddat att ni inte ens kan gå ut där ni bor?* ”Jag går ut men jag kommer aldrig som andra föräldrar kunna släppa ut Evelyn på gården. Tyvärr. Någon har sagt till mig att vad det handlar om är att försöka få in NN i fängelse så många gånger det går. När vi bodde på stödboendet fick min före detta sväger komma dit. Då kände vi att det var som att spotta oss i ansiktet, att de hade valt NN före oss.”

Vad tänker du om din egen barndom nu när du själv är förälder? ”Det största felet mina föräldrar gjorde var att inte informera mig om hur livet ser ut. Det enda jag kan göra för Evelyn är att berätta vad jag gjort, både de positiva och negativa sakerna. Jag kommer att

berätta allting, både framsidan och baksidan. Sedan är det upp till henne. Väljer hon det ena, självklart tar man till åtgärder och försöker förstå varför hon gör det. Jag tror att om jag är ärlig från början, 'så här ser det ut och så här har mamma levt', då vet hon det och då tror inte jag att det blir lika spännande. Som min övervakare... Hon har hållit på förut och hennes barn vet om det. De har inte haft något intresse av droger. Självklart tror jag att de har provat någon gång, men då har de talat om det." *Vad är allra roligast med Evelyn?* "Att se allt! Hon utvecklas ju varje dag. Det finns inget underbarare än att vakna på morgonen och så ler hon. Det är också roligt att upptäcka hur mycket man utvecklas själv. Alla provningar man sätts inför." *Vem är Evelyn?* "Hon är så nöjd. Hon är jättegullig och lite 'före' andra barn, tror jag. Redan när hon föddes var hon jättestark och stadig. Jag var också stark. Jag kom ju när jag var sju veckor (Emma är adopterad). Jag kröp aldrig. Jag satt och sedan ställde jag mig bara en dag och så gick jag." *Pratar du barn med någon?* "Det är med min kille jag pratar. Och min mamma."

Alla barnens pappor missbrukar eller har tidigare missbrukat opiater (heroin)

Albins pappa har nyligen muckat från fängelset. Honom får Albin bara träffa när han inte är påverkad, det vill säga nästan aldrig. Agnes sörjer dock för att Albin får träffa sin farmor.

Benjamin bor med båda sina föräldrar. Pappan underhållsbehandlas med Subutex men har flera gånger återfallit till opiatmissbruk (heroin) sedan Benjamin föddes. Beatrice tycker att det är svårt eftersom det påverkar hennes och Benjamins situation. De kan bli utslängda ur stödboendet på grund av pappans beteende trots att Beatrice sköter sig.

Camilla bor också med sin pappa. Efter en tid på behandlingshem (tolvsteg) och utan stöd av substitutionspreparat har han under två år klarat att hålla sig borta från heroinet. Cecilia finner stor trygghet i sin pojkvän och litar på att han inte ska börja missbruka igen.

Ditte har ännu inte fött. Hon lever med sin pojkvän som sedan ett halvår är en motiverad metadonpatient. Ditte önskar att både han och hon får stöd i föräldrarollen. "Han har missbrukat i 20 år. Nu har han haft metadon i ett halvår. Han får varken stödsamtal eller terapi. Han tänker klokt. Men han har nog inte pratat med andra blivande pappor. Vi kommer ju inte i kontakt med någon, även om vi skulle vilja."

Evelyn bor med sin pappa som underhållsbehandlas med Subutex och som flera gånger missbrukat heroin sedan Evelyn föddes. Emma menar att det beror på den oro förra maken orsakar. "Det hjälper inte att NN vet att han inte är pappa. Han vill ta nya blodprov. Det är väldigt jobbigt för min kille. Återfallet han tog i julas var bara relaterat till min före detta. NN rymde i slutet av november. Då fick vi polistransport. Evelyn var en och en halv månad och vi fick bo på hotell i flera veckor."]["Min kille har gjort så mycket och vet inte riktigt vad han vill bli. Han är betydligt äldre än jag. Men jag tror aldrig det är för sent. Eller kanske."

Kvinnorna om faktorer de tror kan hjälpa dem in i samhället

Att skuldfri kunna skaffa en egen bostad, lära känna människor som inte missbrukar och ha en bättre självkänsla (där ingår att ha lagade tänder) är något av det kvinnorna tror de behöver för att komma in i samhället.

Agnes: "Där vi bor är ett fint område, bra för barn. Ordinarie hyresgästen och jag har ett kontrakt, men inget hyresvärden känner till. Jag kan inte få ett riktigt andrahandskontrakt efter

jag har skulder. Jag blir inte godkänd. Det här har jag fixat själv. Jag fick inte bo kvar på det hem för misshandlade kvinnor dit jag hade fått flytta ett tag. Det var för dyrt. Hon (socialsekreteraren) erbjöd mig en akutlägenhet i förorten jag kommer ifrån. Men där kan jag inte bo. Hela mitt gamla missbruksgång finns där. Jag tror att hon tyckte att jag satte näsan i vädret när jag sade så.” *Hur länge får ni bo kvar?* ”Inte en aning. Den gamla damen som har lägenheten bor hemma hos sin mamma. Det är tänkt att damen ska bo där till hennes mamma går bort. Det går inte att veta när det händer.”

Kan du bli skuldfri? ”Det är egentligen inte omöjligt, men jag har svårt att ta tag i det. Jag behöver ringa runt och ta reda på vad jag har för skulder och vad som måste göras för att de ska betalas rätt. Jag klarar inte det själv och jag har inte träffat någon som kan hjälpa mig med det. Jag försökte få hjälp på den tiden man inte kunde överklaga socialtjänstens beslut. Då ansökte jag tre eller fyra gånger om att få komma in i RFHL:s program. Men socialtjänsten avtog min ansökan. På RFHL skulle de kunna hjälpa mig att reda ut mina skulder, att sköta kontakterna, ringa och allt det där som jag inte klarar. Man kan få all möjlig hjälp, som att ta reda på hur man kan söka tandvård. Det är också något jag behöver.” *Varför fick du avslag?* ”Jag vet faktiskt inte. Jag frågade socialsekreteraren om jag kunde få kontakt med en budgetrådgivare istället, om det nu inte gick med RFHL. Då sade hon att det inte gick därför att jag hade för lite skulder. Men för mig är det för mycket. Sett ur ett ’socperspektiv’ skulle ju det samtidigt vara något som var överkomligt, något som jag skulle kunna klara av. Det borde ju vara bra. Det handlar kanske om 50.000 kronor i skulder och det är väldigt mycket pengar för mig. Och en bostad.”

Du går på öppna förskolan tre dagar i veckan. Har du hittat andra mammor att vara med? ”Ja, härute har jag gjort det. Det som talade emot mig när Albin föddes var att jag inte hade något nätverk, Det var himla viktigt, enligt ’soc’. Nu när jag skaffat ett borde det hålla som argument för att de hjälper mig att fortsätta bo i det här området. Jag vill så gärna att han (Albin) får börja på dagis här i området, men jag vet ju inte hur länge vi får bo kvar här.”

”Det är inte lätt att ge sig ut och träffa nya människor även om det kanske inte syns utanpå vad jag varit med om. Hela mitt självförtroende bygger på att jag känner mig bekväm på utansidan. Gör jag inte det blir allting fel. Mitt självförtroende sitter bara ytterst utanpå. Det är bara ett skal. Jag får tunghäfta när jag är ute bland folk, när de pratar om olika saker, om dagis till exempel. För jag *kan inte* turerna. Jag får mer eller mindre social fobi.” *Har du någon att ringa en kväll om du behöver hjälp med Albin?* ”Ja, jag känner en kille som är en god vän och som är ’ren’. Han kan komma om det behövs. Han brukar hjälpa oss med olika saker.”

Beatrice: ”Allt det här köpte vi på samma dag (syftar på möbler, lampor etc) Vi hade mycket grejer i Uppsala som blev kvar där. Jag hoppas vi kan hämta det. Mattor är dyra och vi hade många. De pratar på socialen om boende i träningslägenhet men det är jobbigt att flytta hela tiden. Där ska man ha träningslägenhet ett år och sedan försökslägenhet ett år efter det. Det handlar om att komma in i samhället, att man ska klara att bo i en lägenhet. Om det är så att man inte kan få en egen lägenhet om man har skulder, ja, då kommer jag aldrig få en egen lägenhet. Jag har inga hyresskulder men jag har andra skulder. Även om det inte är så mycket har jag inte ekonomi att klara av dem. Det är parkeringsböter och rättegångskostnader.”

