

Kvinnors erfarenheter av stöd från Mödra- Barnhälsovårdsteamet i Haga

*Monica Nordenfors
Ingrid Höjer*



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN
Rapport 2012:76

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid FoU i Väst/GR

En FoU-rapport vid FoU i Väst/GR ska:

- vara relevant för praktiskt verksamma och politiker inom välfärdsområdet,
- sätta studien i ett vidare sammanhang och vända sig till en bredare målgrupp än de som är direkt berörda,
- vara utvecklingsorienterad,
- anknyta till relevant forskning/kunskapsutveckling inom området,
- innehålla en beskrivning av metod och tillvägagångssätt samt en genomarbetad analys,
- vara tillgänglig, välstrukturerad och kännetecknas av god språkbehandling,
- före publicering granskas av forskare och anställda inom Göteborgsregionens kommunalförbund och Västra Götalandsregionen.

© FoU i Väst/GR

Första upplagan december 2012

Layout: Infogruppen GR

Omslagsbild: Ola Kjelbye

Tryckeri: Sandstens, Göteborg

ISBN: 978-91-89558-76-2

FoU i Väst

Göteborgsregionens kommunalförbund

Box 5073, 402 22 Göteborg

e-post: fou@grkom.se

Kvinnors erfarenheter av stöd från Mödra-Barnhälso- vårdsteamet i Haga

*Monica Nordenfors
Ingrid Höjer*

English Summary

Drug- and alcohol abuse are risk factors that will have a detrimental effect on the child and on parents' ability to care for their children. It is therefore of great importance to provide qualified support at as early a stage as possible to pregnant women who abuse drug and/or alcohol. Women with such problems need support and frequent follow-up visits, provided by highly skilled and competent professionals. The cross disciplinary specialist care for substance-abusing pregnant women/new mothers and their babies, MBHV-team¹ in Gothenburg is one of few professional maternal- and child health care teams in Sweden that have the competence to provide such support to this group of women.

This report account for the experiences of 17 women, who have been using the services of the MBHV-team during their pregnancy, as well as during the first six months after their babies were born. The women were interviewed with the aim to find out how they perceived the support they received from the MBHV professionals (mid-wives, nurses, social-workers, doctors), and in what ways this support helped them to restrain from the use of alcohol and/or drugs. Additionally, group-interviews were also made with the MBHV-team members.

At their first contact with the MBHV-team, all women are informed of the structure used at the MBHV-unit. This structure includes frequent visits at the clinic, as well as regular urine tests, to check that the women restrain from using alcohol and/or drugs. However, albeit this fixed structure is important, all professionals strive at being as flexible and dynamic as possible, and adjust their work to every woman's personal needs and wishes.

In the interviews, the 17 women gave account for different forms of

1. Maternal- and child health care team.

support received from the MBHV-team. Most of the women in the sample had problematic and unstable life-situations at their first contact with the MBHV-team, and they were in need of a combination of medical, emotional and practical support. For example, many women needed help with housing and financial support, as well as immediate advice concerning the pregnancy. The professionals in the MBHV-team have developed considerable skills in coordinating measures from social services, mental health services and medical services. This skill was highly appreciated by all the interviewed women; they appreciated help from the team in accessing practical support from the institutions referred to above – such help meant a great deal for the women’s ability to cope with pregnancy and future parenthood, and to stay away from alcohol and/or drugs.

Easy accessibility to the MBHV-team was also much appreciated. Several of the interviewed women described how they were able to make an appointment with the team members at very short notice when they needed to have “instant” support or help. This could for example be emotional help when the level of anxiety was high, or support at occasions where they found it specifically difficult to avoid alcohol and/or drugs. This accessibility made the interviewed women feel welcomed and important.

The interviewed women perceived the professional attitude of the MBHV-team as respectful and accepting. Being received with such a respectful attitude made the women feel confident and competent, reduced the risk of stigmatising and enhanced the self-esteem of the women.

The support given by the MBHV-team has the mother and the child as it’s primary focus. According to the team-members, they hope to be able to also include fathers as a future target for the team’s work. Other areas that need more attention are the team’s collaboration with social services and mental health services. Furthermore, the team emphasises the importance of finding ways to work with women who are dependent on medicines – a group which has different problems and different needs compared to women who abuse alcohol and/or drugs.

To sum up – the support given from the MBHV-team to pregnant women and women who recently became mothers and have problems with alcohol and/or drugs, is based on scientific knowledge according to what research shows as best practices. Most of the interviewed women perceived the given support as helpful, and of great importance to their ability to restrain from alcohol and/or drug abuse. Thus, the work performed at the MBHV-clinic provide opportunities to safeguard children’s rights to be protected from harm, connected to drug and/or alcohol abuse of pregnant women and mothers.

Innehåll

| | |
|---|----|
| SAMMANFATTNING | 11 |
| INLEDNING | 13 |
| En kort presentation av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga | 14 |
| STUDIENS GENOMFÖRANDE | 17 |
| Urval | 17 |
| Reflektion över urvalet | 18 |
| Intervjuer med mammor | 18 |
| Intervjuer med personal | 19 |
| Referensgrupp | 19 |
| Analysarbete | 19 |
| Etiska överväganden | 19 |
| NÄR EN KVINNA KOMMER I KONTAKT MED MBHV-TEAMET ... | 21 |
| Aktivt förhållningssätt gentemot en kvinnas ambivalens huruvida hon vill fullfölja sin graviditet eller inte | 22 |
| Anknytning | 23 |
| Samverkan med socialtjänsten | 24 |
| TIDIGARE FORSKNING | 25 |
| Stöd och vård | 27 |
| Forskning med ett genusperspektiv | 28 |
| Familjer | 30 |
| Organisering av vården/stödet | 30 |
| Sammanfattande reflektion | 30 |
| TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER FÖR ANALYSEN | 31 |
| Mammors ansvar | 31 |
| Stigma | 32 |
| Sociala konstruktioner | 33 |

