



Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga

Karin Heimdahl och Patrik Karlsson

Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet

NkaTM

Linnéuniversitetet 

Samverkan kring gravida med missbruksproblem:
En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga

© 2016 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Karin Heimdahl & Patrik Karlsson

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Smålandsbilder.se

ISBN 978-91-87731-35-8

TRYCKERI Webbupplaga

Sammanfattning

Studiens syfte var att belysa arbetet vid Mödra- och barnhälsovårdsteamet i Haga, som är en vårdenhet specialiserad på gravida kvinnor och nyblivna föräldrar med missbruksproblem samt deras barn. Intresset riktades mot hur arbetet på mottagningen var uppbyggt, kännetecknen hos patientgruppen samt hur och i vilken mån samverkan med andra verksamheter bedrevs. Undersökningen genomfördes dels som en journalstudie (n=50) och dels som en fokusgruppsintervju med personalen på mottagningen.

De huvudsakliga resultaten visade att det i patientgruppen fanns en relativt stor variation med avseende på sådant som boendesituation, civilstånd och sysselsättning. Personalens upplevelse var dock att kvinnor från resursstarka grupper var underrepresenterade. Vidare framkom att de allra flesta kvinnor aktualiserades på mottagningen via screening för alkohol och droger inom den reguljära mödravården och att detta i de flesta fall gjordes tidigt under graviditeten. Samtidigt beskrevs svårigheter med att motivera patienterna in i verksamheten, vilken av den enskilda patienten kan upplevas som stigmatiserande. Utifrån journalstudien kunde också konstateras att många i patientgruppen hade någon form av psykisk ohälsa samt att även det blivande barnets pappa/medförälder i många fall hade missbruksproblem. Svårigheten att involvera pappor/medföräldrar i mottagningens arbete framstod också i personalintervjuerna som en av verksamhetens utmaningar. Journalstudien visade vidare att en klar majoritet av mottagningens patienter klarade av att hålla nykterhet och drogfrihet under graviditeten. Det fanns en hög grad av samarbete med ett flertal olika verksamheter såsom reguljära mödrahälsovården, öppenvårdspsykiatri, substitutionsbehandlingen samt beroendevården. Den största andelen av samverkan var dock kontakter med socialtjänsten. I personalintervjuerna aktualiserades de problem som ibland kunde uppstå i samverkan med socialtjänsten, framförallt svårigheten att uppnå en samsyn kring patienternas problematik och långsiktiga stödbehov.

Innehåll

Sammanfattning	3
Innehåll.....	4
Inledning	5
Metod	6
Resultat.....	7
Patientgruppen – vilka är de?.....	7
Aktualisering och inskrivning	10
De gravida patienternas hälsa och sociala nätverk.....	11
Hinder och gynnsamma situationer i arbetet under graviditeten.....	17
Samverkan.....	18
Diskussion.....	22
Referenser	24
Bilaga 1	25
Bilaga 2	39

Inledning

För att säkerställa att kvinnor med missbruksproblem och deras barn får adekvata stöd- och vårdinsatser under graviditet och nyföddhetsperiod har ett fåtal specialiserade verksamheter vuxit fram i Sverige, främst i storstadsregionerna. En av dessa verksamheter är den kombinerade mödra- och barnhälsovårdsmottagningen Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga i Göteborg (fortsättningsvis MBHV-teamet), som är föremål för denna studie. På mottagningen sker en tät tvärprofessionell samverkan mellan barnmorskor, BVC-sjuksköterskor, kurator, psykiatripersonal kopplad till beroendevården, gynekolog och barnläkare. Därutöver sker en extern samverkan med kvinnoklinik, barnklinik och socialtjänst. Patienterna träffar barnmorska åtminstone en gång per vecka, vilket är betydligt oftare än inom den reguljära mödrahälsovården. Hur långvarig kontakten med BVC-mottagningen blir efter barnets födelse varierar individuellt, men i de flesta fall rör det sig om ca ett halvår.

Studien syftar till att beskriva hur arbetet med gravida och spädbarnsfamiljer med problematiskt bruk av alkohol och/eller narkotika kan se ut på en mottagning som är specifikt avpassad för målgruppen, samt samverkan med andra verksamheter. Ett ytterligare syfte är att kartlägga kännetecknen hos patientgruppen. Följande frågeställningar ska besvaras via detta upplägg:

- Vilken samverkan och vilka kontakter har MBHV-teamet haft med andra verksamheter i enskilda patientärenden (socialtjänst, psykiatri, etc) från det att patienterna skrevs in hos MBHV-teamet fram till utskrivning?
- Vad kännetecknar patientgruppen och vilka hinder och gynnsamma förhållanden har identifierats i arbetet med gruppen från inskrivning till utskrivning?

Studien är en del av ett större projekt finansierat av Socialstyrelsen kring insatser och samverkan beträffande gravida och spädbarnsfamiljer med problematiskt bruk av alkohol, narkotika eller läkemedel eller psykisk ohälsa. Denna del är en fallstudie av en av de få tvärprofessionella verksamheter som finns i Sverige för gruppen gravida med missbruksproblem. Projektets övriga delar redovisas i rapporterna *Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika* och *Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa* (Heimdahl & Karlsson, 2013ab) samt *Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst* (Heimdahl & Karlsson, 2015).

Metod

Undersökningen genomfördes dels som en journalstudie och dels som en fokusgruppintervju med personalen på MBHV-teamet. I journalstudien inhämtades uppgifter från totalt tre journalsystem ("Obstetrix", "BVC-journalen", samt "Medidoc"). Tillsammans täcker dessa journaler uppgifter från kurator, barnmorska, BVC-sjuksköterska och andra professionella som arbetar med patientgruppen. Dessa journaler innehåller uppgifter från graviditeten samt perioden från förlossningen fram till det att barnet är sex månader gammalt. Urvalet bestod av 50 patienter vid Haga. Urvalet (obundet slumpmässigt urval) drogs av oss utifrån en avidentifierad lista bestående av samtliga inskrivna patienter som fött barn mellan 2010 och 2012 som blivit aktuella för insatser och som haft kontakt med verksamheten fram till och med att barnet blivit runt sex månader gammalt. Patienterna listades utifrån en kodnyckel och personal på Haga identifierade utifrån denna de personer som ingick i urvalet. Kodnyckeln förvarades under hela studietiden i låst skåp i Hagas lokaler i Göteborg och kom inte oss till del under någon fas av studien.

Uppgifter samlades in utifrån ett för ändamålet framtaget mätinstrument (se bilaga 1). Instrumentet utarbetades i samarbete mellan oss och personal på Haga och täckte olika tematiska block om till exempel patienternas bakgrundsuppgifter, aktualiseringssätt vid Haga, konsumtion av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel under och efter graviditet samt hälsobesvär. Uppgifter samlades också in kring kontakter med andra aktörer (t ex socialtjänst) avseende patienterna. Detta gjordes från graviditetsperioden till och med att barnet var sex månader gammalt. En person i personalstyrkan vid MBHV-teamet anställdes som forskningsassistent i projektet och fyllde sedermera i uppgifterna i instrumentet utifrån de tre journalsystemen. Datainsamlingen genomfördes under 2014. Journalstudien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr. 2013/1667/-31/5). I resultatdelen nedan har vi valt att huvudsakligen presentera enbart absoluta tal, då antalet observationer i studien är lågt. Det ska noteras att det är ett visst bortfall i vissa variabler.

Utöver detta genomfördes en fokusgruppsintervju med personalen i MBHV-teamet Haga. Medan journalstudien primärt syftade till att studera patienternas karakteristika samt Hagas samarbeten och kontakter med andra aktörer i patientärenden var intresset i intervjustudien riktat mot hur personalen beskrev överväganden i arbetet med gravida och spädbarnsföräldrar med missbruksproblem. Fokusgruppsintervjun genomfördes utifrån en halvstrukturerad tematisk intervjuguide (se bilaga 2) under hösten 2013. De teman som täcktes av intervjuguiden var bland annat *remittering*, *praktiskt arbete* och *samverkan*.

