

Ansökan om medel från Samordningsförbundet Skåne Nordost för "Maria Mödrahälsovård".

Bakom ansökan står Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne och kommunerna Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby och Östra Göinge.

Bakgrund/problembeskrivning

Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne har uppmärksammat att det finns ett antal gravida kvinnor samt partners med risk- och missbruksproblematik i nordöstra Skåne, som trots till viss del aktiva åtgärder inte fångas upp av mödravården utan fortsätter sitt riskbruk/missbruk.

Socialstyrelsen redovisar i sin rapport "Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem" sitt uppdrag, att utreda insatser till kvinnor med missbruk under graviditeten liksom fortsatta stödinsatser till familjen, samt hur tvångsvård enligt LVM tillämpas för dessa kvinnor.

I ett tillägg till detta uppdrag fick Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå hur socialtjänstens insatser bör utformas för att barn som lever i familjer med missbruksproblem skall uppmärksammas och få det stöd de behöver.

Ett av alkoholpolitikens mål, är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika under graviditeten. Det finns ingen bevisad ofarlig kvantitet alkohol för fostret under graviditeten. Kvinnor rekommenderas vara helt alkohol- och narkotikafria. Eftersom begreppet riskbruk och missbruk har en annan innebörd när det gäller gravida kvinnor har vi valt att inte avgränsa frågeställningen enbart till kvinnor med etablerat missbruk/beroende, utan försökt göra en åtskillnad mellan gravida kvinnor i allmänhet, kvinnor med förhöjd risk och kvinnor med etablerat missbruk/beroende. Preventivt folkhälsoarbete är nyckeln för att förhindra att barn föds med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika. Genom prevention kan alkohol- och drogrelaterade fosterskador förebyggas fullt ut. Det är således viktigt att säkra kontinuiteten i upplysningsarbetet riktat till hela befolkningen om riskerna med alkohol och narkotika under graviditet. Frågorna berör både män och kvinnor.

För att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet krävs också andra preventiva insatser och att dessa genomförs i ett tidigt stadium av graviditeten. Förutsättningar för ett sådant preventivt arbete är främst att mödrahälsovården kommer i kontakt med alla gravida kvinnor och att personalen på mödrahälsovården har såväl

kompetens som handlingsstrategier för att arbeta med alkohol- och drogpreventiva frågor.

Får gravida kvinnor med missbruk den vård de behöver och genomförs dessa insatser tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet?

När det gäller kvinnor med ett etablerat missbruk bedömer Socialstyrelsen, att den vård som kvinnor med missbruksproblem erbjuds inte är tillräcklig. Framförallt konstateras att arbetet med denna grupp gravida kvinnor har brister när det gäller såväl samarbete som avsaknad av fasta strukturer för samarbete, det saknas specialdestinerade resurser, långsiktighet i arbetet samt kunskap. Det är även stor regional och lokal variation på vilken vård kvinnor med missbruksproblem har att tillgå. Generellt sett framkommer dessutom att den vård som dessa kvinnor får i de flesta fall ges sent i graviditeten.

När det gäller arbetet med olika utsatta grupper har brister i samverkan mellan olika aktörer påtalats i decennier. Detta verkar även gälla samverkan kring gravida kvinnor med risk- och missbruksproblematik, trots att samverkansfrågorna är centrala för att denna grupp ska få stöd. Grunden för samverkan är styrning och struktur, men också samsyn.

Det behövs ett differentierat vårdutbud inom såväl öppenvården som frivillig institutionsvård för kvinnor med olika grad av riskbruk/missbruk och olika familjeförhållanden. Gravida kvinnor med ett etablerat riskbruk/missbruk och deras barn behöver mer stöd än vad mödra- och barnhälsovården och socialtjänsten vanligtvis erbjuder. I de fall där arbetet med gravida kvinnor med riskbruk/missbruk och deras barn ses som en prioriterad grupp har mödra- och barnhälsovården och socialtjänst, inom befintliga ramar, kunnat omdisponera resurser och förändra arbetssättet för att möta dessa kvinnors och barns behov. Vad som är möjligt att åstadkomma inom befintliga ramar avgörs bäst lokalt/regionalt, men det krävs att huvudmännen uppmärksammar gruppens specifika behov. Arbetet med gravida risk- och missbrukare kräver ett långsiktigt och nära samarbete inom såväl hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter, som mellan berörda huvudmän. Detta arbete bör, enligt Socialstyrelsen, generellt förbättras. För att kunna erbjuda ett kvalificerat stöd till dessa kvinnor (och till deras partners) krävs också att det sker en betydande höjning av kunskapsnivån vad gäller beroendeproblematik inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter. För att nå ambitionen om att kunna erbjuda kvinnor med risk- och missbruksproblem den vård de behöver och tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet krävs bl.a.:

Att regionala riktlinjer/program för ett likvärdigt omhändertagande av gravida kvinnor med riskbruk/missbruk och uppföljning av kvinnan och barnet utarbetas som stöd för samarbetet lokalt och regionalt

Att huvudmännen inventerar vilka resurser som finns att tillgå för gravida med riskbruk/missbruk och deras familjer (beroendevård, specialistmödravård, placeringsmöjligheter för gravida kvinnor och eventuell partner, samt för föräldrar och barn efter förlossning etc.) inom regionen. Dessa resurser bör vara väl kända inom såväl socialtjänst, mödrahälsovård och barnhälsovård, som hos allmänheten, särskilda enheter för risk- och missbrukande kvinnor inom öppenvård, frivillig institutionsvård och inom tvångsvården

Att Riskbruksprojektets utbildningsinsatser inom mödrahälsovården genomförs i hela landet och att stöd ges till det förändrings- och samarbete som utvecklas där utbildningen genomförts. Även personal inom barnhälsovården bör erbjudas motsvarande utbildning

Att förutsättningarna utreds för att inrätta ett kompetenscentra med nationellt ansvar inom området Fetalt Alcohol Syndrom (FAS)/Fetal Alcohol Effects (FAE) och Neonatalt AbstinensSyndrom (NAS).

Hur bör insatserna utformas för att stärka det långsiktiga stödet till mamman, pappan/partnern och barnet?

Enligt Socialstyrelsen är det önskvärt att tvärprofessionella verksamheter liknande de som finns i storstäderna etableras i varje region/län. Det är angeläget att identifiera kvinnor med riskbruk/missbruk tidigt i graviditeten för att skydda det väntade barnet. Ett sätt att intensifiera detta arbete, är genom Riskbruksprojektet som har pågått i Sverige under några år. I och med den satsningen har personal inom mödrahälsovården fått utbildning i hur man identifierar kvinnor med riskbruk/missbruk. Mycket tyder på att fler kvinnor med alkoholproblematik upptäcks tidigare i och med denna utbildningssatsning, vilket därmed ökar möjligheten därmed ökar möjligheten att erbjuda kvinnan tidiga, frivilliga insatser.

Kvinnor är i allmänhet oftast mycket angelägna om att skydda sina barn från skada och vill föda ett friskt barn. Studier har visat att under graviditeten är motivationen till förändring särskilt stark för en kvinna med missbruksproblem. Fortfarande saknas dock frivilliga behandlingsalternativ, som riktar sig specifikt till kvinnor och som kan se till kvinnors speciella situation.

Avslutningsvis framgår i en ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader för barn som anhöriga, som presenterades vid Linnéuniversitetet 2015 att samhället har stora och långvariga kostnader för barn som vuxit upp som anhöriga till förälder

med missbruk eller psykisk sjukdom. Det beror huvudsakligen på att andelen med psykisk sjukdom är dubbelt så hög inom denna grupp jämfört med resten av befolkningen och att andelen med missbruk av alkohol respektive narkotika är c:a fyra till fem gånger så hög som hos befolkningen i övrigt. De största kostnaderna för samhället utgörs av indirekta kostnader för produktionsbortfall vid sjukskrivning, förtidspensionering och förtidig död. Samhället skulle kunna minska sina kostnader med 35 miljarder kronor per år om omfattningen av missbruk och psykisk ohälsa hos gruppen barn som anhöriga i vuxen ålder skulle kunna sänkas till samma nivå som för befolkningen i övrigt. Olika förebyggande insatser antas på lång sikt kunna bidra till det. Det här projektet är ett sådant bidrag.

Hur har processen tagits fram

Processen har tagits fram i samverkan mellan Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne och representanter för kommunerna i nordöstra Skåne, utifrån en gemensam problemformulering kring målgruppen samt om och i så fall hur organisationernas resurser skulle kunna tas tillvara på ett effektivare sätt genom att utveckla samarbetet kring och etablera nya arbetssätt. Gemensamma möten mellan parterna har hållits under arbetets gång.