| | |
|---|----|
| MAMMORNAS SITUATION | 35 |
| Tankar kring graviditeten | 35 |
| Blandade känslor inför graviditeten – oro och farhågor blandas med positiva tankar | 36 |
| Graviditeten förändrar livet | 37 |
| Föräldraskap | 38 |
| Otilträcklighetskänslor och oro | 39 |
| Oro för att barnet skall ha påverkats av missbruket | 40 |
| Barnens pappor | 41 |
| Föräldraskapet som identitetsmarkör | 44 |
| Stöd från MBHV-teamet i föräldraskapet | 45 |
| Socialt nätverk | 45 |
| Att bryta med gamla kontakter | 45 |
| Kontakt med vänner | 46 |
| Kontakten med den egna familjen – föräldrar och syskon | 47 |
| Framtiden | 47 |
| Att byta från MBHV-teamet till en ”vanlig” BVC | 48 |
| Sammanfattande reflektion av kvinnornas berättelser | 49 |
| STÖDET SOM GES VID MÖDRA-BARNHÄLSOVÅRDSTEAMET | 51 |
| Stöd | 51 |
| Tät och regelbunden kontakt | 51 |
| Tillgänglighet | 53 |
| Helhetsperspektiv | 54 |
| Mobilisering av nätverk | 55 |
| Delaktighet | 56 |
| Både vuxen/mamma- och barnperspektiv | 56 |
| Sammanfattande reflektion | 57 |
| Kontroll | 57 |
| Urinprov | 59 |
| Kartläggningsinstrumentet ASI | 61 |
| Att bli intervjuad | 62 |
| Sammanfattande reflektion | 64 |
| Gruppverksamhet | 65 |
| Att träffa likasinnade | 65 |
| Att inte känna samhörighet | 66 |
| Sammanfattande reflektion | 67 |
| Bemötande | 67 |
| Att bli sedd för den man är | 68 |
| Att bli bekräftad | 69 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| Att känna sig ifrågasatt..... | 70 |
| Att bli till i mötet med andra | 72 |
| Föreställningar om kvinnorna..... | 74 |
| Sammanfattande reflektion..... | 75 |
| Dilemman kring stöd till pappan | 76 |
| Sammanfattande reflektion..... | 79 |
| SUMMERING OCH ANALYS | 83 |
| Mellan stöd och kontroll..... | 84 |
| Relation | 85 |
| Stigma | 85 |
| Några utvecklingsområden..... | 86 |
| Kunskapsstyrd verksamhet..... | 88 |
| REFERENSER | 89 |
| Andrahandsreferenser..... | 91 |
| BILAGA 1 | 93 |
| BILAGA 2 | 95 |

Sammanfattning

Missbruk är en av de riskfaktorer som påverkar föräldrafunktionen i hög grad. Gravida kvinnor med missbruksproblematik har stora behov av stöd inom en mängd områden, de behöver mycket tätare uppföljning än vad mödrahälsovården vanligtvis kan erbjuda och kvalificerat stöd av yrkesgrupper med beroende- och socialkurativ kompetens (Socialstyrelsen, 2007). Mödra- Barnhälsovårdsteamet (MBHV-teamet) är en av ett fåtal resursenheter i Sverige som arbetar specifikt med gravida kvinnor med missbruksproblem och deras barn.

Tyngdpunkten i denna rapport är erfarenheter från kvinnor (17 kvinnor har intervjuats) som alla har haft kontakt med MBHV-teamet. Syftet är att undersöka hur de upplever det stöd de fått av de professionella i MBHV-teamet under sin graviditet och under de första sex månaderna sedan barnet fötts.

Teamets arbete utgår från ett helhetsperspektiv och kan karakteriseras som flexibelt inom en fast struktur. Strukturen i MBHV-teamet består av tydliga former för vad en kvinna som har kontakt med teamet behöver förhålla sig till, som t.ex. tät kontakt och kontroller samt regelbundna urinprov. De blivande mammor som kommer i kontakt med teamet informeras från början om att kontakten med teamet, förutom ett utökat stöd, också innebär att de underkastar sig att bli kontrollerade. Flexibiliteten innebär att personalen anpassar utformningen av stödet utifrån den individuella kvinnans behov. Kvinnorna i studien beskriver en mängd olika former av stödinsatser. I mötet med mammor och barn vägs praktiska förhållanden som t.ex. bostadssituation, mammans psykiska mående och sociala situation samman och utgör grunden för hur stödet utformas. Flera av de kvinnor som kommer till MBHV-teamet har en instabil social situation och de behöver hjälp, inte enbart med stödjande eller terapeutiska samtal, utan även basal praktisk hjälp. Om inte de basala praktiska behoven är lösta, är det svårt att tillgodogöra sig annat stöd.

Tillgängligheten fyller också en viktig funktion, att snabbt kunna hjälpa kan kompensera ett sug efter droger och lindra ångest. Det ger också kvinnorna en signal att de är välkomna till teamet. De kvinnor som upplever att stödet har varit positivt och hjälpt dem att utvecklas beskriver att de har känt sig delaktiga i utformningen av stödet.

Genom de intervjuade kvinnornas berättelser framträder personalens förhållningssätt där de, i enlighet med de flesta av de intervjuades beskrivning, lyckas förmedla ett accepterande, respektfullt förhållningssätt där kvinnorna upplever att de har en egen kompetens och förmåga. De flesta av mammorna upplever att de får positiv feedback och de har en upplevelse av att känna sig sedda för den de är. Detta förhållningssätt skapar goda förutsättningar för att stödja mammorna i att få en ökad självkänsla och motverkar stigmatiserande processer.

Stödet i MBHV-teamet är utformat med mamman och barnet i fokus. Ett utvecklingsområde är att arbeta fram former för stöd även till papporna – något som personalen efterfrågar, men som i dagsläget inte finns med i MBHV-teamets uppdrag. Andra utvecklingsområden som personalen identifierar är kontakten med socialtjänsten, samarbetet med psykiatri samt att utveckla kontakten med de kvinnor som är läkemedelsberoende, vars problematik skiljer sig från kvinnor med andra former av missbruksproblematik.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det stöd som MBHV-teamet erbjuder bygger på vetenskaplig grund. Stödet är utformat i enlighet med vad forskning inom området beskriver som verksamt. De kvinnor som har deltagit i studien bekräftar detta, vilket inte innebär att alla är nöjda. Dock får förutsättningarna anses vara goda för att ta tillvara det väntade/nyfödda barnets rätt och möjlighet att inte utsättas för fara och komplikationer på grund av missbruk hos den gravida kvinnan samt att stödja kvinnan att ta sig ur och avstå från sitt missbruk.