Resultat

Patientgruppen – vilka är de?

I tabell 1 presenteras patienternas bakgrundskaraktistika. Patienterna var födda mellan 1972 och 1992 (median 1984). En klar majoritet var födda i Sverige och den relativt vanligaste boendeformen var egen hyreslägenhet. Mindre än en fjärdedel arbetade heltid eller deltid och andelen arbetssökande var hög (runt 40 procent). Det fanns uppgifter om att 15 patienter hade barn sedan tidigare. För den aktuella graviditeten var faderskapet känt bland en klar majoritet.

Ungefär lika stora andelar var ensamstående som gifta/sambo och andelen särbos var låg. Partner (sambo/gift alt. särbo) var också den blivande pappan (visas ej i tabellen) i samtliga fall då uppgifter fanns. Bland dessa partners hade 36 procent ett känt missbruk. Bland de patienter som var ensamstående hade 50 procent kontakt med den angivna fadern. Av dessa blivande pappor hade 75 procent ett eget känt missbruk¹. Av de ensamstående gravida hade 17 procent ingen kontakt med det blivande barnets pappa och för 33 procent var faderskapet oklart.

¹ Notera att uppgift kring känd faders missbruk bland ensamstående patienter är beräknad utifrån de tolv mödrar som hade kontakt med fadern.

Tabell 1. Bakgrundsuppgifter patienter. Antal

	Antal
Födelseår, median (min, max)	1984 (1972, 1992]
Födelseland	
Sverige	34
Annat land	9
Bostatssituation	
Egen hyreslägenhet	19
Andrahandslägenhet	3
Sambo i partners lägenhet	3
Inneboende hos föräldrar/släktingar	5
Tränings-/referenslägenhet	8
Akutboende för kvinnor	2
Bostadslös	2
Annat	4
Familjesituation	
Ensamstående	24
Gift/sambo	22
Särbo	3
Sysselsättning	
Arbete (hel el deltid)	11
Studier (hel el deltid)	5
Arbetssökande	18
Sjukskriven	3
Aktivitetsersättning/sjukersättning	3
Övrigt	10
Tidigare barn	
Ja	15
Nej	33
Faderskap	
Finns uppgift om angiven fader	41
Faderskap oklart	7

Tabellen ovan visar på en relativt stor variation vad avser patienternas boendesituation, civilstånd samt sysselsättning. Att patientgruppen inte är enhetlig i dessa avseenden bekräftas också i intervjun med mottagningens personal. De menar att ogrundade föreställningar om vad som karakteriserar patientgruppen kan utgöra ett hinder för den enskilda gravida kvinnan vid det tillfälle då en inskrivning på mottagningen först aktualiseras:

I: Hur ser en typisk patient ut då?

P1: Det kan du inte få det svaret. Därför att det är ju också så att... och det är ganska intressant med kopplingen till att komma hit och gå här. Kvinnorna kan ibland ha ett motstånd därför att de har föreställningar om vem den här mottagningen är till för. De har föreställningar om vem... eller vilka personer de kommer att möta, och de tror inte alls att de kommer att identifiera sig med de andra som går här.

I: Vad har de för föreställningar då?

P1: Att det ska vara människor som är väldigt tydligt utslagna och väldigt tydligt präglade av sitt missbruk. Alltså ungefär som om man hade kommit direkt från gatan. Nu är det ju så att det syns inte på utsidan. Många av kvinnorna har fortfarande en fräschör som är otroligt missledande, och som hade gjort att de hade kunnat passera i ordinarie mödrahälsovård om man inte hade ställt strukturerade frågor kring deras levnadsvanor.

Trots betoningen av att det finns en mångfald inom patientgruppen framgår det av personalintervjun att man bedömer att vissa grupper av gravida är underrepresenterade vid mottagningen. Här avses främst resursstarka kvinnor. Personalen drar paralleller till hur riskbruk hos resursstarka patienter överlag kan vara svårare att identifiera, även inom vanlig somatisk vård, men lyfter även betydelsen av de egna föreställningarna i detta sammanhang:

P2: Man dömer fortfarande hunden efter håren på nåt sätt va... En, en kvinna som ser snygg och proper ut... och som kommer med sitt fina lilla barn, den bedömer man överhuvudtaget inte som... en riskperson.

I samband med detta understryker personalen återigen vikten av arbeta med strukturerade metoder (som exempelvis AUDIT) i syfte att inte missa enskilda patienter.

Ovanstående visar således att det finns en hel del variation inom mottagningens patientgrupp, men att personalen upplever att mer resursstarka kvinnor är underrepresenterade.

Aktualisering och inskrivning

Det utan tvekan vanligaste aktualiseringssättet in i MBHV:s verksamhet var via den ordinarie mödrahälsovården, följt av annat alternativ. Värt att notera är att ingen av patienterna aktualiserades via socialtjänsten och att enbart två patienter sökte själva.

Tabell 2. Aktualiseringssätt

	Antal
Socialtjänst	0
Ordinarie MHV	38
Egen försorg	2
Annat	9

Som framgår ovan sker aktualiseringen i de allra flesta fall via den reguljära mödrahälsovården. I samband med det första inskrivningssamtalet i mödrahälsovården genomförs i regel en screening där barnmorskan ställer frågor kring den gravida kvinnans bruk av alkohol, narkotika eller läkemedel. Av avgörande betydelse i detta fall är bedömningsinstrumentet AUDIT, ett strukturerat frågeformulär som syftar till att ge en bild av patientens eventuella risk- eller missbruk av alkohol. Om en gravid kvinna misstänks ha ett problematiskt bruk av alkohol, narkotika eller läkemedel, utifrån höga poäng på AUDIT eller grundat på annan information som framkommer vid inskrivningssamtalet, är tanken att barnmorskan ska kontakta MBHV-teamet för konsultation kring den aktuella patienten. Nästa steg i processen är, om det bedöms vara relevant och motiverat, att en barnmorska från MBHV-teamet deltar vid följande mödrahälsovårdsbesök och tillsammans med ordinarie barnmorska utreder den gravida patientens behov vidare samt eventuellt erbjuder henne möjlighet att bli inskriven hos specialistmödrahälsovårdsteamet. Personalen på MBHV-teamet beskriver hur de initiala misstankarna om ett problematiskt bruk i många fall bekräftas i och med dessa samtal:

P1 (vänd till P3): Och då, bara jag tänker på det att, det du brukar berätta är ju att många gånger, i det gemensamma samtalet som du och ordinarie barnmorska har med den gravida kvinnan, så förtydligas en bild som blir väldigt uppenbar för dig... att genom dina följdfrågor och hur du kan utforma ett samtal, du som är lik-som van att prata med kvinnor och ställa frågor och samtala på ett sånt sätt att du får adekvat information, så framkommer ju många gånger oerhört mycket mer än vad det gjorde i det här första samtalet, som alltså bekräftar att kvinnan, alltså hon hör många gånger om till oss.

Det är dock inte ovanligt att gravida kvinnor reagerar med skepsis då den ordinarie barnmorskan vid inskrivningssamtalet föreslår att personal från Haga ska närvara vid nästkommande möte:

P3: Och så säger hon [barnmorskan i ordinarie mödrahälsovård] bara att "... som en rutin här i mödrahälsovården nu så har vi så att då kommer det en barnmorska från Haga och är med på nästa besök.". Hon gör det väldigt lättsamt. Det här är inte lätt för dem, barnmorskorna. "Vem är det?" "Henne vill inte jag träffa!" Och så får jag försöka hjälpa kvinnan och vi hittar ett annat sätt, eller på något sätt lirkar in mig. Men när jag väl är där, då gör jag det fördjupade och då täcks ju allting av, och så säger jag såhär "Jag hör hur du har det och du tillhör, du skulle kunna få gå hos mig...", säger jag "... när du är gravid". Och det brukar inte vara så svårt. När det väl är gjort liksom...