Känner du dig delaktig det samhälle du ska ut i? ”Nej, nej, nej! Jag tror man känner sig delaktig när man kommer igång och jobbar. Här känner man sig verkligen utanför. Det är så isolerat att det känns som en egen liten värld.”][”Det är svårt. Man tycker att det står missbrukare i pannan på en.” *Om jag skulle se dig med barnvagnen skulle jag inte ha en*

aning om din missbrukarbakgrund. Den syns inte. ”Men jag tycker att den syns. Som det här med mina tänder. Jag blev av med tänderna under missbruket. Heroinet frätte sönder dem. Jag tycker jag ser *jättehemsk* ut. Jag skulle ha börjat med tänderna men så blev jag gravid och fick vänta. Hela överkäken måste filas ner och hälften dras ut. Allt var klart med kostnadsförslag och planering och jag skulle få gå i Uppsala, men nu bor vi här och då måste jag börja om med allt igen. Jag är rädd för tandläkare... Jag vill tycka om mig själv igen, se bra ut. Det är också jobbigt att äta när tänderna ser ut så här, det är ett jättestort handikapp. Jag har haft det så här i två år ungefär. De sista tänderna bara föll ihop när jag var gravid, ungefär som man krossar bröd. Jag hade jättefina och starka tänder förut. När jag var 21 hade jag bara haft två hål i hela mitt liv.”*När är du glad över dig själv?* ”Att jag är bra som mamma är väl det som gör mig glad. Men utseendet gör mig inte glad. Det här med mina tänder tar jättemycket på mig. Ska man ut i det här samhället vill man inte skämmas. När det är så här vill man helst inte skratt. Men han (Benjamin) får mig glad i alla fall.”

Cecilia redogör för vikten av att ha utbildning, nätverk och en planerad ekonomi.

Cecilia: ”Det var tur att jag pluggade, att jag hann med det. Nu sist arbetade jag med handikappade. Det var rätt skoj. Jag har en ekonomisk planering, jag ska försörja mitt barn, det är inte mer med det. Att jag jobbade fram till förlossning beror också på att min kille skulle börja plugga. Vi går inte på socialbidrag utan klarar oss med föräldrapenning och hans bidrag.”

”Jag är utbildad barnskötare och arbetade fram till två veckor före förlossning. Vi bor på landet i ett litet hus som vi renoverar. Jag tycker om att ha det ordnat omkring mig och kan vara rätt petig med städningen. Min syster bor med sin familj i huset bredvid. Både min kille och jag har vuxit upp här i trakten, så vi har släktingar i närheten. Med släktingar i närheten har man det stöd man behöver. För Camilla betyder det att hon har en moster och kusiner nästgårds och mormor, morfar, farmor och farfar i närheten.” *Litar dina föräldrar på dig idag?* ”Mamma litar mer på mig nu än tidigare men är fortfarande fruktansvärt rädd. Om jag ringer henne och hon inte är hemma blir hon rädd och ringer upp mig på en gång. Låter jag lite konstig på rösten, som idag när jag är lite hes, då kan hon tro att jag tagit någonting. Pappa litar mer på mig. Han ser missbruket mera som något som varit och pratar inte så mycket om det. Trots att jag har missbrukat har jag aldrig stulit från mina föräldrar eller min syster, tagit pengar från någon eller gjort inbrott. Jag har alltid haft en nyckel till min pappa och min syster. Hade jag stulit från dem hade jag aldrig mer haft någon uppbackning.”

Ditte vill gärna lära känna andra med liknande erfarenheter.

Ditte: ”Min kille och jag bor i en träningslägenhet sedan två månader tillbaka. Det här boendet kollade vi upp själva och bokade en tid med våra socialsekreterare. Mest träffar jag en boendestödare som är jättebra och hon brukar prata med min socialsekreterare. Fast jag skulle vilja lära känna andra tjejer som har Subutex och som har barn eller är gravida. Jag funderar på att sätta upp en lapp på olika mottagningar för att se om det finns något intresse för en sådan grupp. Vi skulle kunna göra saker ihop, gå på Skansen, vara barnvakt åt varandra och laga mat tillsammans. Idag finns ingenting för oss tjejer som vill träffa varandra. De jag känner som missbrukar kan jag *inte* umgås med. Vi har ingenting gemensamt längre. På sätt och vis är det likadant med dem som aldrig har missbrukat. Det kan kännas väldigt långt till dem. Men de som har samma erfarenheter, som har missbrukat och slutat, kan komma nära varandra. Samtidigt skulle vi inte behöva prata om knarkandet. Vi skulle ju ha barnen att prata om. Den enda av mina väninnor jag umgås med är en tjej som har Subutex. Jag har två tjejkompisar som varit med mig genom allt. En har flyttat till USA där hon är gift. Det var

med henne jag åkte till Israel. Hon fick aldrig samma missbruksproblem. Och så hon som var med till Amsterdam. Hon har heller inga missbruksproblem men nu bor hon i Berlin.” *Hur tänker du dig framtiden?* ”Helt klart att inte vara beroende av socialtjänsten. Men vi känner ingen panik över att vi måste bli självständiga snabbt. Vi har det faktiskt ganska bra. Vi kan vara hemma båda två när barnet kommer, vi kan hjälpas åt.”

Emma: ”Jag funderar på att läsa in gymnasiet och söka till Socialhögskolan. Jag vill gärna arbeta med människor.” *Har du några vänner som du pratar med?* ”Det är med min kille jag pratar, och min mamma.” *Hur ser ert liv ut om tio år, tror du?* ”Gud, vet du vad jag tänkte säga? Om tio år bor jag i Thailand med två barn, är flummig på tabletter och mår bra... Nä, jag skojar! Om tio år har Evelyn en bror, hon är tio år gammal och hennes bror är åtta år. Vi bor i södra Sverige någonstans i en villa på fem rum och kök, så att vi kan ta hand om andras barn också. Jag är fortfarande förtidspensionerad medan min kille har öppnat eget för före detta narkomaner i en ålder mellan tio och 18 år. Vi ska vara en stödfamiljskontakt.”

Hepatit C en sjukdom utan behandlingsplanering

Beatrice: ”Hepatit C har jag inte sluppit. Men jag har inte hiv. Jag har inte delat spruta med någon annan än min man. Jag vet inte om det var av honom jag fick hepatit C eller om jag fick det innan jag började missbruka. Man kan få det genom samlag också.” *Finns någon behandlingsplanering?* ”Inte än så länge. Men jag har inte problem med det. Eftersom jag aldrig haft alkohol- eller tablettproblem så har mina levervärden alltid varit bra. Det är en lång behandling på två år och man kan tydligen bli väldigt sjuk under behandlingen. Ska man gå igenom det ska man inte ha småbarn.”

Ditte: *Har du några sjukdomar?* ”Ja, hepatit C som jag kanske haft tre-fyra år. Det är bara min socialsekreterare där jag bodde förut som tagit upp frågan om behandling. Ingen annan. Men då, när hon tog upp frågan hade jag inte haft tillräckligt med drogfri tid för att få börja behandlas. Mina levervärden är bra. Min kille som också har hepatit C har sämre värden, så det är mer aktuellt att prata om behandling för honom. Men ingen av oss har hiv, som tur är.”

Emma: ”Jag fick hepatit C när jag var 18. Jag har aldrig haft problem med det. Men nästa år har jag gått med det i tio år och jag har inte ens varit på efterkontroll. Jag måste ta tag i det och ställa mig i kö för behandlingen.”

Socialtjänstens utredning av barnet

Med undantag för Beatrice beskriver sig inte kvinnorna som hjälpta av barnutredningen. Om den gjorts, vill säga.

Agnes: ”Utredningen utmynnade i att jag var fullgod som förälder och att jag fick ensam vårdnad om Albin.” *Du har beskrivit ett komplicerat förhållande med den barnutredande socialsekreteraren. Hur skulle hon agerat, tycker du?* ”Det hade varit bättre om vi hade pratat tillsammans. Till exempel föreslog hon behandlingshem – men det var ingen lösning eftersom jag har Subutex (svenska behandlingshem säger nej till att komplettera sin behandling med Subutex, se s 8). Jag har verkligen inte fått någon hjälp! Vi har fortfarande ingenstans att bo om vi måste flytta härifrån. Nu har jag en ny socialsekreterare på vuxengruppen som till och med föreslagit att jag ska skriva ner allt jag varit med om och att vi skickar det till socialkonsulenterna i Stockholm för att se om allt gått rätt till. Men jag har inte orkat. Den där

socialsekreteraren sade att det var min uppgift, mitt ansvar som mamma, att lösa boende-frågan. Ändå menar jag att kommunen också har ett ansvar enligt socialtjänstlagen.”

Beatrice: ”Vi kom till ett utredningshem direkt efter förlossningen därför att de (social-tjänsten) ville titta om vi klarar av att ta hand om Benjamin. Det var bara att hon (den barnutredande socialsekreteraren) kom in som ny. Min förra hade inga sådana oroligheter. Men nu har jag det på papper, det var ingenting de klagade på. Allting var bra. Jag kunde prata om mig själv också på utredningshemmet. Det var jobbigt och pressat att vara bevakad, för man är bevakad hela tiden. Men jag tyckte personalen var *bra*, vi fick bra kontakt. Personalen försökte göra det bästa av situationen. De förstod att det var jobbigt. Vi var där i sex veckor. De tyckte att det gick så bra med Benjamin. Det känns bra att de tyckte det. Nu har jag det papperet med mig.”