Inledning

Att vänta barn är en omvälvande upplevelse. Föräldraskapet medför förändringar på många olika nivåer. Kroppen förändras, det sociala livet påverkas, liksom arbetslivet. Tanken på att vara ansvarig för ett nytt liv påverkar den egna självbilden.

För de kvinnor som – av olika anledningar och på olika sätt – haft problem med missbruk av alkohol, droger och läkemedel kan en graviditet ses som problematisk, men den kan också innebära en livsförändring och en vändpunkt. Det stöd som ges till blivande mammor, och också till blivande pappor, som haft erfarenhet av sådana problem, kan bli avgörande för både barns och föräldrars välbefinnande.

Tyngdpunkten i rapporten är erfarenheter från kvinnor som alla har haft kontakt med Mödra- Barnhälsovårdsteamet (MBHV-teamet). Syftet är att undersöka hur de upplever det stöd de fått av de professionella i MBHV-teamet under sin graviditet och under de första sex månaderna sedan barnet fötts.

I studien har vi utgått från följande frågeställningar:

- Vilka behov av stöd anser mammorna (och i förekommande fall den andre föräldern) att de har?
- Hur uppfattar mammorna det stöd de får av MBHV-teamet?
- Hur uppfattar mammorna (och i förekommande fall den andre föräldern) sitt föräldraskap?
- Hur beskriver personalen sitt arbete med att ge stöd i föräldraskapet och hjälpa mammorna att avstå från droger och alkohol?
- Hur ser teamets samverkan med övriga aktörer i samhället ut?

Vår förhoppning är att vi i rapporten kan förmedla kvinnornas erfarenheter av, och synpunkter på, sin kontakt med MBHV-teamet, både under den tid

de var gravida och under de sex månader de haft kontakt med teamet efter barnets födelse. Rapporten pekar på viktiga faktorer för stöd till kvinnor under denna avgörande period, vad som förefaller fungera och vad som kan utvecklas ytterligare.

Vi vill tacka alla de kvinnor som tagit sig tid att träffa oss, och bli intervjuade. De har generöst svarat på våra frågor, och delat med sig av sina erfarenheter. För oss har det varit lärorikt och inspirerande att få träffa mamorna – och också alla glada och aktiva barn. Vi vill också tacka personalen på MBHV-teamet som hjälpt oss att komma i kontakt med de intervjuade kvinnorna, och som deltog aktivt i planeringen av studien, och tog sig tid att delta i gruppintervjuer. Dessutom vill vi tacka Systembolagets råd för alkoholforskning (SRA), Primärvården Göteborg och Länsstyrelsen i Västra Götaland, som har finansierat studien.

En kort presentation av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga

Sedan 2007 driver primärvården i Göteborg tillsammans med primärvården i södra Bohuslän i nära samverkan med Beroendekliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset en resursenhet, Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga (MBHV-teamet). Verksamheten riktar sig till gravida kvinnor med aktuell eller tidigare missbruks-/beroendeproblematik och deras barn.

Syftet med verksamheten är att tillvarata det väntade/nyfödda barnets rätt och möjlighet att inte utsättas för fara och komplikationer på grund av missbruk hos den gravida kvinnan, stödja kvinnan att ta sig ur ett missbruk och till fortsatt drogfrihet samt verka för ett förbättrat omhändertagande av gravida kvinnor och nyblivna mammor med missbruks-/beroendeproblem och deras barn.

Enheten har även i uppdrag att vara ett kunskapscentrum och fungera som konsult och handledare för personal verksam inom mödra- och barnhälsovården i Göteborg och Södra Bohuslän. Verksamheten riktar sig även till andra för kvinnan, barnet och familjen angelägna verksamheter under graviditet, förlossning och spädbarnstid som t.ex. socialtjänst och SU:s obstetrikenheter.

Enheten erbjuder tvärprofessionell kompetens för att tillgodose de behov av hälsovård och stöd som aktuella kvinnor, barn och familjer har genom att tillhandahålla:

- specialiserad och individuellt anpassad hälsovård under graviditeten inklusive förlossningsförberedelse och stöd inför föräldraskapet
- specialiserad och individuellt anpassad barnhälsovård under barnets första halvår och en uppföljande kontakt med barnet och familjen

under spädbarnstiden utifrån specifika omständigheter och behov. Denna långsiktiga uppföljning sker i nära samverkan med ”hem-BVC” (barnvårdscentral) där barnet då är inskrivet och barnet/familjen har sin kontakt. Denna uppföljande kontakt är ett stöd för såväl kvinnan som för ordinarie BVC-personal

- rådgivning, stöd och behandling för kvinnans beroendeproblematik
- handledning och konsultation till personal inom ordinarie MVC och BVC. (verksamhetsberättelse 2010)

På enheten arbetar barnmorskor, BVC-sjuksköterskor, kurator, undersköterska/teamassistent, sjuksköterska i psykiatri (Beroendekliniken), gynekolog, barnläkare, psykiater (Beroendekliniken) och en verksamhetschef.

Studiens genomförande

Syftet med studien var att undersöka hur de kvinnor som varit inskrivna och fått stöd av MBHV-teamet upplevt det bemötande de fått, vilken betydelse stödet får för deras föräldraskap samt för kvinnornas möjligheter att avstå från alkohol och droger.

I inledningsfasen av studien hade vi flera träffar med all personal i MBHV-teamet. Avsikten med dessa träffar var dels att få information om verksamheten och dels att tillsammans med personalen diskutera vilka frågeområden som var av störst intresse för studien. Tillsammans med personalen arbetade vi fram den frågeguide som sedan användes i intervjuerna (se bilaga 1).

Urval

Personalen i MBHV-teamet överlämnade ett informationsblad (se bilaga 2) till kvinnorna som var inskrivna i verksamheten. I informationsbladet förklarades syftet med studien, och där beskrevs också hur intervjuerna skulle gå till. Totalt har 49 kvinnor tillfrågats, som var inskrivna vid MBHV-teamet under perioden 2009-10-01 – 2010-09-30. 36 av dessa kvinnor tackade ja till att delta i studien, och därmed gick de med på att vi fick tillgång till deras telefonnummer. Efter att vi tagit kontakt – eller försökt ta kontakt – per telefon, var det till slut 17 kvinnor som tackade ja, och som intervjuades. Tre tackade nej, eftersom de ”hade för mycket omkring sig”. Tre ville att vi skulle återkomma senare, men det gick ändå aldrig att hitta någon tid som passade för intervju. Fyra avbokade inplanerade tider för intervjuer vid flera tillfällen. Övriga svarade inte på telefon trots upprepade försök att nå dem. Vi tolkar det som att dessa kvinnor egentligen inte ville bli intervjuade. Att ständigt skjuta upp eller ändra bestämda tider kan ha varit ett sätt att undvika att bli intervjuad utan att säga ett direkt ”nej”.

