

# **Utvärdering Maria Mödrahälsovård 160901-190430**

**Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne och kommunerna Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby och Östra Göinge.**

## **Inledning**

Denna utvärdering syftar till att belysa arbetet vid Maria Mödrahälsovård (MHV) som är ett projekt finansierat av Samordningsförbundet FINSAM Skåne Nordost med Region Skåne som projektansvarig och kommunerna Kristianstad, Hässleholm, Osby, Östra Göinge och Bromölla som samarbetspartner. Ytterligare syfte är att presentera ett underlag inför beslut om eventuell implementering av verksamheten i befintlig verksamhet. Projektet pågår tom 2019-12-31.

## **Bakgrund/problembeskrivning**

Efter att Kvinnokliniken, CSK, Region Skåne under åren 2014-2015 uppmärksammat 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 fortsatt sitt riskbruk/missbruk ansöktes och beviljades medel för att starta projekt "Maria Mödrahälsovård". Projektet har finansierats av Samordningsförbundet FINSAM Skåne Nordost och hade som huvudsakligt mål att på individnivå förkorta vägen till självförsörjning genom att ge kvinnan och partnern stöd i missbruks- och familjebehandling redan under graviditeten, så att kvinnan och partnern kunde komma i fas för att börja med arbetslivsinriktad rehabilitering strax efter föräldraledigheten för att nå självförsörjning. På den organisatoriska nivån var målet att projektsamarbetet skulle leda till att en partsgemensam och verksamhetsöverskridande arbetsmodell etablerades för att nå en bättre användning av verksamheternas resurser. Ytterligare organisatoriskt mål var att detta arbete skulle kunna leda till en kunskapsutveckling och kompetenshöjning.

På regeringsuppdrag kom Socialstyrelsen år 2007 ut med rapport "Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem"<sup>1</sup> Uppdraget innebar 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.

---

<sup>1</sup> [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8969/2007-107-19\\_2007107191.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8969/2007-107-19_2007107191.pdf)

Frågeställningar som bland annat angavs var:

- Får gravida kvinnor med missbruk den vård de behöver och genomförs dessa insatser tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet?
- Hur bör insatserna utformas för att stärka det långsiktiga stödet till mamman, pappan och barnet?

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 och kvinnor rekommenderas vara helt alkohol- och narkotikafria under graviditeten. Samtidigt som det därmed är synnerligen angeläget att upptäcka alkoholproblem hos havande kvinnor kan det vara svårt, inte minst eftersom skam- och skuldkänslor kan leda till ett förnekande. Vid fall av missbruk hos gravida bör specialistvård alltid erbjudas. Snabb och kraftfull intervention är av största vikt.

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 (ibid).

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 (ibid).

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 (ibid).

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 (ibid).

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* (ibid).

För att kunna erbjuda ett kvalificerat stöd till dessa kvinnor (och till deras partners) krävs 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

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. 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.

Forskning visar på att missbruk i en familj ofta innebär en svår och påfrestande situation för barnet/barnen samt en ökad risk för en rad olika problem.

Konsekvenserna för barn av föräldrars missbruk är individuella. Det är inte

mängden substans som avgör, utan vilka konsekvenser det får för barnet, samspelet och föräldraskapet. För många barn innebär ett missbruk i familjen att barnet får uppleva negativa personlighetsförändringar hos sin förälder när den är påverkad. Det finns även en ökad risk för att det blir mycket bråk och konflikter i familjen.

Genom att bedriva preventivt arbete inom mödrahälsovården för gravida med missbruk kan tidigt upptäckt kan adekvat stöd ges till kvinnorna vilket leder till att fosterskador kan undvikas. Samstämmig forskning visar att barn som växer upp med missbruk och psykisk ohälsa i sin närhet har ökad risk att drabbas av egen ohälsa och missbruk. Det är därför angeläget att tidigt fånga upp missbruk under graviditet och även ge särskilt stöd till föräldrarna.

From den 1 januari 2020 blir FN:s barnkonvention en lag i Sverige. I artikel 24 punkt 2 framhålls statens skyldighet att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att *säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossning, säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall och får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper*. Staten skall även utveckla förebyggande hälso- och sjukvård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor. Vidare ska staten *ge lämpligt stöd till föräldrar* då de fullgör sitt ansvar för barnet och dess utveckling och uppfostran (artikel 18).

Avslutningsvis framgår i en ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader för barn som anhöriga, som presenterades vid Linnéuniversitetet 2015, 2 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.