Cecilia: ”Så länge det fortsätter så här, som det gjort nu, kommer det inte bli någon utredning. Jag pratar med min socialassistent (på vuxenheten).”

Ditte: ”De kanske gör några hembesök för att se om allting är bra, men utan att utreda.”

Emma: ”Det är liksom ingen utredning (om den pågående barnutredningen). Jag vet inte riktigt vad de håller på med. De har aldrig varit hemma hos oss där vi bor nu. De enda papper de kunnat gå på är de från BVC och BB och där står att jag är en bra mamma. Jag tror att den ena (barnutredande socialsekreteraren) kört fast på något sätt, sådär som man gör i alla jobb. Det är sådant som händer, att man blir trött. Den andra är mera fräsch liksom, mera ny.”

EPILOG

Agnes hörde av sig några månader efter intervjun. Hon hade fått en förturslägenhet i en annan stadsdel och var strålande glad. Efterhand har jag fått veta att hon fortsatt klara behandlingen framgångsrikt, att hon idag är verksam inom ett område som ställer krav på koncentration och kreativitet och att hon hanterar det bra.

Av en slump mötte jag Beatrice och hennes son Benjamin någon vecka efter intervjutillfället. Det var kväll och de befann sig på T-centralen i Stockholm. Beatrice var ledsen och jag frågade vad hon gjorde där med barnvagnen. Det visade sig att hon och sonen hade skrivits ut från stödboendet. Anledning var att maken hade återfallit till missbruk. Stödboendet tyckte inte då att de kunde garantera Beatrice och barnet skydd, sade hon, och därför fick de inte vara kvar. Nu hade Beatrice socialsekreterare bokat tid för ett möte hos boendestödjare med träningslägenheter följande dag. När vi skildes åt visste Beatrice inte var hon och Benjamin skulle sova under natten. Senare har jag fått veta att de blev erbjudna ett boende i träningslägenhet.

Om Cecilia har jag ingen aktuell information.

Ditte födde en liten pojke. Båda föräldrarna har framgångsrikt klarat att stanna kvar i behandling (nu i dryga två år). De lever i en vardag fylld med innehåll som ställer krav på föräldrarna och sköter det, enligt uppgift, mycket bra.

Någon månad efter intervjun med Emma återföll hon och pojkvännen till missbruk, vilket ledde till tvångsåtgärder från socialtjänsten. Det visade sig också att Emmas farhågor gällande förra maken var befogade.

ANALYS OCH DISKUSSION

Obearbetad historia och senare avvikelser som leder till ångest

Kvinnorna i min undersökning är utsatta människor som oftast vuxit upp under förhållanden där det förekommit tragiska eller traumatiserande händelser som död, separationer, missbruk och/eller psykisk sjukdom. Under uppväxten fick de inte hjälp med att bearbeta sina upplevelser, något som kan ha gett upphov till den ångest de så småningom upptäckte gick att dämpa med heroin. Den norske psykologen Magne Raundalen, som behandlar traumatiserade barn, säger att tre faktorer avgör hur ett barn tacklar svåra händelser: barnets personlighet (ett robust barn med starkt psyke är bättre rustat än ett känsligt barn), situationen som sådan och graden av hot och fara för barnet samt barnets möjligheter att få prata (Kantor, 2004). Utan möjligheten att få prata kapslas känslorna in. ”Man kan säga att tiden kommer att stå stilla i traumarummet. Konsekvensen blir dålig livskvalitet som vuxen, och en bräcklig mental hälsa.” (a a) Förutom de inkapslade uppväxthändelserna kan avvikelser under kvinnans livshistoria ha ökat på hennes ständigt närvarande smärta, som brist på utbildning, arbetslöshet, kriminalitet, ett alltför litet nätverk, prostitution, usla förhållanden med män, omhändertagna barn, svag hälsa, katastrofal tandstatus (bidrar starkt till en negativ självkänsla) och något av det värsta, hemlöshet. Det är när hon kommit till en slags gräns, en insikt om att livet måste innehålla något annat som hon bestämmer sig för att försöka sluta missbruka illegala droger som heroin. Så som jag tolkar hennes beslut handlar det om ett försök att hitta andra sätt än att med heroin eller döden hantera sin ångest. Kvinnans motiv att försöka sluta missbruka kan även ha mognat med den receptivitet som följer vid en graviditet, att det är något hon gör för barnets skull och för sin egen. Fast ångesten finns där fortfarande och hon vågar inte ta steget fullt ut om hon inte är tillförsäkrad ett substitut som fyller heroinets funktion som ångestdämpare.

Ingen gagnas av den rådande kategoriseringen

En idé som följt mig genom uppsatsskrivandet är att ”sådana som jag”, det vill säga representanter för den barnorienterade delen av socialtjänsten, ska ges en ökad förståelse för missbruk och behandling. Och det motsatta – att de som är insatta i missbruk och behandling ska ges förståelse för mor-barn-relationen och barns behov. Det kan ha resulterat i en text som, när det gäller missbruk och missbruksproblematik, kan uppfattas som trivial för de missbrukskunniga och vice versa, att anknytnings- och samspelsskildringarna är skåpmat för de barnkunniga. Men läser man ”tvärs över” kanske undersökningen kan bidra till lust att möta varandra på tröskeln och därifrån utveckla en gemensam kunskapsbank. För vad de här kvinnorna och deras barn behöver är fullödig omsorg från bägge håll. De gagnas inte av den rådande kategoriseringen.

Ställt mot samhällskostnaderna och att många missbrukare dör har jag genom hela uppsatsarbetet haft svårt att förstå varför det i den svenska missbrukarvården är så tydliga läger. För eller emot olika slags behandlingar istället för både och. Det handlar ju om en kamp för livet! Lika mycket som det borde vara i allas intresse att all behandling utvärderas (se s 11), borde det vara i allas intresse att ta lärdom av varandras (utvärderade) erfarenheter. Men jag har besökt diskussionsforum där jag inte sett tillstymmelsen till dialog, snarare retoriska upp-
rapningar, gräl och ointresse av förståelse för varandras modeller. Som om det ena måste utesluta det andra. Om en form av behandling fungerar, ja, då är det ju fantastiskt bra. *Men om den inte fungerar förstår jag inte varför man håller fast vid tron att den gör det.* Något jag anser man gör om man tio gånger i följd skickar en omotiverad opiatmissbrukare på tolvstegs-

behandling (se s 46)! Frågan är om en sådan handläggning rättfärdigas av att det handlar om en tro, eftersom en tro inte kan vara föremål för en vetenskaplig argumentation? Därmed inte sagt att tolvstegsbehandling inte fungerar. Vad jag menar är att det av allt att döma inte fungerar för alla. Samtidigt måste jag tillstå att jag också besökt diskussionsforum där viljan varit god och öronen öppna för förslag om hur man kan hjälpa människor bort från missbruket. Kategoriseringen stämmer heller inte riktigt med vad forskaren Jan Blomqvist kommit fram till, att de flesta som på något sätt yrkesmässigt sysslar med frågan bekänner sig till ett multifaktoriellt eller biopsykosocialt perspektiv (Blomqvist, 2004, s 34 ff). Ett tankemässigt utrymme för flera tänkbara förklaringar till varför missbruk uppkommer bör ju ha ökat och inte inhägnat spelrummet för olika idéer om hur problemet kan övervinnas, tänker jag.

Föreskrifter ställer krav på en samordning som inte alltid finns

Att läkarnas fria förskrivning av Subutex upphörde i augusti 2004 (SOSFS 2004:8) var ett genombrott för tryggare behandling av kvinnorna. Nu måste den förskrivande läkaren ha missbrukskompetens. Med Socialstyrelsens föreskrifter kom även kravet på samordning mellan den medicinska missbrukarvården och socialtjänsten (a a, 2 kap 2 §). Men det är den förskrivande läkaren som bedömer. ”Vid bedömningen skall läkaren ha en helhetssyn på patientens missbruk samt dennes hälsotillstånd och sociala situation. Bedömningen skall göras efter en personlig undersökning av patienten och i samråd med kommunens socialtjänst.” (a a, 4 kap 1 §) Att fundera över, tänker jag, är om begreppen ”helhetssyn” och ”social situation” har samma innebörd för den bedömande läkaren som för den missbruksutredande socialsekreteraren (som ska ha läkarens patient som klient).