Vi har således totalt intervjuat 17 mammor. De två yngsta var 21 år, och den äldsta var 40 år då intervjun genomfördes, medelåldern ligger på 30 år. Samtliga intervjuade, utom en som vid intervjun ännu inte fött sitt barn, bodde tillsammans med de barn som fötts under den tid de haft kontakt med MBHV-teamet. Då intervjuerna genomfördes var barnen runt ett år, eller yngre. 12 mammor bodde ensamma med sina barn, och fem levde tillsammans med barnets pappa – två av dessa fem var gifta. För 12 av de intervjuade mammorna var det deras första graviditet. Fem kvinnor hade redan erfarenhet av att vara mamma – två hade ett barn sedan tidigare, två hade två barn, och en kvinna hade redan tre barn då hon födde det barn hon var gravid med under den tid hon hade kontakt med MBHV-teamet.

I de flesta fall var kvinnornas barn närvarande vid intervjun, vilket satte sin prägel på samtalet. I ett fåtal fall var det svårt att kunna koncentrera sig på själva intervjuandet, då barnen krävde mycket uppmärksamhet. Emellertid tycker vi ändå att det var en fördel att ha med barnen vid intervjun. De intervjuade kvinnorna var stolta och glada över sina barn, och samspelet mellan mamma och barn var också en del av den information som förmedlades vid intervjutillfället.

Reflektion över urvalet

Av de 49 kvinnor som tillfrågades av MBHV-teamet tackade sex nej på grund av en besvärlig livssituation, med återfall i missbruk, och omhändertagande av barnen (övriga tackade nej av andra orsaker). De kvinnor som valde att vara med i studien är troligtvis också de som vid intervjutillfället hade en relativt positiv livssituation. Samtliga av de intervjuade levde tillsammans med sina barn och hade en ordnad boendesituation. Det är möjligt att de kvinnor som tackade nej till att delta i studien hade en mera komplicerad livssituation. Som framgår i nedanstående resultatvisning, så är de allra flesta mammor mycket nöjda med insatsen från MBHV-teamet och det stöd de fått där. Det är möjligt att vi hade mött mera kritiskt inställda mammor om vi lyckats nå alla dem som haft kontakt med teamet.

Intervjuer med mammor

Kvinnorna fick själva bestämma tid och plats för intervjun. Åtta intervjuer genomfördes i MBHV-teamets lokaler vid Järntorget, två intervjuer gjordes i universitetets lokaler och fem genomfördes i kvinnornas hem. Två intervjuer gjordes per telefon. Möjligheten att själv bestämma var intervjun skulle genomföras uppskattades av de intervjuade kvinnorna. Samtliga intervjuer spelades in, och transkriberades sedan ordagrant.

Intervjuer med personal

Teamets personal består av två barnmorskor, två BVC-sjuksköterskor, en kurator, en undersköterska/teamassistent, en psykiatrisköterska, en gynekolog, en barnläkare, en psykiater samt en verksamhetschef. Två gruppintervjuer genomfördes med personalen, där alla anställda, utom gynekologen och barnläkaren, deltog vid ett av intervjutillfällena. De anställda beskrev sitt arbete och sitt möte med mammorna på ett utförligt sätt. För oss som forskare blev dessa intervjuer viktiga, och underlättade för oss att förstå det komplexa arbetet med att möta kvinnor i olika livssituationer.

Referensgrupp

Under hela projektets genomförande har vi fortlöpande diskuterat projektet och dess resultat i en referensgrupp, bestående av verksamhetschefen i MBHV-teamet samt anställda vid Länsstyrelsen i Västra Götalands län, FoU i Väst/GR, Kvinnoenheten vid Beroendekliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndals Stad, Stadsdelsförvaltningarna Lundby och Västra Hisingen i Göteborgs Stad, Vägen-ut-kooperativet Karins döttrar² och Göteborgs universitet. Referensgruppens kommentarer har varit viktiga för arbetet med projektet, under inledningsfasen och insamlandet av data, såväl som under analysarbetet.

Analysarbete

Samtliga intervjuer – både de individuella och gruppintervjuerna – analyserades sedan med hjälp av *meningskategorisering* (Kvale 1997). I denna del har det som vi uppfattar som det centrala i budskapet återgetts. Utifrån de frågeområden som användes i intervjuguiden, och från de frågeställningar som formulerats, sökte vi användbara teman för att kategorisera den information som genererats genom intervjuerna. Viktiga teman som fanns med i inledningen av studien är: stöd, kontroll och bemötande. Tidigare forskning och ett konstruktionistiskt perspektiv har även guidat analysen i riktning mot de intervjuades upplevelser av vilka de har blivit i mötet med personalen, personalens beskrivning av mammorna och papporna samt utformningen av stödet till respektive grupp. Såväl likheter som skillnader i upplevelser har varit av intresse.

Etiska överväganden

Då det handlar om forskning där människors problematiska livserfarenheter är i fokus, är det av största vikt att reflektera över etiska förhållningssätt. De kvinnor som deltog i studien blev alla tillfrågade av den person i MBHV-

2. Föreningen Karins Döttrar är ett väv- och konsthandverkskooperativ som välkomnar kvinnor som vill bryta med missbruk och kriminalitet.

teamet som de sedan lång tid tillbaka haft kontakt med. Inga personuppgifter lämnades ut till oss som forskare, innan samtycke gavs från de tillfrågade kvinnorna. Kvinnorna fick muntlig information om studiens utformning och syfte från sin kontaktperson från MBHV-teamet, och även skriftlig information (se bilaga 2). I informationen framgick tydligt att deltagandet i studien var frivilligt, och att de när som helst under intervjun kunde avbryta sitt deltagande.

Vi uppfattade att alla kvinnor som deltog i studien var positiva till att delta. Flera av dem menade att kontakten med MBHV-teamet hade varit så betydelsefull för dem, att de gärna medverkade i forskning som kunde sprida kunskapen om verksamheten även till andra professionella. De såg gärna att alla blivande mammor och pappor fick tillgång till liknande resurser.