---

2. [https://lnu.se/contentassets/61ed8c52790c4c7cbc8e16b3aa86d388/bsa-rapport-2015-8\\_ekonomisk\\_analys\\_pdf.pdf](https://lnu.se/contentassets/61ed8c52790c4c7cbc8e16b3aa86d388/bsa-rapport-2015-8_ekonomisk_analys_pdf.pdf)

## Verksamheten

Den lilla enheten är lokaliserad på CSK i ett rum utanför obstetrisk mottagning, ultraljudsmottagning och förlossningsavdelningen där huvuddelen av mottagandet av patienter sker. Ytterligare lokal för socionomen finns beläget på plan 14.

På enheten, bestående av två barnmorskor med vardera 30 % tjänstgöring samt av en socionom med 90 % tjänstgöringsgrad, sker en tät tvärprofessionell samverkan mellan barnmorskor och socionom. Till mottagningen är även en specialistmödravårdsläkare kopplad. För att ha en så stor tillgänglighet som möjligt och samtidigt kunna samverka och utveckla verksamheten har barnmorskorna arbetat en heldag var samt haft en gemensam halvdag per vecka. Arbets sättet har skett efter inspiration av framförallt Hagamottagningen i Göteborg och Ambulatoriet i Malmö. Extern samverkan har skett med kvinnokliniken (förlossning, bb, gynekologisk mottagning), barnkliniken och neonatalavdelningen, barnavårdscentraler i respektive hemkommun, sprututbytet CSK, psykiatri Hässeholm och Kristianstad inkluderat beroendevården samt socialtjänsten i respektive kommun. Den lokala nätverksgruppen som redan innan projektet startade upp har, efter att ha legat vilande drygt ett år, åter startats upp och planeras fortgå.

Extern handledning har sedan våren 2018 skett regelbundet vid fyra tillfällen/termin. Arbetsgruppen har varit på två 3-dagars- seminarium i Norge (barnet och ruset) samt flera enstaka utbildningsdagar vilka framförallt har varit arrangerade av bland annat FINSAM.

From hösten 2019 då psykiatri bygger ut sin beroendemottagning kommer Maria MHV få tillgång till snabbare hjälp med utredning och insatser i de fall det finns behov av sådan. I perioden 2019-04-30 till 190531 har ytterligare tre patienter identifierats varav två skrivits in samt en tillkommande patient som har valt att avbryta sin graviditet.

Vi har valt har presentera projektet med inspiration av studien Mödra-Barnhälsovårdsteamet Haga (Nka Barn som anhöriga 2016:2).

### *Specifika frågeställningar*

Hur ser arbetet med gravida kvinnor med problematiskt bruk av beroendeframkallande substanser (alkohol, narkotika) ut på en enhet som är specifikt anpassad för målgruppen för respektive profession?

Vad kännetecknar patientgruppen och utfall?

Vilken samverkan och vilka kontakter har teamet haft med andra verksamheter i enskilda patientärenden?

## Resultat

### Patientgrupp

Under tiden 2016-09-01 – 2019-04-30 har *trettio* kvinnor med problematiskt bruk av beroendeframkallande substanser identifierats. Av dessa valde nitton kvinnor att skriva in sig på Maria Mödrahälsovård. Av de övriga fjorton kvinnorna (tabell 1) var fyra kvinnor bosatta i annan kommun än de fem kommuner som ingår i FINSAM Skåne Nordost och kunde därför inte erbjudas skrivas in på Maria Mödrahälsovård. Ytterligare fyra kvinnor valde att stanna kvar i ordinarie basmödravård. Fem kvinnor valde att avbryta sin graviditet alternativt fick missfall innan inskrivning i Maria Mödrahälsovård och en kvinna "försvann" men lyckades under senare delen av sin graviditet identifieras i en annan del av landet och erbjudas vård där.

Tabell 1. Kvinnor som identifierats men inte skrivits in i Maria MHV.

Annan kommun	Bas MHV	Abort/missfall innan inskrivning	Försvinner	Kommuntillhörighet	
				Hässleholm	Kristianstad
4	4	5	1	8	2

I tabell 2 presenteras patienternas bakgrundskaraktäristika för de nitton patienter som kom att skriva in sig på Maria MHV. Patienterna var födda mellan 1978 och 1999. Majoriteten var födda i Sverige och den vanligaste boendeformen var hyreskontrakt i förstahand. Fåtal av patienterna arbetade vid inskrivning. Två av patienterna var bostadslösa vid inskrivningen.