Under materialinsamlingen har jag flera gånger stött på informationen att socialtjänsten inte alltid inleder utredning när Subutensexponerade barn föds. Enligt 11 kapitlet 1 § socialtjänstlagen ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Men innan utredningen sätts igång bör en bedömning göras av om de sakförhållanden som förekommit kan föranleda någon åtgärd av socialnämnden. Detta är inte helt enkelt eftersom de olika instanser kvinnan har kontakt med, som kvinna med en missbruksproblematik och som mamma med barn, sällan samverkar. Socialsekreterare Kicki Hofling exemplifierar med att hon som barnutredare flera gånger av behandlare undanhållits information om mammors återfall till missbruk, något som givetvis påverkat barnens situation. Det motsatta gäller också. Barnutredande socialsekreterare har inte alltid förståelse för Subutextets lindrande roll för mamman. Att, som Agnes, bli erbjuden plats på ett behandlingshem som säger nej till Subutex utgör ett exempel på detta. Abstinensskräck kan då skapa stor oro i en tid där den för barnet och mamman så viktiga anknytnings- och samspelesprocessen helst ska vara så ostörd som möjligt.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande ”läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende” [opiatmissbruk] anger visserligen att den medicinska missbrukarvårdens verksamhet ska samordnas med kommunens socialtjänst (SOSFS 2004:8 2 kap 2 §). Men föreskrifterna specificerar inte vilken eller vilka delar av socialtjänsten – och sett ur ett barnperspektiv kan det vara mycket olyckligt. Det kan inte nog betonas hur betydelsefullt det är att den medicinska missbrukarvårdens samverkan med socialtjänsten sker med *alla* delarna inom socialtjänsten, med dem som kan mor-barn-frågor likaväl som med dem som kan missbruk och behandling. Brister det där finns en risk att uppmärksamheten på barnet går förlorad. Den otrygga anknytning och bristande omsorg mamman nästan utan undantag själv varit med om kan ha ruckat på hennes förståelse för vad barn behöver eller på hennes självkänsla beträffande sin förmåga att kunna ge sådan omsorg. Mamman kan till exempel

vara i behov av kognitiv hjälp med samspelet till sitt barn. Att det kräver ögon som kan se förtydligas av barnexperten Barbro Hindberg när hon skriver att det är svårt att upptäcka något som inte fungerar i anknytning och samspel ”om inte föräldrarna har uppenbara problem som påverkar deras kommunikationsförmåga” (Hindberg, 2004, s 20). Barbro Hindberg menar att det är mycket som ryms inom normalutvecklingen och att gränsen till ”det som kan betraktas som avvikande utveckling” ofta är diffus. ”Dessutom är symtom på psykisk ohälsa ovanliga hos små barn. Utan närmare kontakt med mor och barn kan man sällan avgöra om avvikelsen egentligen ryms inom normalspektrat...” (a a).

Specialistbarnavård saknas men behövs

När det gäller barnhälsovården, BVC, säger kuratorerna Gunilla Cardell och Eva Heiwe vid Familjesociala mottagningen (som är en specialistmödravård) att man inte kan förvänta sig, eller ens begära, att vanliga BVC-sjuksköterskor ska ha förståelse för missbruksproblematiken (se s 38). De önskar att det fanns en fortsättning på specialistmödravården – en specialistbarnavård. Som jag ser det skulle en potentiell modell kunna vara utformad ungefär som Ambulatoriegruppen i Malmö. Det är ett samarbetsprojekt mellan kommun och landsting som vänder sig till gravida med missbruksproblem. Där arbetar barnmorskor, socialsekreterare, sjuksköterskor från barnhälsovård och avgiftning, gynekologer, barnläkare, alkohol-läkare och kuratorer tillsammans för det gemensamma målet att hjälpa mammor till en missbruksfri graviditet och förändring som på sikt möjliggör ett gott föräldraskap. Kvinnan får stöd i hela sin livssituation. Inte bara de blivande mammorna får hjälp, även behandlare och socialsekreterare som möter gravida missbrukare kan erbjudas stöd och handledning (Björkhagen Turesson, 2001). Men ska en sådan verksamhet etableras är det en uppgift för inblandade intressenter att framhärda och förtydliga behoven för våra landstings- och kommunalpolitiker. Som det ser ut idag skulle man kunna säga att barnperspektivet finns på sina håll (där det finns en specialistmödravård) innan barnen föds men mer summariskt efteråt – trots att lagstiftningen är undermålig gällande ofödda barns rätt men fullt tydlig gällande födda barns rätt.

Att hjälpa kvinnorna är att ta ett samhälleligt ansvar för deras barn

När barnet är fött är kvinnan, som nu blivit mamma, kanske med om något hon inte upplevt under många år. Hon *behövs*. Till hundra procent fyller hon en funktion. Hon är mamma. Hon är kvinna. Subutexet hjälper henne att vara piggare än hon var med heroinet. Hon känner sig starkare och upplever glädjen i att bli bemött annorlunda. Det är erfarenheter jag tror kan hjälpa henne framåt, som kan få henne att klara de svårigheter hon troligtvis ställs inför och som vanliga mammor sällan behöver uppleva – som att ensam påbörja föräldraskapet, att inte ha ett arbete att återvända till efter föräldraledigheten, att behöva undvika vissa människor och platser, att inte veta vem hon kan ringa om barnet insjuknar eller att inte veta var hon och barnet ska bo nästa vecka.

Barnen är inte föremål för min undersökning men har en framträdande roll. Det är för deras skull och för sin egen skull som deras mammor behöver lämna drogsenen. Att inte rätt bry sig om kvinnorna är att inte ta ett samhälleligt ansvar för deras barn. Inte bara kvinnorna drabbas av ständiga uppbrott och flyttningar, barnen drabbas också. När kvinnorna uttrycker önskemål att få prata och bearbeta vad de varit med om är det deras barn som får leva med existentiella smärta kvinnorna bär omkring på när de inte får prata. Alla är inte så lyckligt lottade att de är rustade att träda in i föräldrarollen när de får barn. Har kvinnan i sin kappsäck en djup och obearbetad problematik kan barnets grundläggande utveckling ställas på spel. Det

kan bidra till en kris i relationsskapandet som äventyrar barnets grund för att gå vidare. Om barnets mamma inte är psykiskt närvarande och barnet inte har kontinuerliga andra vuxna att knyta an till, försämras barnets förutsättningar och barnet blir en bärare av det sociala arvet. Då kan barnets resa mot vuxenlivet komma att kantas av specialklasser och remisser till barn- och ungdomspsykiatri för vidare transport in i vuxenpsykiatri. Vad det lilla barnet är med om – eller inte är med om – gömmer sig som minnen för att väckas till liv när hon själv blir förälder. Hoppfullt i sammanhanget är dock att forskningen visar att barn för det mesta har en förmåga att hämta in det de behöver men inte har haft tillgång till. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att barn inte klarar hur stora påfrestningar som helst. För barnens skull är det således angeläget att erbjuda deras mammor behandling som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet kompletterat med ytterligare stöd, som föräldrastöd. Det i sin tur ställer kunskapskrav på dem som ska ge behandlingen och stödet; förståelse för missbruksproblematiken och mor-barn-relationen.

Den som är utsatt blir inte hjälpt av att upptäcka misstänksamhet och positionering hos dem som ska ge hjälpen. Det gäller alltså att förstå vad man behöver kunna och hur de yrkesöverskridande relationerna skulle kunna se ut. Jag tänker särskilt på två av de intervjuade kvinnorna som uppger att de från behandlare ”hade hört” att barnen skulle tas ifrån dem i samband med förlossningen. Oavsett om det var sagt eller inte, om det var ett missförstånd, skulle en sådan situation knappast uppstå i en gemensam professionell arena. Konsekvenserna blev en grundmurad misstänksamhet gentemot socialtjänsten samt att den prenatala anknytningen stördes. Att som gravid förtränga att man ska bli mamma förkortar förberedelsetiden till inträdandet i föräldrarollen. Än viktigare är samsynen när barnet har fötts. Det banar väg för tidigare upptäckter och insatser, vilket är samhällsekonomiskt lönsamt. I min vision om bästa möjliga hjälp ingår även ett levande samarbete med psykiatri. De fem intervjuade kvinnorna anser alla att det är viktigt att få prata, men bara en har tillgång till psykoterapi. Och de vill tillfrågas om sina synpunkter beträffande behandlingen! Med Subutex känner de sig ”normala” och det är precis vad de vill. De vill vara vanliga, de vill vara mammor och de vill inte att deras barn ska fara illa. Att känna sig snygg ”på utansidan” beskrivs som oerhört viktigt för att våga steget in i samhället igen. Med sönderfrätta eller tappade tänder är det besvärligt att visa sig bland folk (vem klarar att gå på en anställningsintervju utan tänder?). Men tandvård tycks inte vara en prioriterad kostnad för den här gruppen av kvinnor, trots ett skriande behov.