Projektet är prövat och godkänt av regionala etikprövningskommittén i Göteborg 2010-08-05.

När en kvinna kommer i kontakt med MBHV-teamet

En gravid kvinnas kontakt med MBHV-teamet kan inledas på olika sätt. Den vanligaste vägen är att en kvinna av ordinarie MVC rekommenderas att ha kontakt med MBHV-teamet. Även andra verksamheter inom vården eller socialtjänsten kan ta initiativ till kontakt. Kvinnan kan också själv ta direkt kontakt med teamet.

Med stöd av det nationella Riskbruksprojektet har ett nytt arbetssätt implementerats i den ordinarie mödrahälsovården. Det innebär att alla gravida kvinnor ges en första besökstid så tidigt som möjligt i graviditeten och då tillfrågas om sina alkoholvanor (screeningformuläret AUDIT). Samtliga gravida kvinnorna får även frågor om de någon gång använt droger och vilka läkemedel de har eller har slutat med när de blev gravida. Om kvinnan bedöms ha problem eller ligga i riskzonen och om kvinnan använt droger under det senaste året eller tar/har tagit (innan vetskap om graviditet) fosterskadande/beroendeframkallande läkemedel, tar barnmorskan kontakt med MBHV-teamet. Teamets barnmorska träffar den gravida kvinnan för att bedöma hennes problematik och ge information om det stöd som erbjuds och de krav (t.ex. att lämna urinprov) som ställs på de blivande mammorna i verksamheten.

Teamets barnmorska informerar därefter det övriga teamet om kvinnans problematik och livssituation. Om det är oklart huruvida kvinnan hör till målgruppen diskuteras detta i hela teamet, som beslutar i frågan, ibland efter fler möten med kvinnan. Kvinnan får skriftlig information om hur teamet arbetar och lämnar muntligt samtycke till samverkan mellan teampersonal och mellan teamet och andra verksamheter inom vården eller socialtjänsten.

Den fortsatta kontakten med barnmorskan innebär i regel besök för att lämna urinprov varje vecka eller oftare. Barnmorskan kartlägger och bedömer kvinnans problem och resurser genom en ASI-intervju med frågor om tidigare erfarenheter och nuvarande situation inom olika livsområden. Genom inter-

vjun blir kvinnan en aktiv part i kartläggningen och i teamets problem- och personbedömning. Målsättningen är att skapa en tillitsfull relation till kvinnan och forma kontakten utifrån hennes individuella behov.

Ytterligare instrument används i teamet för fördjupad kartläggning av kvinnans alkoholvanor (AVI-R-2), drogvanor (DUDIT) och psykiska hälsa (Psykiatrisk egenbedömning). Den fördjupade kartläggningen blir utgångspunkt för den individuella vårdplaneringen och teamets fortsatta arbete med kvinnan och hennes nätverk.

Barnmorskan och senare BVC-sjuksköterskan följer upp planeringen genom teamsittningar varje vecka under graviditeten och barnets första halvår. Teamets undersköterska har en viktig roll vid urinprovslämning under graviditeten och övrig provtagning. Teamets kurator respektive psykiatrisjuksköterska kan ha såväl enskilda samtal som samordnade kontakter inom teamet och med samarbetspartners. Teamets gynekolog och barnläkare träffar alla kvinnor och barn och deltar vid vissa teamsittningar. Psykiater från Beroendekliniken deltar vid behov.

Aktivt förhållningssätt gentemot en kvinnas ambivalens huruvida hon vill fullfölja sin graviditet eller inte

Under den första tiden som en gravid kvinna är aktuell, arbetar teamet ”medvetet med att fånga eventuell ambivalens” gällande huruvida kvinnan önskar fullfölja sin graviditet eller inte. Teamet har kontakt med många kvinnor som har eller har haft en omfattande missbruksproblematik och det finns de som ”saknar psykosociala förutsättningar för en stabil tillvaro”. Personalen anser att det är viktigt att stödja kvinnan att fatta ett välgrundat beslut. Att ”lyfta på alla de här små stenarna som finns /.../ hur tänker du kring det och var det så här du hade tänkt dig?”

I ett tidigt skede gör barnmorskorna en noggrann kartläggning tillsammans med kvinnorna om hur de använt alkohol och/eller droger hittills under graviditeten. Kvinnan får saklig information om skador vid intag av alkohol och droger. Enligt personalen reagerar kvinnorna mycket olika på denna information. Många önskar få en mer detaljrik information om riskerna i deras enskilda fall, vilket inte är möjligt att ge. Personalen påtalar att de måste ”lämna kvinnan med en viss oro kopplad till att man inte kan förutse synliga/osynliga skador”.

Partner/blivande pappa erbjuds vara med vid ambivalenssamtal om kvinnan önskar och det bedöms lämpligt. I den tidiga graviditeten pratar personalen ”aldrig barn med dem utan vi pratar om att fullfölja eller avbryta en graviditet”. När en kvinna som är osäker besöker gynekologen för att göra ett ultraljud kan hon välja att inte titta på bilden. ”Man hjälper dem

att inte knyta an till någonting.” Kvinnan får fortsatt stöd att bearbeta sin ambivalens och upplyses om att hon har möjlighet att göra ett nytt ultraljud om hon väljer att fullfölja sin graviditet. Om kvinnan bestämmer sig för det, arbetar personalen aktivt med att främja anknytningen mellan den gravida kvinnan och barnet.

Anknytning

Anknytningsteorin har en betydelsefull funktion i arbetet med barn och deras familjer och utgör en viktig förståelseram för föräldra- och barnrelationer. I MBVH-teamet är anknytningen mellan barn och förälder, redan på spädbarnsstadiet, en röd tråd i utformningen av stödet.

Anknytningsteorin betonar betydelsen av kvaliteten på föräldrars omsorgsgivande, och beskriver såväl de positiva utvecklingskonsekvenserna av trygga känslomässiga relationer mellan barnet och dess vårdare, som de negativa konsekvenserna som dysfunktionella relationer har för barnets utveckling. Att främja anknytningen under graviditeten underlättas av att kvinnan träffar barnmorskan tätt och regelbundet. En av personalen ger exempel på hur arbetet kan se ut tidigt i graviditeten:

... då jobbar man mycket med: ”vad är det för ett barn du har i magen, vet du hur stort det är nu, när sparkar den, hur tror du den ser ut, vem tror du att den här lilla bäbisen är lik, tror du att det är en pojke eller flicka?”. Så kan man jobba med det och sedan kan man också fråga från förra veckan: ”hur har din bäbis mått i magen nu, hur är det, och då hör man ju vad hon säger att; åh den sparkar så hårt, kan en del säga, oj då, eller någon annan som beskriver barnet väldigt fint och hur gott den har det, mjukt och fint där inne”, då är det en god anknytning på ett sätt.