För den aktuella graviditeten var faderskapet känt bland en majoritet. Drygt hälften av patienterna var sambos. I de fall det fanns en partner hade tre partners ett känt missbruk. Bland de ensamstående hade två kontakt med barnafadern, av dessa hade båda papporna ett eget känt missbruk. En patient levde som särbo, dennas partner hade ett känt missbruk. Av de ensamstående gravida hade sex ingen kontakt med det blivande barnets pappa och för dessa sex var faderskapet okänt även om patienten hade troliga kandidater för faderskapet. Övriga två ensamstående hade viss kontakt med den blivande barnafadern.

Det är en stor spridning vad avser patienternas boendesituation, civilstånd samt sysselsättning. Det finns en mångfald inom patientgruppen och man bedömer att vissa grupper av gravida är underrepresenterade och då främst resursstarka kvinnor. Paralleller kan dras till hur riskbruk hos resursstarka patienter överlag är svåra att identifiera även inom annan somatisk vård.

Tabell 2. Bakgrundsdata (n=19)

	Antal
Födelseår, median (min, max)	1986 (1978-1999)
<b>Födelseland</b>	
Sverige	17
Annat land	2
<b>Kommuntillhörighet</b>	
Kristianstad	6
Hässleholm	7
Östra Göinge	3
Osby	1
Bromölla	0
Annat	2
<b>Bostadssituation vid inskrivning</b>	
Egenägd bostad (bostadsrätt/hus)	1
Hyreskontrakt förstahand	10
Hyreskontrakt andrahand	0
Sambo i partners lägenhet	1
Inneboende hos föräldrar/släktingar/vänner	3
Akutboende för kvinnor/kvinnojour	1
Annat	1
Bostadslös	2
<b>Familjesituation vid inskrivning</b>	
Ensamstående	8
Gift/sambo	10
Särbo	1
<b>Sysselsättning vid inskrivning</b>	
Arbete	3
Studier	0
Arbetsökande	1
Sjukskriven	3
Sjukersättning	5
Ekonomiskt bistånd	7
<b>Tidigare barn</b>	
Ja, har vårdnad	4
Ja, har ej vårdnad/placerat	5
Nej	10
<b>Faderskap</b>	
Finns uppgifter om angiven fader	13
Faderskap okänt	6

## Aktualisering och inskrivning

Det vanligaste sättet att bli aktualiserad in i Maria MHV var via den ordinarie mödravården.

Tabell 3. Aktualiseringssätt (n=33)

	Antal inskrivna	Antal ej inskrivna
Ordinarie MHV	14	5
Socialtjänst	0	3
Psykiatri inklusive LARO	2	2
Sprututbytet	1	2
Sökt själv	0	2
Annat	2	0

Som framgår av ovan tabell sker aktualisering i de flesta fall via den reguljära mödravården. I tabell redovisas även de kvinnor som identifierades men inte skrevs in i Maria MHV. I samband med hälsosamtalen eller inskrivningsamtalen genomförs i regel en screening där barnmorskan ställer frågor kring den gravida kvinnans bruk av alkohol, narkotika och läkemedel. AUDIT, ett bedömningsinstrument med strukturerade frågor, används vilket syftar till att ge en bild av patientens eventuella risk – eller missbruk av alkohol. Liknande formulär finns utvecklat för droger DUDIT vilket dock inte används inom ordinarie mödravården vi har varit i kontakt med.

Om en gravid kvinna antas/misstänks ha problematiskt bruk av alkohol, narkotika och/eller läkemedel utifrån höga poäng på AUDIT eller grundat på annan information som framkommer vid samtalen informerar barnmorskan om Maria MHV samt kontaktar personal på Maria MHV för konsultation kring den aktuella patienten. Dessutom skrivs remiss till specialismödravården för läkarbedömning.

Då det bedöms relevant och motiverat kommer en barnmorska samt socionom från Maria MHV ut till den ordinarie mödravårdscentralen för att delta vid följande mödravårdsbesök tillsammans med ordinarie barnmorska. Samtalet sker efter individuell anpassning och består oftast av presentation av verksamheten samt inventering av patientens situation kombinerat med patientens tidigare eller pågående bruk av alkohol eller narkotika samt erbjuder möjlighet att skrivas in på Maria MHV.

En del kvinnor ställer sig frågande till att ingå i verksamheten men endast ett fåtal av de identifierade kvinnorna har helt avböjt att träffa teamet för ett informationsmöte.