Målgrupp för insatsen

Målgrupp för insatsen är gravida kvinnor med riskbruks- eller missbruksproblematik samt deras partners som är bosatta inom Samordningsförbundets Skåne Nordost upptagningsområde. Antalet personer vi känner till idag uppskattas uppgå till 30 personer per år. En undersökning som CAN gjort visar att 4 – 5 % av alla barn under 18 år lever med en förälder med riskbruk eller missbruk. På Kvinnokliniken, CSK föds c:a 2000 barn per år (de allra flesta av föräldrar bosatta i kommunerna i nordöstra Skåne), vilket innebär att det uppskattningsvis är ca 100 barn per år av dessa, som föds in i en familjesituation där det förekommer någon form av riskbruk eller missbruk.

Sannolikt finns alltså ett ganska stort mörkertal, varför det faktiska antalet personer torde vara högre. I och med arbetet i projektet, tror vi att vi kommer att bli bättre på att uppmärksamma fler personer i målgruppen och att den därför kommer att växa i antal under projekttiden. Som exempel kan nämnas, att vid en genomgång på LARO-mottagningen 2015-11-26 visade det sig att av 110 inskrivna personer, hade 45 st barn (ett eller flera) och vid genomgång av de 133 inskrivna personerna på sprututbytet 2015-11-06 uppgav 69 personer att de hade barn (ett eller flera).

Resultat och effektmål

Det huvudsakliga målet med projektet, är på individnivå att vägen till självförsörjning kan förkortas då kvinnan och partnern börjar med sin och familjens missbruks- och familjebehandling redan under graviditeten istället för långt efter att barnet har fötts. Kvinnan och partnern kan då vara i fas för att börja med arbetslivsinriktad rehabilitering strax efter sin föräldradighet för att nå självförsörjning.

Vi kommer att stötta målgruppen på vägen till självförsörjning, genom att arbeta för att bryta mönster så tidigt som möjligt för att få till stånd en varaktig förändring hos den gravida kvinnan och partnern. Samtidiga och samlade insatser väntas leda till ökad delaktighet. En icke oviktig sekundärvinst är att färre barn kommer att födas in i familjer med riskbruk eller missbruk. Om chanserna till en drogfri graviditet ökar kommer sannolikt också möjligheterna till att fler friska och välfungerande barn föds att öka, vilket i sig också ger en kostnadsminskning.

På organisatorisk nivå är målet att projektsamarbetet ska leda till att en partsgemensam och verksamhetsöverskridande arbetsmodell etableras, där man samtidigt arbetar både med den gravida kvinnans och partnerns behov av samordnade rehabiliteringsinsatser, för att nå en bättre användning av verksamheternas resurser.

Ett annat organisatoriskt mål, är att detta arbete kan leda till en kunskapsutveckling och kompetenshöjning, då LARO-mottagningen rapporterar att flera kvinnor beskriver att de vid möten med mödravården och förlossningen ofta mötts av okunskap om droger och substitutionsbehandling.

Tidsplan

Processtiden är 3 år med planerad start den 1 september 2016 och avslut den 31 augusti 2019.

Aktiviteter

En förutsättning för att en insats ska kunna sättas in, är att ett insatsbehov blir identifierat.

Riktad specialistmödravård med täta besök till särskilt utbildad och intresserad barnmorska, i syfte att motivera till drogfrihet och bibehållande av drogfrihet med fokus på graviditeten som positiv händelse och motivation till förändring. Då studier

visat att förändringmotivationen är särskilt stark under graviditeten hos kvinnor med missbruksproblem.

Projektarbetet kommer att genomföras i tätt samarbete med socialtjänsten. Den socionom, som kommer att arbeta i Maria Mödrahälsovård, kommer att ha arbetsuppgifter som bl.a. består av motiverande och kurativa samtal, familjeinriktat arbete, uppsökande verksamhet, arbeta upp kontaktvägar, fungera som vägen in i kommunernas socialtjänster i syfte att möjliggöra insatser i kvinnans och partners hemmakommun. Medarbetarna i Maria Mödravård kommer också att i hög grad gemensamt arbeta nätverkande och utåtriktat bl.a. genom att besöka verksamheter och arenor där dessa kvinnor vistas, t.ex. olika typer av behandlingshem, stadsmissionen, ungdomsbasen, boendebasen, Maria Skåne Nordost, sprututbyte, LARO-verksamheterna och kriminalvården för att hitta dessa kvinnor och familjer så tidigt som möjligt. Samarbete med ovan nämnda och/eller andra aktörer väntas kunna utvecklas och etableras via arbetssättet i Maria Mödrahälsovård. Vidare planerar vi att arbeta tätt med basmödravården för att identifiera kvinnor och deras partners som befinner sig i riskzonen för att etablera ett riskbruk eller missbruk, främst när det gäller alkohol- eller cannabisbruk, då det är vanligt att dessa kvinnor och deras partners ofta inte identifierar sig som riskbrukare eller missbrukare.