Tabell 3. Graviditetsvecka vid första kontakten med MBHV-teamet respektive ordinarie mödrahälsovård

	Antal	Minimum	Maximum	Median
Graviditetsvecka vid första kontakt med MBHV-teamet	49	4	36	10
Graviditetsvecka vid inskrivning ordinarie mödrahälsovård	37	4	31	8

De samverkansrutiner som finns mellan ordinarie mödrahälsovård och MBHV-teamet tycks även resultera i att patienterna kommer till mottagningen relativt tidigt i graviditeten. Som framgår av tabell 3 finns dock en påtaglig spridning, där somliga patienter kommit i kontakt med MBHV-teamet i princip direkt efter graviditetsbeskedet medan enstaka patienter skrivits in så sent som under de sista graviditetsveckorna.

Sammanfattningsvis pekar ovanstående mot att den ordinarie mödrahälsovårdens generella screening är avgörande för att kvinnor med missbruksproblem ska komma i kontakt med den specialiserade mödrahälsovården så tidigt som möjligt i graviditeten. Samtidigt tydliggörs de svårigheter som kan finnas med att motivera kvinnor ur målgruppen in i en verksamhet som av den enskilda kan upplevas stigmatiserande.

De gravida patienternas hälsa och sociala nätverk

Nedan redovisas uppgifter om de gravida patienternas psykiska och fysiska hälsa, deras sociala nätverk samt förekomsten av problematiskt bruk av alkohol, narkotika eller läkemedel.

Fysisk och psykisk hälsa

Tabell 4. Hälsoproblem under graviditeten (n=50)

	Antal
Somatiska besvär/sjukdom	20
Psykisk ohälsa/psykisk sjukdom	37

Uppgifterna i tabell 4 avser hälsoproblem som framkommit antingen vid patienternas kontakter med den ordinarie mödrahälsovården eller efter inskrivning hos MBHV-teamet. Andelen patienter med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom uppgick till 74 procent. Här bör dock sägas att kategorin psykisk ohälsa/psykisk sjukdom är bred och innefattar allt från exempelvis sömnsvårigheter och abstinensbesvär till tyngre problematik såsom psykosjukdomar och personlighetsstörningar.

Förekomst av problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel

Av samtliga 50 patienter hade tolv inte screenats av den ordinarie mödrahälsovården. Av dem som bedömts enligt AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (36 patienter) hade 69 procent 6 poäng eller högre, vilket bland kvinnor brukar räknas som gränsen för riskdrickande (Berman, Wennberg & Källmén, 2012). Hälften av dem som screenats med AUDIT uppfyllde gängse kriterier för problematisk konsumtion (över 14 poäng på AUDIT bland kvinnor) (Berman, Wennberg & Källmén, 2012). När det gäller andra preparat hade tolv patienter uppgett narkotikaanvändning för den ordinarie mödrahälsovården och elva användning av läkemedel. Vid den fördjupade kartläggning som senare gjordes av MBHV framkom även att blandmissbruk var vanligt förekommande. Det ska påpekas att dessa uppgifter gäller självrapporterad konsumtion under året före graviditeten.

Samtliga patienter på MBHV-teamet lämnar regelbundet övervakade urinprov i syfte att bruk av alkohol, narkotika eller beroendeframkallande läkemedel ska upptäckas. Vad gäller problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel under själva graviditeten ger personalen på mottagningen uttryck för en upplevelse av att detta, i de fall det förekommer, är förknippat med en svårighet för den gravida kvinnan att fullt ut ta till sig graviditeten:

P3: ...alla kvinnorna får träffa någon av BVC-sköterskorna från vecka 25 och...man liksom... pratar mer om barnet, det gäller ju att verkliggöra barnet för att hålla drogfrihet. Så ibland säger jag det kanske tidigare att BVC ska komma in för att kvinnorna inte är gravida. Man... man förtränger litegrann sin graviditet, man kanske hittar sina gamla kompisar igen, man kommer in i de här gamla va-

norna. Vi får plötsligt positivt prov. Och så undrar vi ju "Hallå? Vad händer?". Så märker man ju det, att det är svårt alltså att ta till sig graviditeten.

Tabell 5. Misstänkt respektive bekräftad konsumtion av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel under graviditeten.

	Antal
Misstänkt konsumtion under graviditet	16
Bekräftad konsumtion utifrån urinprov	8

I tabell 5 redovisas misstänkt respektive bekräftad konsumtion av alkohol, narkotika och beroendeframkallande medel bland de totalt 50 gravida kvinnorna. För en klar majoritet bekräftades inte konsumtion via urinprov och för majoriteten fanns det inte heller misstanke om konsumtion. Det framstår med andra ord som att enbart en minoritet av patienterna konsumerade dessa preparat under graviditeten och det kan konstateras att omfattningen av patienternas problematiska bruk var avsevärt mycket lägre under själva graviditetsperioden än året före graviditeten.

Socialt nätverk

I patientgruppen fanns det uppgifter antingen från den ordinarie mödrahälsovården eller från MBHV-teamet kring förekomsten av socialt stöd. 35 patienter uppgav att de hade socialt stöd i sitt nätverk och detta utgjordes i de flesta fall av stöd från familj och vänner. Samtidigt bedömdes 27 mödrar ha någon typ av relationsproblem, till största delen i förhållande till partner, men i vissa fall även i relation till övrig släkt och familj.

Även under gruppintervjun berördes ämnet med patienternas sociala nätverk, främst med fokus på den gravida kvinnans partner/pappan till det väntade barnet. Diskussionen rörde olika perspektiv och visade till stor del på en uppgivenhet kring dessa pappor:

P4: ... det är väl tyvärr så att ofta har ju den här eventuella partnern, eller blivande pappan eller barnafadern, ännu större problem än kvinnan. Och har det ännu rörigare i sitt liv. Så att ... ja. Så kan det ju ofta se ut, tycker jag.

Svårigheten för papporna relateras även till att de inte har samma drivkrafter för att bryta missbruket som den gravida kvinnan:

P1: För att kvinnan blir motiverad att göra den här jättestora förändringen. Partnern som kanske, de har haft ett missbruk tillsammans, säger att han naturligtvis också ska göra en sån förändring, men det visar sig att han inte är lika motiverad. Han har ju inte heller samma grund för motivationen, när han inte bär på ett barn.

Samtidigt betonades att det även bland dessa pappor finns potentiella resurser att mobilisera; detta tycks dock främst gälla i de fall då den blivande mamman har alltför omfattande problem för att kunna axla föräldraansvaret:

P5: ...det är en väldigt viktig fråga, det här vad man kan räkna med, med tanke på att här kan ju finnas en kvinna som har otroliga svårigheter. Och då är det ju väldigt viktigt att veta hur det är med pappan. För nån måste ju liksom kunna... hur de kan stötta varandra i föräldraskapet. Likväl finns det ju situationer där man får se att han kanske måste vara förstevårdare och hon får träda tillbaks.

Sammanfattningsvis hade patienterna hög grad av samsjuklighet utifrån problematiskt bruk av alkohol, narkotika och/eller beroendeframkallande läkemedel i kombination med psykisk ohälsa. En klar majoritet uppvisade nykterhet och drogfrihet vid urinprov-analys under graviditeten. För hälften av gruppen fanns ingen misstanke om konsumtion vid uteblivna besök. Vad gäller patienternas sociala nätverk uppgav 70 procent att de hade stöd. Dock bedömde personalen att drygt hälften hade relationsproblem och att stödet ofta saknade stabilitet och uthållighet jämfört med de faktiska behoven. Majoriteten hade kontakt med den blivande pappan och bland dessa män var förekomsten av eget missbruk betydande.

Barnens hälsa

Födelseuppgifter

Tabell 6. Födelseuppgifter barn (n=50).