Känner sig i underläge och anser behandlingskraven för stränga

Som Subutexpatienter känner sig kvinnorna i undersökningen i underläge. De har mycket att förlora på att bli utkastade ur programmet (sitt föräldraskap) och anser kriterierna alldeles för stränga. De har inte särskilt stort förtroende för socialtjänstens barnutredare men förstår att missbruk och föräldraskap inte går ihop och varför barnutredningar görs. I mångt och mycket stämmer kvinnornas beskrivningar med de fyra professionella aktörernas uppfattningar om deras situation. Som exempel säger ett par av kvinnorna, precis som de professionella, att det hade hjälpt dem att vara ifrån missbruket lite längre tid innan de blev gravida. Men medan de professionella ger uttryck för att kvinnorna inte så gärna vill prata, säger kvinnorna något annat: ”Subutex är en bra hjälp, men det är inte som vissa säger, som en tjej inne på avgiftningen, att ’bara jag får Subutex så kan jag vara drogfri, då klarar jag mig’. Det gör man *inte!* Man måste själv jobba för det, mot drogsuget. Man kan inte bara få Subutex och sedan sitta hemma och tycka att man nu kan vara drogfri resten av livet. Man måste bygga upp en tillvaro runtom också. Annars återfaller man.” (se s 49) ”Det är *visst* så att man vill prata, men det måste vara med någon som klarar sitt uppdrag.” (se s 64)

Viktigt för kvinnorna är också att få känna att de vågar prata, att de vågar säga att drogsuget finns där: ”Jag har frågat om jag skulle kunna berätta för dem att jag tagit bens (bensodiazepiner, lugnande medel) en gång och är jätterädd att göra om det, att jag mår dåligt och behöver hjälp. Men det låter på dem som om de måste rapportera en sådan sak till mitt Subutexteam. Och då åker jag ut! Därför skulle jag *aldrig* säga det.” (se s 51) Att känna sig trygg med den pratar med är också viktigt: ”Hon, BVC-sköterskan, vet ingenting om vår situation. Då sitter jag i en ny situation igen. Hur ser hon på mig? Vad tänker de om mig? Jag måste börja förklara igen. Det är otroligt jobbigt.” (se s 61)

Genom att få Subutex kan kvinnan uppleva att hennes problem tas på allvar

Att Subutex som preparat är så pass ifrågasatt att det på sina håll inte ens övervägs som behandlingsalternativ gör att Subutex ihop med föräldraskap måste betraktas som en lokal företeelse. Och där det ges underhållsbehandling med Subutex kan omständigheterna skilja ganska mycket, något som i sin tur skapar olika förutsättningar för inträdandet i föräldrollen. Slipper mamman den destruktiva jakten på illegala droger som heroin har hon möjlighet att ge sig in i det nödvändiga bearbetandet av sin historia, men också ork att kunna söka arbete eller börja studera. Lika nödvändigt är att hon ges föräldrastöd. Har hon inte själv fått tillräcklig omsorg och saknar positiva modeller för hur en mamma ska vara klarar hon inte det vardagliga uppbyggandet av sitt barns identitet (Berg Brodén, 1997, s 374). Genom att hon får underhållsbehandling med Subutex kan hon uppleva att hennes problem och hennes önsknings tas på allvar. Och längre fram, som någon som inte längre är avvikande (en kvinna och mamma bland andra), kan måhända en utsättningsdiskussion bli möjlig. Cecilia, som har en nedtrappningsplan med sin läkare, illustrerar vad jag försöker förklara: ”Bara känslan nu, när jag varit drogfri så här pass länge... Alltså, folk tittar på mig på ett annat sätt! Jag har fått tillbaka självförtroendet. Jag bemöts på ett annat sätt.” (se s 50) Subutex gränsar henne på så sätt att hon ingår i ett system med kontroll (tablettintag på en mottagning, urinprovet etc) och utgör ett stöd när hon ska möta det som är svårt. *Med Subutex kan hon använda mer av sin energi till att finna andra sätt än att med illegala droger som heroin hantera sin ångest.*

Mammor som nyligen avslutat ett missbruk behöver vård dygnet runt

Spädbarnsexperten Margareta Brodén menar att mammor med en missbruksproblematik är en speciellt sårbar grupp i samband med barnafödande och att mammor som nyligen avslutat sitt missbruk behöver vård dygnet runt. Hjälp några timmar om dagen är inte tillräckligt. Dygnsvård behövs också för att ge trygghet åt barnet. ”Dessa mödrar behöver stöd under lång tid. Det finns inte några snabba kurer eller genvägar förbi den mognadsprocess som dessa kvinnor måste gå igenom för att kunna fungera i modersrollen.” (Berg Brodén, 1997, s 374) Våra Stockholmspolitiker är dock av en annan uppfattning. När de 2005 förklarade nedläggningen av stadens enda familjebehandlingshem som kompletterade sin behandling med Subutex (Lida Familjebehandling), sade de att öppenvård och vård i hemmiljön räcker, att det är ”modernare behandlingsalternativ”. Då glömde de att det var insatser som redan hade prövats innan familjerna skrevs in på Lida. Jag tror att mammor utan dygnsvård kan få ett gott föräldrastöd och bra behandling. Men det kan lika gärna vara så att de inte får det. Det i sin tur beror på att den omsorg som ges inte självklart bygger på ett gemensamt evidensbaserat förhållningssätt, något som heller inte är helt enkelt att få till. Forskaren Anders Bergmark (se s 11) beskriver som exempel den svenska missbrukarvården som ”fragmentiserad” och ”delvis ideologiserad” samtidigt som ”en hel del medicinsk vård (på oklara eller lösa grunder) tenderar att framställa sig själv som överlägsen de insatser som socialtjänsten erbjuder” (Bergmark, 2004).

Stärkande ha någon att ringa

Att ha någon att få ringa till när som helst, oavsett vad som hänt, någon som står kvar, beskrivs genomgående som stärkande av de intervjuade kvinnorna i uppsatsen. Viktiga personer som omnämns är kontaktpersoner från frivård och behandling, barnmorskor och socialsekreterare. Vad de beskriver stämmer med Charles H Cooleys (1922) sociala interaktionsteori (Goldberg, 2000, s 24, Kristiansen, 2000, s 15) att individens handlingar, identitet och livsstil skapas och omskapas i interaktion med andra människor. När Ted Goldberg skriver att det som avgör hur människan faktiskt kommer att använda droger är summan av hennes sociala relationer är min tolkning att det också kan betyda att det som avgör hur människan *inte* kommer att använda droger är summan av hennes sociala relationer.

För de intervjuade kvinnorna är det samhälle de ska in i många gånger en okänd värld. De har inte varit en del av kvinnokollektivet och nu står det där och pockar på. Som för Agnes när hon berättar om känslan hon har i mötet med mammorna på öppna förskolan: ”Jag får tunghäfta när jag är ute bland folk, när de pratar om olika saker, om dagis till exempel. För jag *kan inte* turerna. Jag får mer eller mindre social fobi.” Trots svårigheten tar hon sig modigt till öppna förskolan igen och igen. Hon ser sonens glädje i mötet med andra barn. På köpet är hon med om att hon faktiskt klarar mötet med kvinnokollektivet även om det ibland får henne att känna sig som i ett gungfly. Men hon klarar det. Längre fram växer det till en självtillit som hjälper henne att söka arbete eller att börja studera. Summan av de sociala relationerna hjälper henne i avslutandet av missbrukskarriären och i inträdandet i föräldrarollen. Idén att missbruka illegala droger som heroin har inte längre förankring i hennes livssituation.

Då jag känner till att det gått bra för Agnes är jag alltså benägen att hålla med Ted Goldberg när han skriver att intag av legala droger kan fylla flera positiva funktioner. Det minskar destruktiviteten ”som är en oundviklig del i livet på drogscenen. Detta reducerar antalet negativa reaktioner från andra vilket i sin tur möjliggör en justering av självbilden i positiv riktning” (Goldberg, 2000, s 26 ff).

Det händer att gravida opiatmissbrukande kvinnor klarar att överge heroinet utan att ersätta det med ett substitut. Andra klarar det inte. Står valet mellan ett reglerat opiatmissbruk eller ett kontrollerat intag av Subutex alternativt metadon är, ur barnläkarsynpunkt, Subutex att föredra. Barnet ges då en snällare livsstart. För förståelse för varför det inte bara är att avbryta en underhållsbehandling med Subutex eller metadon och sätta in mamman i ett annat drogfritt behandlingssammanhang kan man välja att ta till sig uppfattningen att somliga människor inte är beredda att helt avstå från opiater. Subutexet ska alltså inte ses som en bot utan som något som håller symtomen i schack. Förståelsen kan sedan utvecklas till funderingar över vad det var som fick mamman att en gång föredra opiater istället för att förkasta dem.