Olika slags problematik så som missbruk i kombination med utanförskap har gemensamma faktorer. Därför kan insatser mot ett problemområde (t.ex. missbruk) även ha gynnsamma effekter på annan problematik (t.ex. psykisk ohälsa). På samma sätt väntas samtidiga insatser för den gravida kvinnan och partnern ha gynnsamma effekter även på andra gemensamma områden.

Genom att arbeta med förebyggande och samlade samtidiga rehabiliteringsinsatser för både den gravida kvinnan och för partnern, är förhoppningen att kunna förhindra att problem växer så mycket att t.ex. barnskyddet måste kopplas in. Samtidigt är förhoppningen att nå en samhällsekonomisk vinst på sikt, eftersom förebyggande och samlade samtidiga insatser för målgruppen i längden torde vara kostnadseffektivare än att satsa på korrigerande åtgärder.

Arbetssättet ska vara lösningsfokuserat. Ett lösningsfokuserat angreppssätt betonar och stärker kvinnans och partners egen förmåga att förändra sina liv i positiv riktning. Projektmedarbetarnas uppdrag ska därför genomsyras av att insatsen är ett samarbete med kvinnan och partnern, för att öka den individuella känslan av kontroll.

Målsättningen med allt arbete är dock densamma: att den gravida kvinnan och hennes partner ska få stöd för att nå en positiv förändring, som väntas leda till ökad självförsörjning.

Nödvändig dokumentation kommer att ske kontinuerligt. Allt eftersom kommer arbetet att systematiseras och beskrivas i en arbetsmodell, som alltså väntas växa fram och etableras under projekttiden. Syftet med att arbeta fram en strukturerad arbetsmodell, är att det väntas gynna ett fortsatt arbete då en dokumenterad arbetsmodell lättare kan göras känd och etableras inom alla berörda samverkansparter samt underlätta spridning.

En gång per termin kommer workshops att hållas för projektmedarbetare, styrgrupp och representanter för samverkansparterna i syfte att utveckla arbetsmodellen och säkra att arbetet drivs som planerat.

Processägare

Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne är processägare. Arbetet bedrivs dock i samarbete med kommunerna Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby och Östra Göinge.

Styrgrupp

Till projektet kommer en styrgrupp bestående av representanter för de samverkande parterna att finnas. Projektägaren är sammankallande. Samordningsförbundet Skåne Nordost är ständigt adjungerat till styrgruppen. Styrgruppen träffas en gång per kvartal.

En rutin för hantering av brådskande frågeställningar och för hur processrelaterade frågor som rör den egna verksamheten ska tas fram.

Budget

Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne: 0,70 tjänst (fördelat på två 0,35-medarbetare inklusive projektledning).

Heltidslön har i budgeten uppskattats till 38 100 kr/mån för 2016. Därefter har en uppräkningsgjorts med 3 procent per år för löneutveckling. Sociala avgifter har beräknats till 1,46.

För 2016 innebär finansiering av 0,70 processmedarbetare: 38 938 kr/mån. x 4 mån. = 155 753 kr.

För 2017 innebär finansiering av 0,70 processmedarbetare: 40 106 kr/mån. x 12 mån. = 481 272 kr.

För 2018 innebär finansiering av 0,70 processmedarbetare: 41 309 kr/mån. x 12 mån. = 495 708 kr.

För 2019 innebär finansiering av 0,70 processmedarbetare: 42 548 kr/mån. x 8 mån. = 340 384 kr.

Det är processmedarbetarnas faktiska lönekostnader som kommer att faktureras och utbetalas från Samordningsförbundet Skåne Nordost till Region Skåne.

Kommunerna i nordöstra Skåne: 1,0 tjänst.

Heltidslön har i budgeten uppskattats till 35 000 kr/mån för 2016. Därefter har en uppräkningsgjorts med 3 procent per år för löneutveckling. Sociala avgifter har beräknats till 1,46.

För 2016 innebär finansiering av 1,0 processmedarbetare: 51 100 kr/mån. x 4 mån. = 204 400 kr.

För 2017 innebär finansiering 1,0 processmedarbetare: 52 633 kr/mån. x 12 mån. = 631 596 kr.

För 2018 innebär finansiering av 1,0 processmedarbetare: 54 212 kr/mån. x 12 mån. = 650 544 kr.

För 2019 innebär finansiering av 1,0 processmedarbetare: 55 838 kr/mån. x 8 mån. = 446 704 kr.