Svårigheten att knyta an till det väntade barnet bottnar ofta i ett komplext samspel mellan personliga och sociala faktorer. Många kvinnor har själva ett otryggt anknytningsmönster med svårigheter att skapa trygga relationer och en stabil livssituation. De bär ofta på obearbetade minnen från en otrygg barndom och ett liv med obearbetade kriser, som aktualiseras i samband med graviditeten.

Detta understryker betydelsen av ett helhetsperspektiv för att kunna ge ett ultimt stöd till föräldrarna och barnen. Det tvärprofessionella teamet kan ge ett samlat stöd och även lotsa kvinnan till de långsiktiga kontakter hon behöver etablera.

När barnet är fött fortsätter arbetet med att främja anknytningen och den tidiga kontakten mellan barnet och kvinnan/föräldrarna. Personalen säger att de har med sig tankarna om anknytning ”*hela tiden i nästan allt de gör med barnet och familjen*”, både på MVC och BVC.

Kontakt med BVC etableras runt graviditetsvecka 25. Kvinnan får då möjlighet att lära känna BVC-sjuksköterskan, som genom teamsittningarna är insatt i kvinnans situation och planeringen inför föräldraskapet. När barnet är fött erbjuds familjen den första tiden hembesök en gång per vecka. Här finns en möjlighet för personalen att anpassa sig till kvinnornas behov, till exempel om någon har svårigheter att transportera sig till mottagningen. Familjerna kommer även till MBHV-teamet, besök hos barnläkare sker alltid på mottagningen.

De flesta blivande mammor blir erbjudna föräldrastöd i grupp och även här är anknytning en röd tråd. Gruppträffarna har ofta inletts under graviditeten. De blivande och nyblivna mammorna kan dela erfarenheter av föräldraskap och barns utveckling. Babymassage ingår i verksamheten och är ytterligare ett sätt att stärka anknytningen.

Samverkan med socialtjänsten

MBHV-teamet har som alla verksamheter som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med barn en anmälningsskyldighet till socialtjänsten när det finns en misstanke om att ett barn far illa. Personalen uppger att de informerar kvinnorna om denna skyldighet redan i inledningen av en kontakt. Denna information ges både skriftligt och muntligt. Om en kvinna berättar eller urinproverna visar att hon inte är drogfri, kan detta vara en anledning till att kontakt tas med socialtjänsten. Personalen betonar vikten av att ha ett bra samarbete med socialtjänsten och att de arbetar mot ett gemensamt mål med en tydlig ansvarsfördelning dem emellan.

Tidigt försöker personalen få med socialtjänsten i planeringen kring kvinnan och barnet. De beskriver att de med kvinnan i rummet lyssnar in och försöker hjälpa henne att forma sin berättelse ”*och att den ligger så nära verkligheten som möjligt*”. Personalen uppger att de försöker förmedla en bild av att man kan få stöd från socialtjänstens sida. Här kan två dilemman uppstå, dels genom att kvinnan känner ett motstånd, dels genom att socialtjänsten och MBHV-teamet inte har samma syn på vilket typ av stöd en kvinna är i behov av. Kvinnan kan uppleva det som ett intrång eller ifrågasättande. Personalen menar dock att de många gånger lyckas motivera kvinnan att tänka att om hon kan få en så bra start som möjligt så lägger hon en bra grund.

Tidigare forskning

I det här kapitlet redogör vi kortfattat för tidigare forskning och teoretiska aspekter som berör mera generella perspektiv på föräldraskap. Vi tar också upp den forskning som mera specifikt berör stöd till kvinnor, män och föräldrar med missbruksproblem och deras barn. Denna forskningsgenomgång ägnas inte åt barnens upplevelser även om det finns flera studier som belyser konsekvenserna för barn som växer upp med en förälder som har en missbruksproblematik (se t ex Backett-Milburn, 2008; Claezon, 1996; Brook & Rice, 1997; Barnard & Barlow 2003). Dessa studier visar att barn i familjer där en eller båda föräldrarna har en missbruksproblematik riskerar att fara illa på flera olika plan. Enligt Killén (2009) finns det troligen ingen riskfaktor som påverkar föräldrafunktionerna starkare än just missbruk. Ofta sätter föräldrarna sina egna behov framför barnets och engagemanget kan pendla från att vara intensivt till att vara obefintligt. Bland annat kan ansvar, oro och oförutsägbarhet komma att prägla barnens liv. För vidare läsning om detta hänvisas till ovan nämnda studier som ger en god inblick i barnens situation.

Svensk forskning som specifikt berör stöd till föräldrar med missbruksproblem och deras barn inom MVC och BVC är knapphändig. Även svensk forskning om kombinationen missbruk och föräldraskap är sällsynt och i den mån den finns handlar den till stor del om kvinnors föräldraskap (Andersson m. Fl. 2006). Trulsson och Segraeus (2011) konstaterar att det även finns lite forskning om missbrukande kvinnors problematik och behov av förebyggande och behandlande insatser.

Under de senaste decennierna har situationen varit den att varannan kvinna inom missbruksvården också är mamma (Trulsson, 1997). Forskning visar att kvinnor ofta avbryter eller minskar sitt missbruk under graviditeten. Många gör stora ansträngningar för att leva ett ”vanligt” familjeliv och

därmed leva upp till samhällets förväntningar på hur en god mor skall vara (Trulsson 1997, 2003, Spak m.fl., 2007).

Både Trulsson (1997, 2003) och Skårner (2001) fann att föräldraskapet, både för män och kvinnor, utgjorde en starkt motiverande faktor för att avhålla sig från droger och alkohol. Att få barn gav livet ett nytt innehåll, både graviditeten och att leva med ett litet barn upplevdes som mycket positivt. Emellertid fanns det en skillnad mellan män och kvinnor i Skårners (2001) studie. De allra flesta kvinnor såg det som en absolut nödvändighet att sluta använda droger under graviditeten. För männen hade inte graviditeten samma effekt, de var inte inställda på att sluta missbruka på samma sätt som kvinnorna var. Då barnet var fött, visade flera pappor en vilja att vara engagerade pappor, men tog inte samma ansvar för barnet som kvinnorna gjorde. Männen kunde berätta att deras sätt att ta ansvar för barnen var att hålla sig undan från familjen då de använde droger (ibid.).