Viktigt ta reda på hur barnens hjärnor påverkas

Den medicinska information som finns idag kring de svenska barnen är att de hittills inte uppvisat några somatiska avvikelser. Barnläkaren Ihsan Sarman har påbörjat en femårsstudie av Stockholmsbarnen (som i december 2004 var 33 till antalet). En utvärdering om informationen kring barnen kan, med hänvisning till barnens ålder, påbörjas tidigast år 2006. Våren 2003 berättade Ihsan Sarman följande när jag träffade honom för att fråga om Subutexpoering på barn: ”Jag har material sedan sex år tillbaka på heroin- och metadon-exponerade barn som jag följer upp. Barnen är sex, sju år gamla idag. När jag tänker på dem är valet tveklöst buprenorfin (Subutex) om valet står mellan buprenorfin, metadon eller

heroinmissbruk. När det gäller metadonexponerade barn vet vi hur det går. De är inte missbildade och får inte ett beroende [missbruk] senare i vuxenlivet. Däremot får de som grupp betraktat en ökad överaktivitet, de får symtom. Många andra faktorer påverkar också, det vet man till exempel i USA. Det handlar om den sociala miljön, uppväxtmiljön, att det sociala nätverket inte finns. Jag skulle önska en *väldig kontroll* där det skulle ingå en psykologisk bedömning, klassisk eller avancerad. Det är viktigt att ta reda på om det finns något i buprenorfinet som påverkar hjärnans kognitiva och perceptionella funktioner, om koncentrationen och organisationsförmågan påverkas. Ger till exempel buprenorfin eller metadon en sådan avvikelse som adhd-barnen har? För dem kommer impulser de inte kan ta in. De kan inte organisera impulserna och det spelar ingen roll hur mycket man tjarar eller strukturerar om det. Barnen klarar det inte därför att hjärnan av olika anledningar inte fungerar. Det är en oerhört viktig uppgift att ta reda på om buprenorfinet och metadonet kan ge sådana avvikelser. Österrikarna och fransmännen gör sina undersökningar. Vi måste göra våra. Här finns en annan social struktur som också har betydelse.

I december 2004 berättade Ihsan Sarman om en viss tendens till överaktivitet: ”Barnen (som nu är tre år gamla) växer somatiskt normalt och är friska. Jag kan däremot inte kategoriskt säkert yttra mig om deras beteendeutveckling. Det finns en viss tendens till överaktivitet hos en del barn, men jag behöver en längre tidsobservation för att komma med besked om detta, vilket planeras.”

Om barnens utveckling har även boendestödjaren och behandlaren Ewa Brändholm, Emea-gruppen, synpunkter. Vid tidpunkten för vårt samtal har hon följt tjugotalet boendemammor med en missbruksproblematik och deras barn. Fem av dessa kvinnor underhållsbehandlades med Subutex. ”Sammanfattningsvis kan sägas att vi, under de två första åren som vi följt dessa barn, inte kan se någon skillnad i utvecklingshänseende vad gäller barnen till ’Subutex-mammorna’ och de övriga barnen i vårt boende.”

SLUTSATS

Om socialnämndens bedömning att inte inleda utredning enligt 11 kapitlet 1 § socialtjänstlagen är grundat i förvisning om att mammans delaktighet i Subutexunderhållsbehandling räcker för att trygga barnet – att det är något man vet därför att det finns ett levande samarbete mellan de olika aktörerna kring mamman och barnet samt insikter om varandras verksamhetsområden – finns inget att erinra. Men om det är ett beslut grundat på okunnighet om mammans problematik måste det till en kunskapsrevidering och en vilja till samagerande, annars riskerar barnet att fara illa. De fyra professionella aktörernas beskrivningar av mammornas utsatthet och behov ger en föraning om att så kan vara fallet. Genomgående påtalar de bristen på samverkan mellan de olika aktörerna kring mamman och att det brister i kunskaper om varandras verksamhetsområden, att barnutredare kan för lite om missbruk medan vuxenutredare och behandlare glömmer barnperspektivet. Det är således inte självklart att behandlare och vuxenutredande socialsekreterare uppfattar barnutredande socialsekreterare som samarbetspartners och vice versa.

Medan mammorna berättar att BVC-sjuksköterskorna de har kontakt med ofta inte känner till deras missbrukshistoria säger de fyra professionella att det mammorna och deras barn behöver är en specialistbarnavård, en fortsättning på den specialistmödravård mammorna besökt som gravida. En tät tvärprofessionell uppbackning skulle trygga inte bara barnet utan också mamman. Det skulle även bana väg för förståelse över yrkesgränserna.

Den föreskrivande läkaren har alla möjligheter att ombesörja att samordning sker med både missbruks- och barn/familjeinsatta socialsekreterare i och med sitt ansvar för att en vårdplan ska upprättas i samråd med patienten och kommunens socialtjänst (SOSFS 2004:8 4 kap 6 §). Barnets rätt till en tryggad situation skulle dock vara mer uttalad med hjälp av föreskrifter.

Genom nedläggningen 2005 av Stockholms enda familjebehandlingshem som kompletterade sin behandling med Subutex (Lida Familjebehandlingshem) försvann möjligheterna att ge behandling när öppenvårdsinsatser och vård i hemmiljön inte räcker till. Detta går stick i stäv med uppfattningen att nyblivna mammor med en missbruksproblematik behöver dygnsvård, att öppenvård några timmar om dagen inte hjälper och att dygnsvård behövs också för att ge trygghet åt barnet (Berg Brodén, 1997, s 374).

Fyra professionella aktörer om gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex

- Kvinnorna är ensamma i föräldrarollen. Det är inte ett delat föräldraskap. Papporna är opiatmissbrukare.
- Kvinnorna är *inte* drogfria. Subutexunderhållsbehandling är en krycka och det som är bra är att den ger konsekvenser. Vid återfall ökar kontrollen. Subutex ihop med psykosocial behandling, planering med innehåll, föräldrastöd och ett tryggt boende är bra behandling. Att bara hämta Subutextabletter och lämna urinprover är *inte* behandling.
- Återfall förekommer, både före och efter förlossning.
- Kvinnorna har kvar sin missbruksidentitet. De har en obearbetad historia och en obearbetad kvinnoidentitet. De dröjer längre än andra med en missbruksproblematik innan de tar tag i sin historia och anledningarna till att de en gång började missbruka.
- Kvinnorna hade varit mer hjälpta in i föräldrarollen om de hade varit missbruksfria en längre tid innan de blev gravida. Att de ersätter heroin med Subutex betyder inte att de självlärt erövrar ett bra föräldraskap. Det är svårt att förbereda kvinnorna inför föräldraskapet då de är så upptagna sig själva, av sina egna processer.
- I det stora förändringsarbetet mot ett missbruksfritt liv bygger man upp ett nytt socialt nätverk men det har de här kvinnorna inte hunnit göra. Deras nätverk består mest av professionella kontakter. Det är angeläget att stärka nätverket kring kvinnorna med vanliga människor, som kontaktpersoner och kontaktfamiljer.
- Utredningshem finns och behövs. Dygnsvård kan behövas.
- Det räcker inte att utreda barnen de tre-fyra första månaderna när allting är ”lyckligt”. Redan från början behövs en långsiktig insats, det kommande året eller åren. Dilemmat när man utreder barnen är att man ser det tidiga goda omhändertagandet och sedan slutar titta, medan man kanske egentligen skulle behöva ge någon form av långsiktig föräldrastöd. Möjligen bidrar Subutexunderhållsbehandling till en slags flathet hos socialtjänsten. En del socialsekreterare reagerar som kvinnorna. Plötsligt finns inga problem för det ser ”så bra” ut.
- Det räcker inte med den uppmärksamhet kvinnorna får på BVC. I den allmänna barnavården möts kvinnorna ofta av okunskap om Subutex men också av misstänksamhet. Man kan inte förvänta sig att vanliga BVC-sjuksköterskor ska ha kunskaper om kvinnornas missbruksproblematik. Men kvinnorna behöver någonstans (en specialistbarnavård) där de kan prata öppet om sin föräldraroll och då med någon som har förståelse för deras missbrukshistoria samtidigt som barnet skulle uppmärksammas. *Utan ett långsiktigt stöd kommer barnen att fara illa.*

- Kvinnorna är extra belastade och skulle vara hjälpta av att det knöts ett tätt, tvärprofessionellt nätverk kring dem. De måste få slippa ringa runt när de blir oroliga. Det är olyckligt att det idag inte finns en given koppling mellan de olika aktörerna kring kvinnorna, det vill säga de som kan mor-och-barn-frågor och de som kan missbruk och behandling (trots Socialstyrelsens föreskrifter som anger samordning mellan den medicinska missbrukarvården och kommunens socialtjänst, SOSFS 2004:8 2 kap 2 §). Kvinnorna behöver veta att de professionella aktörerna *accepterar och förstår* varandras verksamhetsområden, annars uppstår en osäkerhet hos kvinnorna.
- Även om relationer inte skapas så snabbt – och särskilt inte med de här kvinnorna – kan det gå. Men det går knappast om man som barnutredande socialsekreterare kommer in bara några veckor innan barnet ska födas.