	Minimum	Maximum	Medelvärde
Födelsevikt, gram	1190	4495	3276,72
Huvudomfång, cm	27	37	34,00
Längd, cm	39	56	49,24
Född i graviditetsvecka	32	44	39,00

Tabell 6 presenterar födelseuppgifter för barnen. Barnen föddes i snitt i vecka 39. Den tidigaste födseln skedde i vecka 32 och den senaste i vecka 44. Som vidare framgår väjde barnen knappt 3300 gram i genomsnitt och där födelsevikten varierade från runt 1200 gram till runt 4500 gram. Den genomsnittliga längden var 49 cm och värdena varierade från 39 cm till 56 cm. Medelvärdet för barnens huvudomfång var 34 cm och huvudomfånget varierade från 27 till 37 cm.

Uppgifter under spädbarnstiden

I tabell 7 nedan redovisas uppgifter kring barnens hälsa och utveckling. Uppgifterna baseras på bedömningar från personal. När det gäller vikt-/längdutveckling och huvudomfång var utvecklingen normal för de allra flesta barnen som det fanns uppgifter om. För sju barn noterades dock avvikelser, vilket i de flesta fall innebar vissa förseningar i den motoriska utvecklingen. Därtill bedömdes svårigheter i relationen mellan förälder och barn föreligga i fyra fall där svårare psykisk ohälsa/sjukdom noterats hos modern.

Tabell 7. Barnets hälsa och utveckling

	Antal
Vikt/längdutveckling	
Normal	45
Avvikande	3
Huvudomfång	
Normal	48
Avvikande	0
Utveckling	
Normal	41
Avvikande	7
Regleringssvårigheter mat/sömn/skrik	
Nej	38
Ja	3
Svårigheter i anknytning	
Nej	33
Ja	4

Då arbetet inom enhetens BVC-verksamhet diskuteras i intervjun beskrivs bland annat hur det i vissa fall kan krävas en del arbete för att motivera patienterna till att stanna kvar på MBHV-teamet även efter barnets födelse, trots en önskan att vara "vanlig".

P3: För sen kan de plötsligt säga "Nej, jag vill gå på min vanliga BVC, för nu har det ju inte varit nåt.". Det kan de plötsligt säga, när jag börjar prata då i vecka 25 att "Ja, nu ska du ju träffa BVC-sköterska E här nästa gång vi ska... hon kommer att vara med på besöket...". "Eh, vilken BVC?". Du vet, då är det borta. "Jag ska ju gå i..."

P6: "Jag har ju inget missbruk..."

P3: Nä! "Och jag ska ju gå i [BVC på annan ort]. Vad är problemet liksom?"

Diskussionen rör sig även kring vilka svårigheter patientgruppen kan ha i sitt föräldraskap, och flera av personalen relaterar föräldrarnas eventuella svårigheter till deras egna erfarenheter av bristande omsorg under uppväxtåren. Framförallt fokuserar man här på risken för att utveckla en bristfällig relation till barnet:

P1: [...] Och sen kommer ju den reella anknytningen till barnet, och anknytningsförmågan, och anknytning blir det ju, det vet vi ju, men jag menar att vi vill inte hamna i att den är otrygg och desorganiserad, men dessvärre kan det ju vara så. [...] Den nyblivna mamman har ju en massa sätt att definiera normalitet som speglar hennes egna erfarenheter...

Flera samtidigt: Mm.

P1: Och då är det klart, i jämförelse med vad hon själv kanske bär med sig för erfarenheter så är det kanske... så är ju hon en fantastisk mamma. Men det är ju inte detsamma som att P4 och P5 [BVC-personalen] med glädje ser det som utspelar sig.

Personalen beskriver även hur vidarelussningen till reguljär barnhälsovård sker på olika sätt för olika patienter. I de fall mamman/föräldrarna saknar fast adress brukar de ofta gå kvar i verksamheten under lite längre tid, och ibland kan det även finnas önskemål från socialtjänsten om att en patient ska vara kvar i MBHV-teamet:s verksamhet tills barnet blivit lite äldre. Även patientens egna önskemål vägs in, om mamman exempelvis är orolig för att lämna MBHV-teamet. Man betonar också att det är viktigt för det långsiktiga arbetet att mamman/föräldrarna och barnet inte ses som vilka patienter som helst då de går över till den reguljära barnhälsovården och att samverkan kring patienten (med exempelvis socialtjänsten) kan bibehållas.

P5: [...] För det här är ju en annan grupp som ska löpa i en annan kanal därute i det ordinarie arbetet, än de som är välfungerande föräldrar om man får säga så, och barn som mår bra. [...] Och sen ska ju även det arbete som är uppbyggt när det gäller samverkan också gå över alltså, så att då ska ju sjuksköterskan veta om vilka personer som finns och socialtjänsten ska veta om vilka personer som har lämnat oss och gått över, och att nu gäller det att samverka med dem.

Personalen beskriver även hur mammorna/föräldrarna kan känna en stark ambivalens inför hur mycket information kring den egna historien de vill delge personalen inom den reguljära barnhälsovården i samband med överlämningarna.

P1: Men där kommer det ju också in, att då är ju du [vänd till bvc-sköterskan] vid kvinnans sida och uppmuntrar henne till att, "Om du själv kan berätta lite, vad det var som gjorde att du kom till oss". Och det kan ju ni också få jobba rätt mycket med, kvinnorna kan ju känna i de lägena, att då vill man vara vanlig-vanlig. Då vill man ha lämnat det där bakom sig. Och vi känner ju tvärtom att det är vik-

tigt att de bär det med sig, att det kan benämnas på någon nivå. För annars blir det... man får inte möjligheten till stöd, eller att bli sedd. Man måste dela sig igen. Så det jobbar vi ju med, som någonting väldigt tydligt.

Även i samband med övergången till den reguljära barnhälsovården aktualiseras således konflikten mellan patienternas önskan att få vara "normala" i kontakten med barnhälsovården och personalens oro för att det långsiktiga stödet kan äventyras i de fall överlämningen inte inbegriper tillräcklig information om kvinnans (tidigare eller pågående) problematik.

Hinder och gynnsamma situationer i arbetet under graviditeten

I det instrument som användes till datainsamlingen ingick också en bred, öppen fråga om olika typer av hinder och gynnsamma omständigheter i arbetet med patienterna. MBHV-teamet rapporterade hinder i arbetet med 20 av de blivande mödrarna. Det gällde främst att patienterna ansågs bagatellisera sina problem, alternativt sakna insikt i dessa. För 15 patienter fanns uppgift om att de avbrutit insatser, men uppgift i det avseendet saknades för närmare hälften av patienterna. Omvänt nämns gynnsamma situationer i arbetet med 18 av patienterna, bland annat med uppgifter om fungerande samarbeten och behandlingsmotivation.

Hinder i arbetet med spädbarnsfamiljerna rapporterades för 20 av patienterna, medan gynnsamma omständigheter nämndes för 17 patienter. Hindren avsåg i flera fall fortsätta problem i samverkan med socialtjänsten medan flera av patienterna också beskrevs som inte tillräckligt, eller enbart delvis, mottagliga för hjälp. När det gäller gynnsamma omständigheter beskrevs ofta att patienten var mottaglig för hjälp och motiverad att genomgå en förändring samt att en gynnsam samverkan kom till stånd.

I gruppintervjun med personalen uppkom vid flera tillfällen diskussioner kring olika typer av hinder i arbetet med patienterna. Personalen resonerar bland annat utifrån vilka skillnader som finns mellan MBHV-teamets patienter och patienter inom den reguljära mödrahälsovården. Något som återkommande nämns är hur patienterna tenderar att utebli från inbokade besök samt hur barnmorskor och övrig personal kan få arbeta mycket aktivt för att upprätthålla regelbundna patientkontakter.

P3: Våra kvinnor uteblir och de uteblir, och vi är på... De kvinnorna tar väldigt mycket tid. För precis som du säger, på en vanlig mödrahälsovårdscentral får man en räkning när man inte kommer. Man får betala för att man inte kom. Och här är vi liksom, det är mycket SMS-kontakt, vi ger oss inte, varje dag, flera gånger om dagen. Och vi går...det går igång en oro, och självklart en anmälan till socialtjänsten om det är så att hon uteblir för länge. Alltså det är ju det som också

är en stor skillnad. Att vi... Om man räknar, jag tror att jag hade 800 besök förra året och 280 eller 300 var återbud.