Det finns evidens för goda effekter vid intervention i samband med missbruk under graviditeten och en rad studier visar att graviditet är en starkt motiverande faktor för missbrukande kvinnor att avbryta sitt missbruk med hjälp av socialt stöd och behandlingsinsatser som fokuserar både missbruk och föräldraskap (Österling, Andersson m.fl. 2006). Tidig upptäckt är en förutsättning för att kunna erbjuda adekvat stöd till kvinnor som har en missbruksproblematik och för att undvika fosterskador.

Enligt Trulsson och Hedin (2004) visar Björkhagen Turesson (2001), Eriksson (1998) och Trulsson & Nötesjö (2000) att tidigt och omfattande stöd under graviditeten har långverkande effekt då det minskar kvinnans sårbarhet i förhållande till den sociala situationen och återfallsfrekvensen i droger under barnets första år.

Enligt Trulsson (1997, 2003) tar de flesta kvinnor åter upp sitt missbruk under barnets första år. I de fall kvinnorna återföll i missbruk uppgav de att skälet till detta var att de hade ett tungt ansvar för hem och barn, gemenskap med en missbrukande partner eller vänner där missbruk var en del av vardagen (Andersson m.fl., 2006). Att inte lyckas vara en god förälder, att misslyckas med omsorgen om barnen, skapar en känsla av skam och skuld hos kvinnorna (Trulsson 1997). Höjer (2007) fann att mammor, vars barn var placerade i familjehem, menade att det var särskilt skuldbeläggande för kvinnor att ha prioriterat missbruket framför föräldraskapet, det medförde att de sågs som "ovärdiga" mammor (ibid.).

Stöd och vård

Trulsson och Hedin (2004) visar i sin genomgång av tidigare forskning på betydelsen, för att i längden kunna leva ett drogfritt liv, av att avsluta de relationer som har kopplingar till missbruksmiljöer och att bygga upp ett nytt socialt liv (se Andersson & Hilde, 1993 och Biernacki, 1986). För många kvinnor handlar det om att bygga upp ett helt nytt liv och en ny identitet. Enligt Trulsson och Hedin har Hessle (1988, 1995) visat att när missbrukare avbryter sitt missbruk saknar de ofta socialt stöd från sitt privata nätverk som ett resultat av gamla konflikter och brutna relationer. De är därför i stort behov av socialt stöd från professionella som kan agera överföringsobjekt och rollmodeller samt hjälpa till att bygga upp och mobilisera gamla och nya relationer. Kristiansen (1999) menar att detta gäller i högre grad för kvinnor än män då män tenderar att oftare ha stöd av en icke-missbrukande partner än kvinnor. Flera svenska studier visar på dessa skillnader mellan mäns och kvinnors livssituationer och tillgång till socialt stöd under exit-processen från droger (se t.ex. Blomqvist, 2002; Hilde, 2002; Skärner 2002).

Sun (2006) har gjort en forskningsöversikt om programfaktorers inverkan på behandlingsresultat i missbruksvård för kvinnor som visar att en förutsättning för optimal behandling är vård och service när det gäller barnen. Enligt Tuchman (2010) tenderar kvinnor som har missbruksproblem att uppleva skuld och skam och därför passar inte metoder som tjänar till att väcka dessa känslor. En icke fördömande och non-konfrontativ behandling som innefattar både individuella samtal och gruppsamtal rekommenderas (Sun, 2006). Enligt Trulsson och Segraeus (2011) visar Dahlgrens (1992), DeWildes och Trulssons (2006) forskning att individuella samtal med möjlighet att få en nära relation och att bearbeta trauman, gruppgemenskap och stöd i föräldrarollen samt i relationen till barnen utgör centrala inslag i behandling av kvinnor. Långsiktighet i behandlingen och tolerans gentemot återfall är grundförutsättningar för ökad självkänsla och trygghet.

Trulssons och Hedins (2004) studie visar att kvinnor som har en missbruksproblematik behöver bli kompenserade för sin brist på kapital och självkänsla. Trulsson och Hedin urskiljer tre ”stabiliseringsfaktorer” vilka skapar nya möjligheter. Dessa är: att få en ny roll på arbetsmarknaden eller inom utbildningssektorn, ett nytt sätt att uppfatta sig själv på, genom ökad självkänsla och för några stöd i att utveckla sin identitet och då framförallt i interaktion med andra kvinnor och till sist en möjlighet att reparera tidigare relationer och att utveckla nya starka relationer och nätverk. Trulsson och Hedin påtalar vikten av att kvinnorna får ett mångsidigt stöd som stärker deras kapital på olika sätt.

Blomqvist (1999, 2002) och Fridell (1996) har studerat vård och behandling till missbrukare och båda påvisar vikten av att insatserna och utformningen anpassas till den enskilde individen (Beijer, 2009). Fridell skriver att en välfungerande vårdorganisation bland annat utmärks av en hög interaktionsnivå mellan behandlare och klient. Blomqvist skriver att för att fungera behöver hjälpinsatserna ha hög tillgänglighet och de bör vara utformade så att de inte uppfattas som stigmatiserande. Vidare har Blomqvist funnit några gemensamma generellt verksamma komponenter i ett framgångsrikt behandlingsarbete: en trygg, känslomässigt tillåtande och drogfri miljö; tydlig struktur, ett klart budskap och möjlighet att delta i någon specifik terapi; praktisk hjälp med sociala, ekonomiska och andra problem; att man blir bemött med respekt och att hjälpen utformas utifrån individens förutsättningar.