Det kan finnas svårigheter med att motivera kvinnor ur målgruppen in i en verksamhet som kan uppfattas stigmatiserad.

I tabell 4 nedan kan man utläsa att det finns en stor spridning i när kontakt med Maria MHV etableras. Somliga patienter har kommit i kontakt med mottagningen redan vid kännedom av graviditeten, flertalet i mitten av graviditeten medan enstaka patienter skrivits in under de sista graviditetsveckorna.

Fortsatt arbete med och utveckling för samverkan mellan ordinarie mödrahälsovård och Maria MHV behövs för att fånga upp flera kvinnor i tidig graviditet. Den generella screeningen som sker i den ordinarie mödravården är avgörande för att kvinnor med missbruksproblem skall komma i kontakt med specialistmödravården så tidigt som möjligt i graviditeten.

Samverkansrutiner har utarbetats mellan psykiatrin och Maria MHV och kan vara resultat av att de två patienter som skrevs in via psykiatrins slutenvård kom i kontakt med Maria MHV redan i graviditetsvecka 6. Likaså verkar samverkan mellan socialtjänstens missbruksvård/verksamhetsområde vuxna i Kristianstad och Hässleholm, de två LARO-mottagningar i Kristianstad samt sprututbytet och Maria MHV ha etablerats då ett antal kvinnor med tidig graviditet och önskemål om avbrytande kunnat få komma till mottagningen för hjälp och stöd.

Tabell 4. Graviditetsvecka vid första kontakten med Maria MHV/inskrivning

	Antal	Minimum	Maximum	Median
Graviditetsvecka vid inskrivning i ordinarie mödrahälsovård	14			
Graviditetsvecka vid första kontakt med Maria MHV	19	6	36	
Graviditetsvecka vid inskrivning Maria MHV	19	8	36	17

## Barnmorskans arbete

Initialt träffar patienten både barnmorska och socionom varje vecka för att inventera behov samt för att påbörja skapande av allians med patienten och eventuella partnern då det är aktuellt. Därefter träffar barnmorska patienten efter individuella behov, i regel en gång per vecka. Antal besök redovisas i tabell 5. Allians skapas samt risk för återfall utan upptäckt kan minskas. Det kan även finnas ett stort behov av att så tidigt som möjligt få lyssna på fosterhjärtljuden/få en ultraljudsbild för att öka motivationen till drogfrihet. Vid barnmorskebesöken utförs barnmorskekontroller som vid ordinarie mödravård. Utöver dessa arbetsuppgifter läggs stor vikt på att

utveckla föräldraskapet vilket går som en röd tråd genom hela graviditeten. Detta kan ske genom att utveckla emotionella band (anknytning) till barnet i magen. Samtal sker bland annat kring fantasier om barnet, hur man själv var som barn/kontra barnet i magen, sin egen barndom/ hur man tänker sig själv som förälder.

Genom att utveckla mentaliseringsförmågan ökar sannolikheterna att kunna sätta barnets behov före sina egna behov vilket är en förutsättning för ett lyckat föräldraskap. Realitetsanpassning och normalisering av både graviditet och föräldraskap sker löpande likaså samtal kring relationer och erfarenheter av sådana. Det är dock av stor vikt att lyssna in var i processen patienten är för tillfället och samtalsinnehållen kan därför variera stort. Exempelvis kan det finnas behov av basal information om hur man håller ett barn, tillaga mjölkersättning etc.

Många kvinnor i missbruk kan sakna basal kroppskänedom, kunskap om bra kost, näring och hälsa vilket med samtal och information belyses och diskuteras *efter behov och i varierande utsträckning*. Likaså sker samtal om våld, sexuella övergrepp/prostitution *efter individuella behov* då det kan finnas rädsla för kommande vaginala/gynekologiska undersökningar.

Förutsebarheten är viktig. Genom studiebesök på förlossning/BB, neonatalavdelning samt besök på aktuellt BVC redan under graviditeten kan patienterna känna ökad trygghet och möjlighet till att knyta an till ytterligare kontakt. Under graviditeten erbjuds även hembesök vilka kan ge värdefull information och förekommit i varierande skala.

Barnmorskan deltar även i samverkan med olika instanser (psykiatrin, socialtjänsten) efter patientens behov och önskemål. Antal uteblivna barnmorskebesök har varit få.