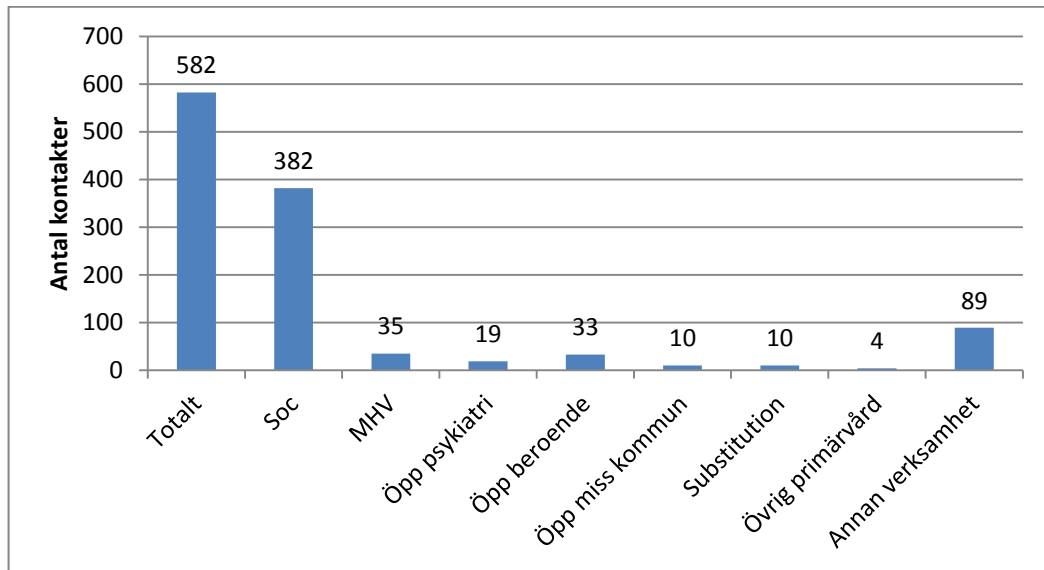
Ytterligare ett hinder i patientarbetet som lyfts fram av personalen under gruppintervjun är hur bedömningen av hjälpbehov kan skilja sig åt mellan MBHV-teamet och andra aktörer som man samverkar med. Detta gäller både under och efter graviditeten, då det finns behov av att upprätta en långsiktig plan för den enskilda patientens stöd, exempelvis i samarbete med socialtjänsten.

Hinder i arbetet med de gravida patienterna beskrivs som relativt vanliga och handlade i de flesta fall om att personal och patient inte hade någon överensstämmande bild av hur allvarlig patientens problematik var. Svårigheter med att enas om en gemensam problembild beskrevs även i samarbetet med externa aktörer som socialtjänsten. Även i arbetet med spädbarnsfamiljerna rapporterades hinder i samma omfattning, utifrån att föräldrarna inte ansågs mottagliga för hjälp.

Samverkan

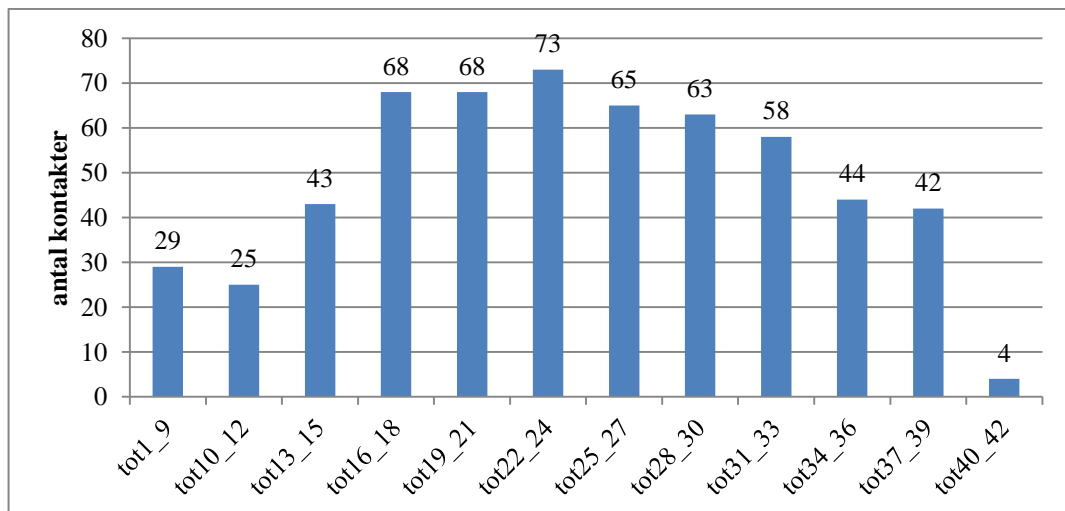
Kontakter med andra aktörer under graviditeten

Totalt hade Haga 582 kontakter (möte alt. telefon/epost) med andra enheter kring 39 patienter (dvs. inga kontakter med andra enheter för elva patienter). 66 procent av alla kontakter rörde socialtjänsten (totalt 382, se figur 1). Det var betydligt färre kontakter med den psykiatriska öppenvården och hälso- och sjukvårdens öppna beroendevård, liksom med den reguljära mödrahälsovården. MBHV-teamet hade därtill ett fåtal kontakter med den övriga primärvården, den kommunala öppna missbruks- och beroendevården samt den regionala verksamheten för substitutionsbehandling. Det ska dock sägas att det höga antalet totala kontakter till stor del beror på några enstaka patientärenden. Så svarade t ex kontakterna kring två patienter (101 resp 49 kontakter) för över 25 procent av alla kontakter.



Figur 1. Antalet kontakter mellan Haga och andra aktörer under patienternas graviditet.

I figur 2 presenteras antalet kontakter med andra aktörer utifrån graviditetsveckor. Som framgår skedde relativt sett flest kontakter mellan graviditetsveckorna 16 och 33, med en högsta notering under veckorna 22 till 24. Antalet kontakter ökade kontinuerligt fram till dessa veckor och minskade därefter gradvis till en förväntad lägsta nivå efter graviditetsvecka 40.

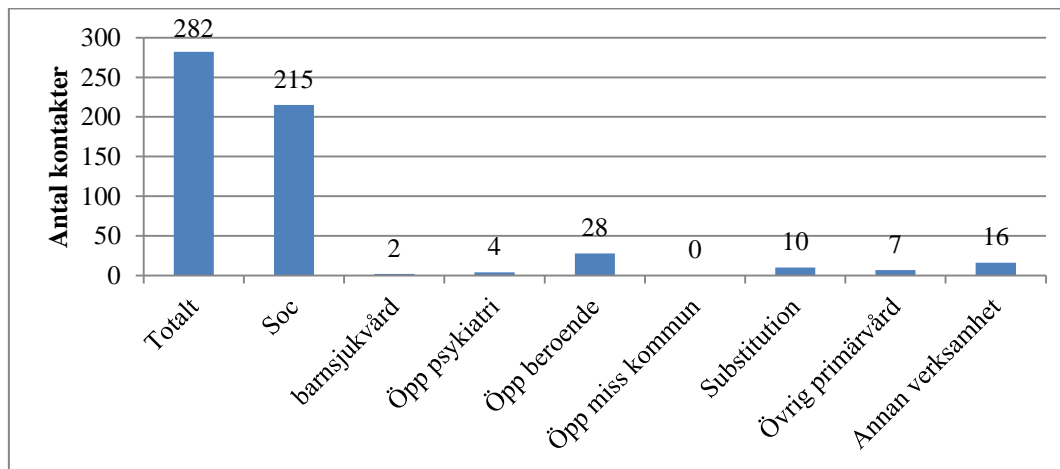


Figur 2. Antal kontakter mellan Haga och andra aktörer under olika graviditetsveckor.