Fem gravida kvinnor och mammor som underhållsbehandlas med Subutex

Exempel på variabler hos kvinnorna under barndom och uppväxt	Agnes 32 år	Beatrice 32 år	Cecilia 27 år	Ditte 26 år	Emma 27 år
Förträngda minnen från uppväxten. "Minns knappt." "Minns bara slagsmål och bråk."	x		x		x
Psykisk sjukdom eller psykisk problematik hos förälder (t ex depression) och / eller alkoholmissbruk hos förälder	x	x	x	x	
Själv mord hos förälder		x		x	
Upplevelse av att inte ha varit ett önskat och / eller älskat barn	x		x		x
Klarat sig själv från tidig ålder (självförsörjande)	x	x	x		x
Upplevelse av att som barn inte ha fått hjälp, att problemen har stannat i familjen	x		x	x	
Tidig drogdebut, 11-14 år	x		x	x	x
Misshandlad som barn / tonårssuppgörelser med mamma där slagsmål ingått	x		x		
Började tidigt hålla sig borta från hemmet och / eller flyttade hemifrån tidigt	x	x	x	x	x
Enbart grundskoleutbildning	x	x		x	x

Exempel på variabler hos kvinnorna under åren som opiatmissbrukare	Agnes	Beatrice	Cecilia	Ditte	Emma
Upplevelse av heroinet: "Jag fungerar som en vanlig människa." Sorg- och smärtdämpare. "Jag uppnår ett lugn."	x	x	x	x	x
Omedelbar förälskelse i heroinet. "Jag hittade det jag behövde."	x	x	x	x	
Annat missbruk förutom heroinet (t ex alkohol, amfetamin, Rohypnol, kokain)	x		x	x	x
S k självmedicinering med illegalt inskaffade opiatpreparat som Subutex, metadon, Temgesic	x		x	x	
Omfattande erfarenheter av tidigare behandlingar, i regel s k tolvstegsbehandlingar	x	x	x	x	x

LVU, LVM		x	x	x	x
Dömd för brott	x	x		x	x
Avtjänande av fängelsestraff		x		x	x
Prostitution	x			Sålt mig på andra sätt	x
Snävt socialt nätverk, nästan bara andra missbrukare	x	x	x	x	x
Löneanställning	x	x	x		
Misshandlad av pojkvän / make	x	x	x		x
Dålig eller ingen kontakt med förälder / föräldrar	x	x	x	x	x
Förlust av bostad	x	x	x	x	x

Exempel på variabler hos kvinnorna under pågående Subutexunderhållsbehandling	Agnes	Beatrice	Cecilia	Ditte	Emma
Har inte tillgång till, men uttrycker stor önskan om samtalsterapi för att bearbeta svåra erfarenheter	x			x	
Har tillgång till samtalsterapi. "Det behövs."					x
Säger att det är viktigt att "få prata"	x	x	x	x	x
Bor i stödboende / träningslägenhet / med osäkert andrahandskontrakt (otryggt boende)	x	x		x	
Bor i egen bostad			x		x
Uppfattar Subutex som en förutsättning för att stå emot missbruk av illegala droger som heroin	x	x	x	x	x
Tror inte Subutex solitärt hjälper mot missbruket. "Det behövs mer" (d v s annat stöd)	x	x	x	x	x
Har kontakt med ursprungsfamiljen	x		x	x	x
Snävt socialt nätverk utanför familjen, nästan bara andra före detta missbrukare	x	x	x	x	x
Bärare av hepatit C virus	x	x	x	x	x
Har inget eller dåligt förtroende för socialtjänstens barn- och familjeutredare	x	x	x	?	x
Uppfattar sin pojkvän som bästa stödet			x		x
Uppfattar <i>inte</i> inom överskådlig framtid drogfrihet (Subutexfrihet) som ett möjligt alternativ (kanske senare, när livet börjar stabiliseras)	x	x	x	x	x
Känner sig som en "normal människa" (inte påverkad) med Subutex	x	x	x	x	x
Har trasiga eller förlorade tänder (påverkar självbilden negativt att inte våga skratta)	x	x	x		
Oväntad graviditet	x		x	x	x
Motiverad att inte börja missbruka igen	x	x	x	x	

Missbruk / återfall hos barnets pappa	x	x			x
Upplever sig vara i underläge som Subutex-patient, att det är för lätt att bli utkastad ur programmet (stark abstinensrädsla)	x	x		x	x
Subutextdos (buprenorfingos) per dygn	32 mg	24 mg	8 mg	12 mg	24 mg
Tror inte på att Subutex lagrar sig (duration, varaktighet) så länge som läkarna säger			x	x	?
Känner sig hjälpt av tidigare behandlingar (som ofta varit tolvstegsbehandlingar)		x		x	
Missbruk / återfall under graviditet	x	x	x		x

Exempel på variabler hos kvinnorna efter att barnet har fötts	Agnes	Beatrice	Cecilia	Ditte	Emma
Beskriver abstinenssymtom hos barnet men är osäker på om det var abstinens	x	x			
Beskriver abstinenssymtom hos barnet och är säker på att det var abstinens			Barnet behandlat med morfin	Förväntar sig abstinens	x
Orolig över att barnet i en framtid kan "känna igen" att det varit exponerat för opiater och "gå igång" på det, exempelvis vid sjukvård	x		x	x	x
Barnutredning har inletts / gjorts	x	På utredningshem		Tror inte det blir utredning	x
BVC-sjuksköterska införstådd i kvinnans missbrukshistoria	x	x		Har inte fött	
Besöker öppna förskolan med barnet	Tre gånger i veckan			Föreställer sig inte gå dit	
Skulle mycket gärna vilja träffa andra mammor och barn i en liknande situation (mammagrupp)	x	x		x	x
Träffar missbrukskunnig barnläkare	x			Planerar för det	
Missbruk / återfall hos barnets pappa	x	x			x
Oro under BB-vistelsen över att inte ha ett ordnat boende efter tiden på BB	x	x			x
Hade under graviditeten hört från behandlare / kontaktperson att socialtjänsten planerade att ta barnet efter förlossningen (mycket stor oro)	x				x
Flera flyttningar / uppbrott	x	x			x
Har lätt för att beskriva barnet som en egen individ med egna behov	x	x	x	x	
Lever ihop med barnets pappa		x	x	x	x
Missbruk / återfall efter förlossning					x
Beskriver någon / några som stärkt henne i rollen som mamma, t ex barnmorska, kontaktperson, f d övervakare, socialsekreterare	x		x	x	x

SLUTORD

Utgångspunkten för denna undersökning är att människan blir den hon är i relation till andra människor. För den gravida kvinnan eller mamman som underhållsbehandlas med Subutex har det inneburit en starkt negativ självuppfattning där missbruk av illegala droger som heroin varit en hjälp bort från de negativa känslorna. Utgångspunkten är också att hon är en utsatt kvinna utan eget nätverk, att hon har en obearbetad historia, att hon inte känner sig hemma i kvinnovärlden, att hon är opiatmissbrukare och att hon inte är en kvinna som klarar en drogfri graviditet, vilket somliga opiatmissbrukare gör.

Att kvinnan får ett läkemedel som hjälper henne att hålla sig undan drogscenen har stor betydelse för förändringsarbetet eftersom ångesten lurar där fortfarande, liksom en stor rädsla för abstinens. Hon slipper vara så upptagen av att tänka på och längta efter heroin.

Med Subutex får hon bästa möjliga hjälp för inträdandet i föräldrarollen och avslutandet av missbrukarkarriären om förskrivningen omgärdas av långsiktiga och täta tvärprofessionella insatser byggda på samsyn och förståelse över verksamhetsgränserna. God hjälp är föräldrastöd (exempelvis familjepedagoger i hemmet), byggande av nätverk (mammagrupper), genuin omsorg, terapi/samtalsstöd, planering med innehåll (sysselsättning), tryggt boende, återfallsprevention och kontroll. Att hon inte uppfattas som påverkad kan leda till att omgivningens tidigare negativa responser mot hennes person tar en ny och mer positiv riktning. I ett nytt socialt samspel mår hon bättre och har större förutsättningar att ta tag i anledningarna till att hon en gång började missbruka. Under förändringsarbetet spelar substitutionspreparatet Subutex således en viktig avlastande roll.

Blir kvinnan orolig för att inte få sina tabletter i tid (eller inte alls) kan det påverka den betydelsefulla anknytnings- och samspelsprocessen med barnet.

Består behandlingen enbart av Subutetabletter och att lämna urinprover (vilket synes vara en vanlig behandlingsmodell) fortsätter hon att vara en utsatt kvinna med en obearbetad historia. I takt med barnets naturliga avskiljningsprocess och i en dunkel känsla av att åter vara avvisad hamnar hon då kanske i ett läge när hon omprövar sitt beslut att inte missbruka heroin eller andra ångestdämpande preparat.