Efter förlossningen besöker barnmorskan patienten på förlossning/BB eller neonatal. Efter 2-4 veckor sker även uppföljning som hembesök eller besök på HBV-hem samt ett eller två efterkontrollbesök vilket även ingår i den ordinarie mödrahälsovården.

Tabell 5. Antal barnmorskebesök

	Antal patienter	Antal veckor	Antal besök
Barnmorskebesök under graviditet exkl. introd. och hembesök	14		145
Hembesök under graviditeten	5		11
Barnmorskekontakter efter förlossning*			
Efterkontroll	8		8
Uteblivna besök under graviditeten	6		10

\* Besök, hembesök, samtal förutom efterkontroll 6 månader efter förlossning

## Patienthälsa

Nedanstående uppgifter i tabell 6 avser hälsoproblem som framkommit antingen vid patienternas kontakt med den ordinarie mödravården eller efter inskrivning hos Maria MHV. Med psykisk ohälsa menas här patienter som har psykiatriska diagnos och kontakt med psykiatrin.

Tabell 6. Hälsoproblem under graviditeten (n=19)

	Antal
Somatiska besvär/sjukdom exklusive graviditetsrelaterade besvär	7
Psykisk ohälsa/sjukdom	17

I samband med inskrivning på Maria MHV etableras kontakt med obstetrisk specialistläkare om det inte är etablerat sedan tidigare. Inventering av behov av psykiatrikonsult genomförs av barnmorska eller läkare. Drygt hälften av patienterna hade redan kontakt med psykiatrin vid inskrivning på Maria MHV (tabell 7).

Tabell 7. Etablerad kontakt med psykiatrin vid inskrivning

	Antal
LARO	5
Psykiatrimottagning (exklusive LARO)	5

## Problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel

Samtliga av de patienterna som skrevs in via ordinarie mödravården hade screenats för alkohol med hjälp av AUDIT. Fem patienter hade AUDIT 6 poäng eller högre. Två patienter uppfyllde kriterier för problematisk konsumtion (> 14 poäng för kvinnor). Konsumtionen var självrapporterad och gällde för året före graviditeten.

När det gällde andra preparat hade fem patienter angett narkotikaanvändning och sju patienter användning av läkemedel. Blandmissbruk var dock vanligt förekommande vilket framkom i den fördjupade kartläggningen som senare gjordes på Maria MHV.

Patienter på Maria MHV lämnar slumpmässigt övervakade urinprov. De patienterna som sedan tidigare lämnar urinprov, ex på LARO, sker en regelbunden avstämning mellan Maria MHV och den berörda instansen.

Syftet med dessa prov är flera. Dels kan bruk av substanser upptäckas, dels kan det motivera patienten till drogfrihet samt att patienterna kan få ett kvitto/bevis inskrivet

i sin journal. Alla förutom en patient har lämnat urinprov. I de fall alkohol är/har varit huvuddrogen tas blodprov för detta.

Som framgår av tabell 8 konsumerade sju av de nitton patienterna narkotika eller annat läkemedel utöver förskrivet vid inskrivningen på Maria MHV. Tre patienter använde cannabis aktivt vid inskrivningen i Maria MHV, två av dem lyckades sluta under graviditeten. Fem patienter har ingått i LARO-programmet och har fortsatt med läkemedelsbehandling hela graviditeten. Patienternas omfattning av bruk av preparat är/var mycket lägre under själva graviditeten än under året före graviditeten, med undantag för LARO-patienterna.

Tabell 8. Konsumtion av beroendeframkallande substans (n=19)

	Antal
Bekräftad konsumtion vid inskrivning på Maria MHV inklusive förskrivna läkemedel	12
Bekräftad konsumtion vid inskrivning på Maria MHV utöver förskrivna läkemedel	7
Bekräftad konsumtion/återfall efter uppehåll under graviditeten (inskriven på Maria MHV)	3

  

Drog/substans	Huvuddrog /substans
Alkohol	2
Cannabis	5
Amfetamin	1
Opiater inklusive Tramadol	7
Buprenofen/Metadon	
Okänt/ ej uttalad	4

De vanligaste använda drogerna för patienter inskrivna på Maria MHV har varit opiater och cannabis. Andra förekomna drogerna var amfetamin och bensodiazepiner. Blandmissbruk var mycket vanligt förekommande.