Insatser i samarbete med andra aktörer

Haga hade vård- och behandlingsinsatser i samverkan med slutenvård för totalt åtta patienter och samverkan med öppenvård för en majoritet av patienterna (31 patienter) (ej i tabell). Samverkanspartners när det gäller slutenvård rörde till exempel familjehem och psykiatri medan exempel på samverkanspartners inom öppenvård var psykiatri och beroendevården.

Kontakter med andra aktörer efter födseln



Figur 3. Antalet kontakter mellan Haga och andra aktörer efter patienternas graviditet och fram till och med barnet var sex månader.

MBHV-teamet hade betydligt färre kontakter med andra aktörer efter barnets födelse än under graviditeten. Det var drygt 280 externa kontakter från födelsen tills det att barnen var drygt sex månader gamla (figur 3). Även här var en klar majoritet av kontakterna med socialtjänsten (76 procent). Kontakterna med barnsjukvård, öppenvårdspsykiatri och kommunens öppna missbruksvård var mycket få.

Socialtjänsten var således den överlägset vanligaste samverkansaktören. Detta märktes även i personalintervjun, då samarbetet med just socialtjänsten återkom som diskussionsämne. Bland annat resonerade personalen kring vikten av att de olika aktörer som är involverade kring en patient har en samsyn kring patientens behov, på både kort och lång sikt. Här uttalades ett visst missnöje med framförallt socialtjänsten, som kritiserades för att ha ett bristande långtidsperspektiv i arbetet med de berörda kvinnorna. Enligt personalen kan detta bidra till såväl att problemen förstoras upp som att de bagatelliseras. Personalen betonade faran med att händelser, såsom enskilda återfall, riskerar att misstolkas, då socialtjänsten väljer att inte bibehålla kontinuerliga kontakter med patienterna/klienterna:

P1: Men saknas den långsiktiga samordnade uppföljningen, då blir det på ett annat sätt. Då... säg då att det är en kvinna som får ett återfall. Och så är hon inget ärende i socialtjänsten och så kommer det till socialtjänstens kännedom, och hon är inget aktuellt ärende hos dem. Och de har knappt pejl på vad som har varit... då går de ju in och tar det som en krissituation, på största allvar, och ifrågasätter den här kvinnans långsiktiga kapacitet. Medan med våra mått mätt så var det, så är det där ett steg tillbaka, när man egentligen var på väg framåt...

Parallellt framhölls även att handläggare inom socialtjänsten tenderar att sända ut signaler om att deras uppfattning kring patientens/klientens problem och hjälpbehov skiljer sig från den uppfattning personalen på MBHV-teamet har, vilket riskerar att resultera i dubbla budskap och förvirring för den berörda kring vad som egentligen gäller:

P1: För då kommer det representanter från till exempel socialtjänsten hit. Det kan vara någon som redan är inne i ärendet, i form av till exempel vuxenhandläggare då. Och bagatelliserar fullkomligt behovet av långsiktigt stöd, därför att man konstaterar att nu har kvinnan hållit sig nykter och drogfri i flera månader. Det vill säga, hon är inget ärende, hon ska inte förbli något ärende ... hon får höra av sig om hon behöver någonting. [...] Och detta tycker vi är ett jättedilemma, för att då har vi långsamt byggt upp en skör motivation. Och när kvinnan blir bemött på det sättet så raderas den. Och då riskerar vi att bli de som fortsätter att citat: "tjata" om behovet av långsiktigt stöd, därför att vi vet att det är nödvändigt. Och det blir en splittring mellan professionella.

Sammanfattningsvis kan sägas att samverkan med andra enheter sker i relativt stor omfattning och att det är socialtjänsten som är den vanligaste samverkansaktören. Samverkan med exempelvis psykiatrin och den öppna beroendevården sker i betydligt lägre utsträckning. Vad gällde samarbetet med socialtjänsten uttryckte personalen vid MBHV-teamet ett visst missnöje kring de svårigheter som kunde uppstå med att etablera en samsyn kring patienternas/klienternas problembild och behov.

Diskussion

Arbetet vid MBHV-teamet handlar till stor del om att motivera patienterna in i verksamheten, att få dem att stanna kvar samt att, tillsammans med patienten och de samverkanspartners som är aktuella, skapa en gemensam problembild kring hennes behov av stöd och hjälp. I personalens beskrivningar återkommer den potentiella motsättningen i att tillgodose patientens (i vissa fall omfattande) vård- och stödbehov inom en verksamhet som kan upplevas som stigmatiserande, samtidigt som personalen vill bekräfta kvinnornas önskan om normalitet och förändring av tidigare levnadsvanor samt få in detta konstruktivt i behandlingsarbetet. En viktig utmaning tycks vara att kunna erbjuda ett samordnat och strukturerat stöd, samtidigt som den drivkraft som finns i viljan att vara som "alla andra" tillvaratas. Ovanstående dilemma beskrivs som särskilt framträdande då patienten lämnar mottagningens verksamhet och, tillsammans med sitt barn, övergår till reguljär BVC-verksamhet. I denna situation handlar det inte enbart om att patienten och personalen vid MBHV-teamet ska ha en samsyn kring den enskildas problematik och framtida stödbehov; det är framförallt socialtjänstens uppfattning i dessa frågor som blir avgörande för vilken beredskap som ska finnas kring familjen på lång sikt. Svårigheter i samarbetet mellan vården och socialtjänsten avseende gravida och föräldrar med missbruksproblem har även belysts i en skotsk studie byggd på fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal, däribland barnmorskor (Whittaker et al., 2015). Även i denna studie visades hur vårdpersonalen uppfattade att socialtjänsten i första hand fokuserade på barnskydd i de familjer som hade den allra tyngsta problematiken, medan de i alltför liten utsträckning intresserade sig för familjestöd och andra mer preventiva och långsiktiga åtgärder för de familjer som befann sig i en "gråzon" där läget inte var akut.

Samtidigt som resultatet pekar mot att det finns en hel del variationer inom patientgruppen uttrycker personalen en upplevelse av att mer resursstarka/"välintegrerade" kvinnor är underrepresenterade på mottagningen. Om detta stämmer kan det rimligen förstås som en återspeglning av en överrepresentation inom det svenska behandlingssystemet i stort av personer som utöver sina missbruksproblem även är socialt marginaliserade, t.ex. vad gäller boende- och arbetssituation (Storbjörk & Room, 2008).

Som framgår av resultaten samarbetar mottagningen i låg utsträckning med psykiatrin. Sett i ljuset av att en hög andel av de inskrivna patienterna bedömts ha psykisk ohälsa/psykisk sjukdom kan detta framstå som något förvånande. Det förklaras dock delvis genom att MBHV:s verksamhet innefattar psykiatrikompetens i form av en psykiatrisjuksköterska samt tillgång till psykiater på konsultbasis. Enheten har även en nära samverkan med beroendevården inom psykiatrin.

I personalintervjuerna lyfts svårigheten att engagera blivande pappor/medföräldrar som i många fall har en egen missbruksproblematik. Mycket talar för att utmaningen med att i högre grad involvera pappor/medföräldrar i patientarbetet är ett utvecklingsområde hos mödrahälsovården generellt. Att mödrahälsovården kan behöva arbeta mer aktivt för att engagera även blivande fäder har uppmärksammats både internationellt (Chin, Hall & Davies, 2011) och i svenskt perspektiv (Elvin-Nowak, 2011). För den grupp blivande pappor/medföräldrar som väntar barn tillsammans med de patienter som är inskrivna på MBHV-teamet, och som i många fall har en egen missbruksproblematik, tycks det dock extra angeläget med ett väl utvecklat förberedelsearbete inför det blivande barnets ankomst. Att i högre grad involvera blivande pappor/medföräldrar i mottagningens verksamhet framstår därmed som en angelägen målsättning.