Det är processmedarbetarens faktiska lönekostnader som kommer att faktureras och utbetalas från Samordningsförbundet Skåne Nordost till den kommun, som kommer att vara arbetsgivare.

	2016	2017	2018	2019	Summa:
Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne	155 753	481 272	495 708	340 384	1 473 117
Kommunerna i nordöstra Skåne	204 400	631 596	650 544	446 704	1 933 244
Workshops + kompetensutveckling	17 000	50 000	50 000	29 000	146 000
Handledning	6 000	24 000	24 000	18 000	72 000
Lokal	9 350	28 840	29 705	30 596	98 491
Utvärdering	50 000	50 000	50 000	50 000	200 000
Totalt	442 503	1 265 708	1 299 957	914 684	3 922 852

Metoder för uppföljning

Arbetsmodellen kommer att utvärderas externt. Upphandling av utvärderingen kommer att ske om/när medel beviljats.

Utöver utvärderingen som nämns ovan, ska Sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (SUS) användas.

Implementering i ordinarie verksamhet

Då projektarbetet innebär utvecklande av nya samarbetsformer, går det i nuläget inte att ta ställning till implementering i ordinarie verksamhet. Ambitionen är dock att implementera de samverkansvinster som väntas tydliggöras under projekttiden. För att underlätta en framtida implementering, är avsikten att utveckla så mycket som möjligt utifrån ordinarie arbete, även om tjänsterna eller innehållet i tjänsterna som medel ansöks för inte finns i nuvarande ordinarie verksamheter.

Styrgruppens representanter har ändå i uppdrag och ansvar för att driva implementeringsfrågor i sina respektive verksamheter och löpande återrapportera arbetet med detta till styrgruppen. Styrgruppen har också ansvar för att tillsammans med de FINSAM-finansierade medarbetarna identifiera vad som skulle kunna implementeras samt för att ta fram en plan för implementering.

Implementeringsplanen ska vara framarbetad senast till utgången av år 2.

Samarbetsparterna ansvarar för att sprida kunskap och löpande informera om arbetsmodellen inom de egna verksamheterna.

Extern information

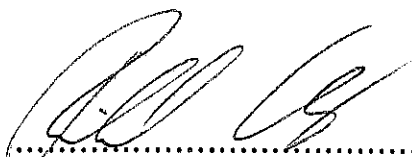
Processägaren ansvarar för all extern information. Processägaren kan dock avgöra om man själv vill stå för extern information eller planera och genomföra den tillsammans med samverkansparterna. Alla förfrågningar om information ska lämnas till processägaren.

Övrigt

I samband med utgången av år 1 kommer en fördjupad uppföljning och analys av det första årets arbete att göras i syfte att få klarhet i eventuella behov av förändringar m.m., som kan behöva genomföras år 2 för att säkerställa att arbetet drivs mot en långsiktigt fungerande arbetsmodell.

Skulle den fördjupade uppföljningen visa, att det finns behov av förändringar eller ökade resurser för tid, medarbetare e.dyl. kommer äskande om ytterligare medel från Samordningsförbundet Skåne Nordost att ske. Visar den fördjupade uppföljningen däremot ett behov av minskade resurser, kommer det att rapporteras till styrelsen.

Underskrifter av företrädare för de ansökande parterna



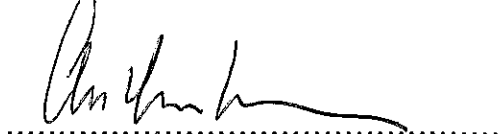
.....

**Rickard Claesson,
Region Skåne**



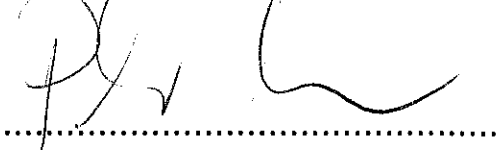
.....

**Britt Gunnarsson,
Bromölla kommun**



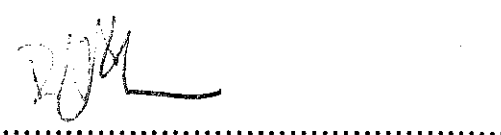
.....

**Anders Iversen,
Hässleholms kommun**



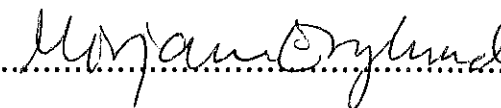
.....

**Peter Sonnsjö,
Kristianstads kommun**



.....

**Robert Schelin,
Osby kommun**



.....

**Mirjam Englund,
Östra Göinge kommun**