## Socialt nätverk

I patientgruppen var det fyra patienter som uppgav sparsam eller ingen förekomst av socialt nätverk. Ytterligare fyra patienter uppgav att de hade socialt stöd i någon enstaka vän eller släkting/familj. Övriga ansåg att de hade ett gott socialt nätverk. Att ha ett välfungerade socialt nätverk är en god skyddsfaktor även om det består av enstaka personer.

För majoriteten av de kvinnor som hade en pågående relation med partner sågs denna som en tillgång.

## Barnens hälsa

Tabell 9. Födelseuppgifter (n=13/14)

	Minimum	Maximum	Medelvärde
Graviditetsvecka	36+3	41+2	39+0
Födelsevikt, gram	2575	4230	3226
Huvudomfång, cm	32	36	33,9
Längd, cm	45	49	47,58

Barnens födelsevikt är beräknade på de kvinnor som var inskrivna gick på Maria MHV vid förlossningen och som födde på CSK (tretton stycken). Uppgifter om längd saknas på ett av barnen likaså uppgifter om huvudomfång på ett annat barn.

Graviditetslängden är baserad på fjorton graviditeter då denna uppgift var känd på den kvinna som födde utomläns. Tolv kvinnor födde vaginalt och två med hjälp av kejsarsnitt på medicinsk indikation.

Fyra kvinnor var inskrivna på LARO. Av dessa skrevs tre kvinnor ut innan graviditeten var avslutad. Den kvarvarande moderns barn vårdades på neonatal i fem dygn för observation/screening.

Av de övriga mödrarnas barn observerades sex barn för abstinensbedömning. Vården genomfördes som samvård vilket innebär att barn och mor behövde aldrig skiljas åt. Aktualisering för att barnets skall genomgå screening av substanser och eventuellt abstinensbedömmas beror på om modern har använt sig av någon substans under graviditeten. Ingen substans förutom den förväntade har hittats hos barnen.

Av de kvinnor som fullföljde graviditeten inom Maria MHV fick fem mödrar med barn åka till utredningshem i direkt anslutning till bb-vårdtiden. Ytterligare en familj fick två månader efter förlossningen komma till utredningshem. Samtliga, förutom

utom en kvinna, har återgått till hemmet tillsammans med sitt nyfödda barn, med insatser i varierande grader beroende på utbud i respektive kommun.

## Socionomens arbete

Socionomen svarar för det psykosociala arbetet i teamet och har en specifik kompetens med hänsyn till de speciella behov de berörda kvinnorna och eventuellt partner har. Redovisningen som följer gäller de patienter som är eller var inskrivna i Maria Mödrahälsovård. Det bör dock uppmärksammas att tid även har avsatts till kvinnor som valt att stanna kvar i basmödravård eller som gjort ett avbrytande.

Tabell 10. Antal kuratorsbesök (n=17)

	Antal
Totalt antal kuratorsbesök	263
Teambesök	183
Samverkan med annan instans	80

Ofta finns det en komplex problembild med blandmissbruk, beteendeproblem, psykisk ohälsa och socialt instabila förhållanden. Socionomens uppgift är att ge hjälp och stöd för att åstadkomma en förändring och ta hänsyn till människans hela livssituation.

Socionomen träffar oftast kvinnan varje vecka, delvis tillsammans med barnmorskan, och bidrar till utvecklingen av individanpassning då behovet är väldigt varierande beroende på var kvinnan/partner befinner sig. Mötena handlar mycket om information kring missbruk och om hur samhället fungerar. Även göra kvinnan medveten om sin situation och visa vilka verktyg som finns för att skapa en förändring. Att göra kvinnan/partner delaktig och ta ansvar för sitt eget liv och sin livshantering. I samverkan med patienten genomförs en bedömning av patientens individuella behov sett ur ett helhetsperspektiv. Här ges mycket utrymme för den gravida kvinnan/partner individuella behov beroende på var kvinnan/paret befinner sig i livet.

Genom att träffa kvinna/partner ofta och göra en inventering påbörjas skapandet av en arbetsallians. Socionomen kartlägger och identifierar/inventerar så tidigt som möjligt kvinnan/partner behov, problem, resurser och arbetar fram en vårdplan. Det blir ofta kontakter med sjukhus, kommuner och myndigheter i olika ärenden och behöver kunna samarbeta med andra för att föra ärendet framåt. Vi kan så småningom börja närma oss de instanser som det finns ett behov av och tillsammans kontakter vi och bjuder in socialtjänst, omsorg, psykiatri eller andra för dem viktiga

instanser. En mycket viktig och central funktion i socionomens arbete är att följa med i möten till olika myndigheter. Detta för att vara ett stöd och behjälplig i att göra kvinnan/partner röst hörd om vilket som är deras behov. När en kvinna är bostadslös och står utan försörjning blir socionomen sammankallande för att lösa en akut situation eller återuppta den kontakt som inte fungerat. Socionomen stödjer i att söka bostäder och ringa svåra samtal. Arbetet innebär att informera, motivera och stödja kvinnan/partner i att kunna ta emot stödinsatser men även att våga tro på den egna förmågan. I alla delar finns tydligt barnfokus och vi utgår från det blivande och nyfödda barnets trygghet och bästa.