Referenser

- Berman, A.H., Wennberg, P., & Källmén, H. (2012). AUDIT & DUDIT: identifiera problem med alcohol och droger. Stockholm: Gothia.
- Chin, R., Hall, P., & Daiches, A. (2011). Father's experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 4–18
- Elvin-Nowak, Y. (2011). *Finns det några pappor i din mammagrupp? Att prata jämställt föräldraskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Heimdahl, K., & Karlsson, P. (2013). *Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (a).
- Heimdahl, K., & Karlsson, P. (2013). *Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (b).
- Heimdahl, K., & Karlsson, P. (2015). *Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Storbjörk, J., & Room, R. (2008). The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research and Theory*, 16(1), 67–84
- Whittaker, A., Williams, N., Chandler, A., Cunningham-Burley, S., McGorm, K., & Mathews, G. (2015). The burden of care: a focus group study of health care practitioners in Scotland talking about parental drug misuse. *Health and Social Care in the Community*. 1–9.

Bilaga 1

Enkätnummer_____

Basuppgifter vid inskrivning

Inskriven ordinarie mödrahälsovård graviditetsvecka

Första kontakt med MBHV-teamet graviditetsvecka

Ev kommentar:

Födelseår

19

Födelseland

Tidigare barn (ja/nej)

antal

hemmavarande

placerade i samhällsvård (ja/nej). Antal

Aktualiseringssätt

1. via socialtjänst
2. via ordinarie mödrahälsovård
3. via egen försorg
4. annat sätt ...

Faderskap

1. finns uppgift om angiven fader
2. faderskap oklart

Familjesituation

1. ensamstående
2. gift/sambo
3. särbo

Om gift/sambo eller särbo:

Partner är

1. angiven fader med känt missbruk
2. angiven fadern utan känt missbruk
3. annan man med känt missbruk
4. annan man utan känt missbruk
5. övrigt

Om ensamstående:

Har kontakt med

1. angiven fader med missbruk
2. angiven fader utan missbruk
3. har ej kontakt med angiven fader
4. faderskap oklart

Kontakt med andra verksamheter

1. Socialtjänst
2. Vuxenpsykiatri
3. Beroendevård inom landstinget
4. Beroendevård inom kommunen
5. Annan, vad
6. Uppgift saknas

Bostad

1. Egen hyreslägenhet
2. Andrahandslägenhet
3. Sambo i partners lägenhet
1. Inneboende hos föräldrar/släktingar
4. Tränings/referenslägenhet
5. Jour- och korttidsboende
6. Akutboende för kvinnor
7. Bostadslös
8. Annat, specificera

Sysselsättning

1. Arbete
 - a. heltid
 - b. deltid
2. Studier
 - a. heltid
 - b. deltid

3. Arbetssökande med
 - c. a-kassa
 - d. försörjningsstöd
 - e. aktivitetsstöd
 - f. ingen uppgift
4. Sjukskriven
 - a. heltid
 - b. deltid
5. Aktivitetsersättning/sjukersättning
6. Övrigt, vad ...
7. Uppgift saknas

Socialt stöd i eget nätverk

1. Ja, i vilket avseende
2. Nej
3. Uppgift saknas

Hälsa

1. Somatiska besvär
2. Sjukdom

3. Psykisk ohälsa
4. Psykisk sjukdom

5. Övriga besvär (t ex abstinens, smärtproblematik)

Problembedömning av ordinarie mödrahälsovård avseende senaste 12 mån

1. poäng AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
2. Uppger användning av narkotika (ja/nej)
3. Uppger användning av läkemedel (ja/nej)
4. Ej screenats av ordinarie mödrahälsovård

Problembedömning av MBHV-teamet avseende senaste 12 mån

Alkohol

Problematisk alkoholanvändning (ja/nej)

Om ja:

- a. mer omfattande än indikerat av tidigare AUDIT

AVIR-2 (ja/nej)

Time-line Followback (TLFB) (ja/nej)

Om ja:

- a. intag graviditetsvecka/veckor
- b. substans

Annan information om intag under tidig graviditet (ja/nej)

Om ja:

- a. information via
- b. intag under graviditetsvecka/veckor
- c. substans

Diagnos alkohol*missbruk* (via ICD-10, DSM-IV el motsv) (ja/nej/okänt)

Diagnos alkohol*beroende* (via ICD-10, DSM-IV el motsv) (ja/nej/okänt)

Narkotika

Använt narkotika (ja/nej)

Huvuddrog (ja/nej)

Om ja, vilken ...

Blandmissbruk (ja/nej)

Bedömning med DUDIT (ja/nej)

Intag under tidig graviditet (ja/nej)

Om ja

- a. graviditetsvecka
- b. substans

Diagnos narkotika*missbruk* (via ICD-10, DSM-IV el motsv) (ja/nej/okänt)

Diagnos narkotika*beroende* (via ICD-10, DSM-IV el motsv) (ja/nej/okänt)

Beroendeframkallande läkemedel

1. Ordination som är skadliga avseende graviditeten
2. Missbruk (användning av läkemedel utöver ordination)

Rökning/nikotin (ja/nej/okänt)

Substitutionsbehandling (ja/nej)

Konsumtion under graviditeten efter inskrivning hos MBHV-teamet

Misstänkt konsumtion av alkohol/narkotika/beroendeframkallade läkemedel på grund av uteblivna besök/urinprover:

Grav.vecka

Konsumtion bekräftad via urinprov

Alkohol, grav.vecka

Narkotika, grav.vecka

Beroendeframkallande läkemedel, grav.vecka

Rökning/nikotin (ökad/minskad/oförändrad)

Kartlagda uppgifter efter inskrivning hos MBHV-teamet under graviditeten

Hälsa

1. Somatiska besvär, vad
2. Sjukdom, vad
3. Psykisk ohälsa, vad
4. Psykisk sjukdom, vad
5. Övriga besvär (t ex abstinens, smärtproblematik)

Social situation, nya/förändrade uppgifter

Missbruk partner

1. Ja
2. Nej
3. Uppgift saknas

Socialt stöd i eget nätverk

1. Ja, ange i vilket avseende
2. Nej
3. Uppgift saknas

Relationsproblem

1. Ja, ange i vilket avseende
2. Nej

Bostad

1. Ja, ange i vilket avseende
2. Nej

Sysselsättning

1. Ja, ange i vilket avseende
2. Nej

Övrigt, vad

Kontakter under graviditeten mellan MBHV-teamet och andra verksamheter

Mödrahälsovård (ordinarie, specialist, antenatal)

grav vecka	1-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	31-33	34-36	37-39	40-42
epost tel												
möte												

Socialtjänst, myndighetsutövning

grav vecka	1-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	31-33	34-36	37-39	40-42
epost tel												
möte												

Socialtjänst, stöd och behandling

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Öppenvårdsenhet inom vuxenpsykiatri

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Öppenvårdsenhet inom missbruks/beroendevård i hälso- och sjukvården

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Öppenvårdsenhet inom missbruks/beroendevård i kommunen

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Regional behandlingsenhet/Substitutionsmottagning

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Övrig primärvård, vad

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Annan verksamhet, vad

grav vecka	1-9	10- 12	13- 15	16- 18	19- 21	22- 24	25- 27	28- 30	31- 33	34- 36	37- 39	40- 42
epost tel												
möte												

Skriftlig orosanmälan (ja/nej)

Grav.vecka

Till vem

Vård- och behandlingsinsatser under graviditeten i samverkan med andra (ja/nej)

Slutenvård, vad

Öppenvård, vad

Hinder i arbetet med patienten**Gynnsamma situationer i arbetet med patienten****Avbrutna insatser (ja/nej)**

Vad

Uppgifter vid barnets födelse

Född i graviditetsvecka

Födelsevikt gram

Längd cm

Huvudomfång cm

Komplikationer vid födelse

1. Ja, i vilket avseende
2. Nej

Uppgifter under spädbarnstiden

Barnets hälsa och utveckling

Vikt/längdutveckling

1. normal
2. avvikande, hur

Huvudomfång

1. normalt
2. avvikande, hur

Utveckling

1. normal
2. avvikande, hur

Regleringssvårigheter mat/sömn/skrik (ja/nej)