REFERENSER

- Andersen, Tom: *Reflekterande processer: samtal och samtal om samtalen* (1994) Mareld
- Berg Brodén, Margareta: *Mor och barn i ingemansland* (1997) Almqvist & Wiksell
- Berggren, Jenny: *Mer flexibilitet efterfrågas* (2005) Situation Sthlm, nr 93
- Björkhagen Turesson, Anneli: *De fem första åren* (2001) Rapport 2001:3, FoU Skåne
- Blomquist, Clarence: *Psykiatri* (1977) Esselte studium
- Blomqvist, Jan: *Mot en bättre missbrukarvård?* (2004) Socionomen nr 3/04 temanummer
- Brodén, Margareta: *Graviditetens möjligheter. En tid då relationer skapas och utvecklas* (2004) Natur och Kultur
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN: *Drogutvecklingen i Sverige* (2004) Rapport nr 82 (sammanfattning) Fulltext: www.can.se
- Chein, I m fl (Gerard, D L, Lee, R S. Rosenfeld, E): *The road to H: Narcotics, delinquency and social policy* (1964) Basic books ink, New York
- Egerö, Marie-Anne: *Koppling mellan snabb graviditet och substitutionsbehandling med Subutex* (2002) konferensrapport
- Egerö, Marie-Anne: *Späda barn och sårbara mammor* (2004) Socionomen nr 7/04
- Elfving, Klas: *Svängning i vården av heroinister* (2004) Sundsvalls tidning den 4 okt 2004
- Fischer, Gabriele m fl: *Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine* (2000) *Addiction*, 95 (2), s 239 ff
- Fredelius, Gunilla m fl (Klein Frithiof, Patricia, Ursing, Ingrid): *Kvinnoidentitet, Dynamisk kvinnopsykologi i ett livsloppsperspektiv* (2000) Natur och Kultur
- Fugelstad, Anna, Rajs, Jovan: *Narkotika – ett livsfarligt beroende* ((1998) Nya Doxa
- Goldberg, Ted: *Narkotikan avmystifierad. Ett psykosocialt perspektiv.* (2000) Andra omarbetade upplagan, Academic Publishing of Sweden
- Jansvik, Mariah: *Ingen Subutexmottagning i Sundsvall trots behov* (2004) RFHL:s tidning Oberoende nr 2/04
- Hebb, Timothy Tore: *Ingen vet hur de jobbar* (2004) Socionomen nr 3/04 temanummer
- Hindberg, Barbro: *När omsorgen sviktar. Om barns utsatthet och samhällets ansvar* (2001) Rädda Barnen
- Hindberg, Barbro: *Att knyta an – en livsviktig uppgift* (2004) specialutgåva Socionomen feb
- Hilte, Mats: *Sociala teorier om missbruk* (2001), i red Johansson och Wirbing *Riskbruk och missbruk*, Natur och Kultur
- Hydén, Lars-Christer, Hydén, Margareta red: *Att studera berättelser: samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv* ((1997) Liber
- Johansson, Katarina, Wirbing, Peter red: *Riskbruk och missbruk* (2001) Natur och Kultur
- Kakko, Johan m fl (Dybrandt Svanborg, Kerstin, Kreek, Mary Jeanne, Heilig, Markus): *1-year retention and social funktion after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden, a randomised placebo-controlled trial* (2003) *The Lancet*, Volume 361, Issue 9358, s 662
- Kantor, Jan: *Utan samtal står tiden stilla* (2004) Dagens Nyheter den 26 oktober 2004
- Kellberg, Christina: *En dag lämnade hon helvetet* (2003) Dagens Nyheter den 2 mars 2003
- Killén, Kari: *Svikna barn. Om bristande omsorg och vårt ansvar för de utsatta barnen* (1991, 1994) Wahlström & Widstrand
- Kolfjord, Ingela: *Kvinnors drogbruk och lagbrott. Positionella och kontextuella strategier i en våldsrelaterad vardag* (2003) Bokbox Förlag
- Korpskog, Maria: *Det är inte lagen det är fel på* (2004) Socionomen nr 6/04
- Korpskog, Maria: *Uppsökande arbete* (2004) Socionomen nr 7/04
- Kristiansen, Arne: *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare* (2000) Bjurner och Bruno

Kvale, Steinar: *Den kvalitativa forskningsintervjun* (1997) Studentlitteratur, Lund

Lagerberg, Dagmar, Sundelin, Claes: *Risk och prognos i socialt arbete med barn* (2000) Gothia

Lander, Ingrid: *Flygande maran: en studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm* (2003) Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet

Lantz, Annika: *Intervjumetodik: den professionellt genomförda intervjun* (1993) Studentlitteratur

Lejuene, Claude m fl: *Withdrawal syndromes of newborns of pregnant drug abusers maintained under methodone or high-dose buprenorphine: 246 cases* (2001) Ann. Med. Interne, 152 suppl. to no 7, s 21 ff, Masson Paris

Lindqvist, Per m fl: *Ångest och depression sällan drogrelaterat* (2003) Läkartidningen nr 23/2003, volym 100, s 2080-2082

Löfgren, Bo, Nelson-Löfgren, Inger: *Alkohol. Rus. Missbruk. Behandling* (1980) Prisma

Malmström, Ulf: *Vård på lika villkor?* (2004) Socionomen nr 3/04 temanummer

Orrenius, Ann Mari, Krantz, Anna: *Om föräldrars anknytning. Hur barns problem kan förstås i ljuset av föräldrarna* (2002) Mareld

Palmkvist, Joakim: *Tredubbling av knarkdöden i Sydsverige* (2001) Sydsvenska Dagbladet den 13 februari 2001

Ramström, Jan: *Narkomani. Orsaker och behandling* (1983) Tiden/Folksam

Rosell, Sven: *Dags att börja lyssna på missbrukarna* (2004) Socionomen nr 3/04 temanr

Rosengren, Anette: *Mellan ilska och hopp. Om hemlöshet, droger och kvinnor* (2003) Carlssons i samarbete med Stadsmissionen

Socialstyrelsen: *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (2004) Föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2004:8, Socialstyrelsens föfattningssamling

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, SBU: *Behandling av Alkohol- och Narkotikaproblem* (2001) gul rapport

Trulsson, Karin: *Det är i alla fall mitt barn. En studie om att vara missbrukare och mamma* (1997) Carlssons

Uhlin Strömblad, Ameli: *Tonårsflickor och droger: Sju tonårsflickors syn på hur det är att vara tonårsflicka och deras motiv till användning av illegala droger* (2001) magisteruppsats, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Wurmser, Leon: *The hidden dimension: Psychodynamics of compulsive drug use* (1995) Jason Aronson inc., Northvale NJ

Angivna referenser i läst litteratur

Baker Miller, Jane: *En ny kvinnopsykologi* (1976) Liber

Frykholm Bo: *Vägen ut ur missbruket* (1978) Ulleråker

Parker, H, Aldridge, J, Measham, F: *Illegal leisure: The normalization of adolescent recreational drug use* (1998) Routledge, London

Winnicott, D W: *The Mother Infant Experience of Mutuality* i Anthony, E.J, Benedek, T red: *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology* (1970) Boston, Mass, Little; Brown and Company

Internettips

Använd gärna sökord som: buprethorphine, buprenorfin, Subutex, maintenance therapy, drug addiction, pregnancy, neonatal abstinence syndrome.

Användbara sökord kan också vara: Charles H Cooley: *Human Nature and the Social Order* (1922), George Mead: *Mind, Self and Society* (1934), Edwin Lemert: *Social Pathology* (1951), Howard S Becker: *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (1963).

www.can.se

www.lakemedelsvarlden.nu

www.emcdda.eu.int

Lästips

Blumer, Herbert: *Social Problems As Collective Behavior* (1971) Social Problems, volym 18
Chodorow, N: *The Reproduction of Mothering, Psychoanalysis and the Sociology of Gender* (1978) Berkely, CA; University of California Press

Clevesköld, Lars m fl: *Handläggning inom socialtjänsten* (2004) Social Norstedst Juridik

Ewerlöf, Göran, Sverne, Tor: *Barnets bästa. Om föräldrars och samhällets ansvar* (1999) Fjärde upplagan, Norstedts Juridik

Lettieri, D J, Sayers, M, Wallenstein Pearson, H (ed): *Theories on Drug Abuse, Selected Contemporary Perspectives* (1980) National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph 30, Rockville

Schlytter, Astrid: *Kvinnokroppen som text* (2000) Särtrycksserien nr 112, Socialvetenskaplig tidskrift 2000, 1-2, s 109-119, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Skårner, Anette: *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk* (2001) Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Stern, Daniel N: *Moderskapskonstellationen. En integrerad syn på psykoterapi med föräldrar och småbarn* (1996) Natur och Kultur

Stern, Daniel N: *Spädbarnets interpersonella värld: ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv* (1991) Natur och Kultur