## Samverkan och uppföljning

Samverkan med andra enheter sker i ganska stor grad men socialtjänsten är den myndighet som det sker mest med. Det blir både enskilda och även samordnade kontakter med barnmorskan. Samverkan med förlossningen och neonatal pågår hela tiden och rutiner och riktlinjer har nu arbetats fram. Socionomen träffar kvinna/partner cirka en gång i veckan och det inhämtas viktig information om livssituationen. Kunskapen och informationen är väldigt värdefull och till väldigt stor hjälp för både kvinnan/partner och den instans man vänder sig till då man parallellt arbetar med insatser utanför arbetsgruppen. När behov finns av stöd i föräldraskapet motiverar socionomen till att ta kontakt med Barn och familj redan innan barnet är fött. I dessa fall har samverkan fungerat väldigt bra och det är lättare med möjligheten till rätt stöd och insatser. Den kommunala missbruksvården fungerar väldigt olika i kommunerna och mycket arbete läggs på att skapa förutsättningar och sammankoppla stödinsatserna samt att samordna insatserna.

Det kommer också att påbörjas ett större samarbete med beroendevården inom psykiatri där vi kommer att ha en snabb väg in för våra kvinnor för utredningar. Det finns alltid en tydlig planering gjord av barnmorska och socionom inför förlossningen och vad som ska hända efter förlossningen. För tiden efter finns en planering som är gjord tillsammans med berörda samverkanspartner. Stödet kan se väldigt olika ut och även uppföljningen. Vi besöker alltid familjen under vistelsetiden på förlossningen eller BB. Så tidigt det går gör vi hembesök för att stämna av måendet och hur det fungerar med planeringen. Detta innebär att vi även ibland åker till utredningshem om familjen blivit placerad. Där vistas de minst i åtta veckor. Det kan också vara aktuellt med en insats som familjebehandling från Barn och familj eller boendestöd genom psykiatri. Ibland finns omsorgsverksamheten med i en planering med boendestöd eller om man är berättigad LSS finns ledsagare med och stödjer föräldraskapet. Det finns även samtalsterapi genom öppenvården och kontakt med missbruksvården och deras kontaktpersoner som motiverar till

drogfrihet. Även psykiatrin är påkopplat i de fall behov finns och där man har möjlighet till att påbörjar en utredning och eventuellt medicinering.

Vi besöker alltid BVC innan förlossningen där vi tillsammans med kvinnan informerar om situationen. Detta för att inför framtiden skapa möjligheter och bra förutsättningar för familjen. I något fall har spädbarnsteamet blivit aktuellt och då har vi samarbetat runt familjen och gjort regelbundna hembesök tillsammans. Socionomen ingår i vissa fall i en resursgrupp runt kvinnan med regelbundna uppföljningar. Socionomens uppgift efter graviditeten är att regelbundet stämma av med patienten att insatserna fungerar, stödja och motivera till drogfrihet och inventera om insatserna stämmer med behovet. I flera fall går socionomen med i möten med myndigheter eller i besök med vården. I en del fall sker ett omhändertagande och då verkar vi för ett optimalt omhändertagande.

## Diskussion

Som beskrevs i bakgrunden krävs preventiva insatser för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet 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.

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 att erbjuda kvinnan tidiga, frivilliga insatser. *Dock har vi sett att det inte är så lätt att identifiera dessa kvinnor då mycket fokus på annan information läggs utifrån krav och riktlinjer som ska ingå i basmödravården.*

Den generella screeningen är avgörande för att kvinnor med missbruksproblem ska komma i kontakt med den specialiserade mödravården så tidigt som möjligt i graviditeten. Dock skall tilläggas att det kan finnas svårigheter att motivera kvinnor ur målgruppen in i en verksamhet som kan upplevas som stigmatiserad av den enskilda individen. Det finns en mångfald inom patientgruppen och man bedömer att vissa grupper av gravida är underrepresenterade och då främst resursstarka kvinnor. Paralleller kan dras till hur riskbruk hos resursstarka patienter överlag är svåra att identifiera även inom annan somatisk vård.