Kommentar:

Svårigheter i anknytning (ja/nej)

Kommentar:

Moderns hälsa

1. Somatiska besvär, vad
2. Sjukdom, vad
3. Psykisk ohälsa, vad
4. Psykisk sjukdom, vad
5. Övriga besvär (t ex abstinens, smärtproblematik)

Konsumtion efter graviditet under tiden för uppföljning av MBHV-teamet**Alkohol**

1. Ja, uppgift via
2. Nej

Kommentar:

Narkotika

1. Ja, uppgift via
2. Nej

Kommentar:

Beroendeframkallande läkemedel

1. Ja, uppgift via
2. Nej

Kommentar:

Social situation, nya/förändrade uppgifter

Missbruk partner

1. Ja
2. Nej
3. Uppgift saknas

Socialt stöd (från t ex familj)

1. Ja, i vilket avseende
2. Nej
3. Uppgift saknas

Relationsproblem

1. Ja, ange i vilket avseende
2. Nej
3. Uppgift saknas

Boende

1. Ja, ange i vilket avseende
2. Nej

Övrigt

Kommentar:

Kontakter under spädbarnstiden mellan MBHV-teamet och andra verksamheter

Barnsjukvård

barn mån	0-0,5	0,5-1	1-1,5	1,5-2	2-2,5	2,5-3	3-3,5	3,5-4	4-4,5	4,5-5	5-5,5	5,5-6	6-6,5
epost tel													
möte													

Socialtjänst, myndighetsutövning

barn mån	0-0,5	0,5-1	1-1,5	1,5-2	2-2,5	2,5-3	3-3,5	3,5-4	4-4,5	4,5-5	5-5,5	5,5-6	6-6,5
epost tel													
möte													

Socialtjänst, stöd och behandling

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Öppenvårdsenhet inom vuxenpsykiatri

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Öppenvårdsenhet inom missbruks/beroendevård i hälso- och sjukvården

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Öppenvårdsenhet inom missbruks/beroendevård i kommunen

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Regional behandlingsenhet/Substitutionsmottagning

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Övrig primärvård, vad

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Annan verksamhet, vad

barn mån	0- 0,5	0,5- 1	1- 1,5	1,5- 2	2- 2,5	2,5- 3	3- 3,5	3,5- 4	4- 4,5	4,5- 5	5- 5,5	5,5- 6	6- 6,5
epost tel													
möte													

Skriftlig orosanmälan (ja/nej)

Barnets ålder

Till vem

Vård- och behandlingsinsatser under spädbarnstiden i samverkan med andra (ja/nej)

Barnsjukvård, vad

Vuxenvård, vad

Vård på institution eller familjehem (ja/nej)

1. förälder- och barnplacering
2. barnet placerat
 - a. med föräldrars samtycke
 - b. utan föräldrars samtycke

Stöd i öppenvård till barn och förälder utöver MBHV-teamet (ja/nej)

Om ja, vad

Hinder i arbetet med familjen

Gynnsamma situationer i arbetet med familjen

Avbrutna insatser (ja/nej)

vad

Utskrivning

barnets ålder:

Kommentar:

MBHV-teamets uppföljning efter utskrivning

Bilaga 2

Intervjuguide

Öppningsfrågor:

Presentationsrunda:

- Namn
- Yrke/ansvarsområde
- Hur länge man jobbat på Haga samt hur det kom sig att man började jobba här.

Nyckelfrågor/nyckelord:

- Kontakt, remittering och inskrivning
- Vårdprogrammets utformning (individuell anpassning av detta?)
- Annan typ av problematik
- Samverkan och överlämning
- Svårigheter och kritiska faser

Remittering

- Hur kommer patienterna i kontakt med mottagningen?
- Vem remitterar?
- Blir alla remitterade patienter inskrivna? (Vilka blir det inte?)

Praktiskt arbete

- Hur ser vårdprogrammet ut? Hur stort antal besök/kontroller? I vilken mån anpassas detta individuellt?
- Är annan typ av problematik vanlig? Hur arbetar man i så fall med detta?
- Finns det någonting i verksamheten som behöver förändras eller utvecklas?
- Vilka är de mest påtagliga svårigheterna/utmaningarna i ert arbete?
- Finns det några särskilt kritiska faser (avseende missbruksproblematiken) under den period en patient är inskriven hos er?

Samverkan

- Vilka enheter/instanser samverkar man med?
- Vad anser man om denna samverkan?
- Extra fokus på remittering och överlämning mellan Haga och ”vanliga” MVC och BVC. Vad är man nöjd med? Vad anser man fungerar sämre?

Rapporter Barn som anhöriga

Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2016:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv? Berg, L & Hjern, A. 2016:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsoekonomisk analys FAS, Nka, Linnéuniversitetet. Ericson, L, Hovstadius, B, Magnusson, L. 2015:10. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2015:9. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. Hovstadius, B, Ericson, L, Magnusson, L. 2015:8. Nka, Linnéuniversitetet.

Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd, konsekvenser för barnet samt metoder för stöd. Systematisk kunskapsöversikt. Janeslätt, G & Hayat Roshanay, A. 2015:7. Nka, Linnéuniversitetet.

Att se barn som anhöriga – om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Antologi, red. Järkestig Berggren, U, Hanson, E & Magnusson, L. 2015:6, Nka. Linnéuniversitetet.

Kunskapsunderlag för pedagoger om barn och elever med medfödda skador av alkohol. Rangmar, J. 2015:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Stuprör, hängrännor och rännkrokar, Alexanderson, K & Jess, K. 2015:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga, Rapport från Linnéuniversitetets och Nationellt kompetenscentrum anhörigas arbete, 2012–2014, Magnusson, L & Hanson, L. 2015:3. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsa och välbefinnande hos barn och ungdomar som har en förälder med progredierande neurologisk sjukdom, Ferm, U, Jenholt Nolbris, M, Jonsson, A, Linnsand, P & Nilsson, S. 2015:2. Nka Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – Fyra utvecklingsregioners arbete för att se och möta barn enligt paragraf 2 g i hälso- och sjukvårdslagen, Gustavsson, L, & Magnusson, L. 2015:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Unga omsorgsgivare i Sverige. Melander, C, Nordenfors, M och Daneback, K. 2014:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:4. Nka. Linnéuniversitetet, CHES.

Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Rapport 3 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESSE, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A, Rostila M, Berg L & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHESSE.

Utvärdering av Barntraumateamet. Bergh Johannesson K, Bondjers K, Arnberg F, Nilsson D, Ängarne-Lindberg T & Rostila M. Nka Barn som anhöriga 2014:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga när en förälder avlider. En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn. Bergman A-S, & Hanson E. Kunskapsöversikt 2014:1. Nka.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:6. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:5. Nka, Linnéuniversitetet.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Nka Barn som anhöriga. Rangmar J & Fahlke C. Kunskapsöversikt 2013:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESSE, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Berg L, Rostil M & Vinnerljung B. Rapport 2013:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHESSE.

Barn som är anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berggren U & Hanson E. Nka Barn som anhöriga 2013:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" – en kartläggning 2013:1. Hjern A & Manhica H. Kalmar: Nka. Linnéuniversitetet, CHESSE.

Publikationerna kan beställas/laddas ner via Nka:s webbplats
www.anhoriga.se/publicerat

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga
Box 762 – 391 27 Kalmar
Tel: 0480-41 80 20
E-post: info@anhoriga.se
www.anhoriga.se

Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga



Karin Heimdahl är doktorand vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Hennes avhandlingsarbete rör missbruk och föräldraskap.



Patrik Karlsson är docent och universitetslektor vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Hans forskning berör främst alkohol- och narkotikaanvändning inom olika grupper samt insatser för att förebygga eller minska konsumtionen.

Nka: Barn som anhöriga

2016:2

ISBN 978-91-87731-35-8

www.anhoriga.se