Att "följa" patienten där hon är just "här och nu" är en framgångsfaktor tror vi.



Pågående arbete med att arbeta fram en tydlig struktur och arbetssätt har fortlöpt under projektets gång. Vi ser stor framgång med tät samverkan inom teamet. Som tidigare är känt så krävs mycket engagemang av personal som arbetar med resurssvaga personer.

Stor vikt läggs vid att försöka hitta och skapa stödsystem som fungerar efter förlossningen. Det krävs ett nära samarbete med respektive kommuns socialtjänst såväl inom missbruksvården som med Barn och familj-enheten. Det behövs ges bra förutsättningar för att skapa tillit, tro på sin egen föräldraförmåga och en motivation i att vara drogfri. För att kvinnorna/partner ska lyckas i sitt föräldraskap behövs förutsägbarhet och känsla av delaktighet. Vi har här sett svårigheter med att olika aktörer har olika syn på situationen och hur man ska arbeta kring kvinnan/partner. Att arbeta mer förebyggande i samverkan med socialtjänsten är önskvärt.

Att socionomen varit med i möten med socialtjänsten har från kommunernas sida varit mycket uppskattat. Det är viktigt att ge kvinnan/partner den tid som krävs för att förstå och kunna omvärdera sitt förhållningssätt då det är vanligt förekommande att bilden av socialtjänst och andra instanser är negativ och skrämmande. Socionomen arbetar för en samsyn kring beroendeproblematik och ett gemensamt förhållningssätt runt kvinnan/paret. Detta inte minst för bedömningen av kvinnan/partner och hennes livssituation och behov av stöd skall sättas i relation till kravet på ansvar för det väntade barnet och det kommande föräldraskapet.

Då det finns en ökad risk för återfall efter graviditeten är det viktigt med samverkan och uppföljning även efter graviditeten. Att arbeta med långsiktighet är viktigt inte minst ur ett barnperspektiv. Det har vid några tillfällen hänt att familjen kommit hem och på grund av oklara orsaker så har familjen stått helt utan det stöd som funnits i planeringen. Då har vi funnits som en skyddsfaktor för familjen men det är inte vår främsta arbetsuppgift eller ansvar. Här ser vi tydliga brister.

Något som även ställer till det är självbestämmandet och det egna ansvaret. När familjen börja avsäga sig sitt boendestöd vid ett återfall, vem tar boendestödjaren kontakt med för att skyddsnetet ska fungera? Regelbundna uppföljningar och utvärderingar är nödvändigt.

De familjer som endast går till BVC och inte har den tyngsta problematiken riskerar hamna i en gråzon och "falla mellan stolarna". Vi ser att det är betydligt färre kontakter med andra aktörer och återkopplingar efter barnets födelse än under graviditeten. Vi behöver ha ett tydligare samarbete med socialtjänsten även efter graviditeten. Även arbeta förebyggande. Den viktiga utmaningen tycks vara att kunna erbjuda ett samordnat och strukturerat stöd. Här vill vi att det ska finnas en tydlig struktur. Vi i arbetsgruppen arbetar med att ta fram en arbetsmodell men arbetet behöver även ske på en strukturell nivå. Det behövs arbetsplaner för

organiserad samordning och uppföljning av insatserna runt familjen. Då vi i arbetsgruppen kartlägger våra patienter och deras behov kan vi nu se att stödinsatser faktiskt saknas och familjens behov inte möts upp idag. För att uppnå långsiktig drogfrihet och stabilt föräldraskap är samverkan en nödvändighet och tidig kartläggning är en förutsättning för mobilisering för det långsiktiga stödet. Detta kan göras genom att utveckla strukturer för samverkan och det behövs tydliggöras genom rutiner och riktlinjer. Detta arbete pågår för fullt idag.

Ett av projektets syfte har varit att skapa stabil tillvaro med egen försörjning efter föräldraledighet och vi har flera kvinnor som kommit ut i arbetsmarknaden efter långvarigt missbruk. Samarbetet med arbetsförmedlingen blev inte som vi hade tänkt oss där man arbetade med webb-baserade program. Våra patienter behöver oftast ett tydligare stöd kring dessa frågor om arbetssökande.