Vad som förenat de ”lyckade” hjälperfarenheterna är att man mött människor som man känt att man kunnat lita på och som kunnat förmedla hopp om en annan tillvaro, att man fått trovärdiga förklaringar på sina problem, att man fått tillgång till olika redskap för att ta kontroll över sitt eget handlande samt att man fått hjälp att förändra sin yttre livssituation i viktiga avseenden. (Blomqvist i Beijer, sid 17)

Forskning med ett genusperspektiv

Mattson (2005) menar att forskning om kön är värdefullt men också problematiskt. Hon pekar på tre områden där hon anser att den genusvetenskapliga missbruksforskningen brister: Kvinnor tenderar att särskiljas när de synliggörs, genusforskningen har nästan ensidigt kommit att fokusera på kvinnor, och forskningen har varit inriktad på att studera missbrukarens upplevelser och situationer och inte vad behandlingen gör eller hur personalen arbetar.

Enligt Trulsson och Hedin (2004) har Ravndal (1999) beskrivit skillnaderna mellan mäns och kvinnors drogmissbruk och livssituationer. Enligt Ravndal har kvinnor en högre sårbarhet gällande fysisk och psykisk hälsa och de löper större risk att utsättas för olika typer av missförhållanden. Det stigma som är kopplat till kvinnliga missbrukare bidrar till lägre självkänsla, självdestruktivt beteende och en ökande självmordsfrekvens.

Scheffel Birath och Borg (2011) visar i sin forskningsgenomgång i syfte att belysa genusperspektivet i behandlingsprocessen att en tredjedel av patienterna inom missbrukarvården är kvinnor. Detta motsvarar den beräknade andelen av kvinnor med alkoholproblem. Inga uppenbara skillnader i tillgång till vård utifrån kön kunde ses. I genomgången identifierades däremot vissa grupper av patienter med större behov och sämre tillgång till vård: kvinnor utsatta för sexuella och/eller fysiska övergrepp, gravida kvinnor med miss-

bruksproblem, psykiskt sjuka kvinnor med komplexa vårdbehov samt unga med en antisocial problematik. Den tydligaste gruppen av dessa är kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp eller annat våld från en man. Spak (1997) har visat att det finns en signifikant ökad risk bland kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp att utveckla alkoholproblem i vuxen ålder. Denna grupp är särskilt sårbar och skyddsaspekten är mycket viktig och talar för könssegregerad behandling.

Trulsson och Segraeus (2011) skriver att då kvinnor har fler barriärer att övervinna är sannolikheten lägre att de får vård för sitt missbruk än män. Dessa barriärer är: brist på insatser för gravida, kvinnorna har en rädsla för att deras barn ska omhändertas och det finns en rädsla för stigmatisering som gör att kvinnan försöker dölja sitt missbruk och drar sig för att söka vård.

Enligt Trulsson och Segraeus (2011) finns det bara en studie där faderskapets betydelse för missbrukande och socialt utsatta män har studerats. Bangura Arvidsson (2003) lyfter fram 14 missbrukande pappors berättelser. Mot bakgrund av att de avviker från en idealbild av hur en pappa ska vara beskrivs dessa pappor som "ifrågasatta fäder". Åtskilliga av papporna ville vara delaktiga fäder, men betraktades av sociala myndigheter enbart som missbrukare, trots att de ansåg sig kapabla och viktiga i barnens liv. I fokus för socialtjänsten var de missbrukande mammorna både beträffande olika insatser och när det gäller ansvaret för barnen.

Att förhållandevis lite uppmärksamhet har ägnats åt forskning som studerar könsskillnader mellan missbrukande män och kvinnor avseende drogsituationen och insatser har belysts av Trulsson och Hedin (2005). Det riskerar leda till att missbruksvård och forskning styrs utifrån en hegemonisk maskulinitet och att den sociala barnvården och forskningen om barn och unga tenderar att ha sin utgångspunkt i moderskap och en hegemonisk femininitet. (Trulsson och Segraeus, 2011: 517)

Den dominerande bilden är att pappor vanligen är frånvarande i det praktiska sociala arbetet, såväl som i forskning och annan litteratur inom socialt arbete. I praktiken handlar det om att både stärka pappor i deras papparoll, minska pappafrånvaron och att skydda barn från pappor som utgör en risk för barns hälsa och utveckling (Andersson m fl 2006). Bangura Arvidssons studie visade att männen bär på samma rädslor som mammor bär på. Några av papporna drog sig periodvis undan, något som de upplevde att sociala myndigheter och i vissa fall barnens mammor förväntade sig av dem som missbrukare. Genom att hålla sig borta från sina barn tog de ansvar.

Familjer

Trulsson och Segraeus (2011) anser att ett familjeperspektiv, inkluderande mäns och kvinnors missbruksproblematik och de utsatta barnens behov behöver vidareutvecklas. Befintlig forskning har ofta antingen ett vuxenperspektiv eller ett barnperspektiv.

Organisering av vården/stödet

Trulsson och Segraeus (2011) refererar till Sarman (2000) som skriver om det ökade opiatmissbruket i Sverige och kring vården av gravida opiatmissbrukare och de konsekvenser missbruket får för fostret. Sarman anser att en centralisering och specialisering av vården av gravida missbrukare där barn och vårdare kan erbjudas ett ökat stöd är att föredra. Trulsson och Segraeus betonar i sin forskningsöversikt att det är viktigt att stödet till föräldrar och barn efter barnets födelse består i syfte att föräldrarna får möjlighet att utveckla sin föräldraroll. De menar att detta kräver ett multidisciplinärt arbetssätt med engagemang av både socialtjänst och hälsovård.

Sammanfattande reflektion

Forskning visar att föräldraskapet utgör en starkt motiverande faktor att avhålla sig från droger och alkohol och det finns evidens för goda effekter vid intervention i samband med missbruk under graviditeten. Återfallsfrekvensen är dock hög under barnets första år. Tidigt och omfattande stöd under graviditeten minskar kvinnans sårbarhet i förhållande till den sociala situationen under barnets första år.

Att inte lyckas vara en god förälder skapar en känsla av skam och skuld hos kvinnor. För många kvinnor som lämnar sitt missbruk handlar det om att bygga upp ett helt nytt liv och en ny identitet. Inte sällan saknar kvinnor socialt stöd från sitt privata nätverk som ett resultat av gamla konflikter och brutna relationer. De är därför i stort behov av socialt stöd från professionella som kan agera överföringsobjekt och rollmodeller samt hjälpa till att bygga upp och mobilisera gamla och nya relationer. Kvinnor som har missbruksproblematik behöver bli kompenserade för sin brist på kapital och självkänsla.

En välfungerande vårdorganisation utmärks bland annat av en hög interaktionsnivå mellan behandlare och klient, hög tillgänglighet och hjälpinsatserna bör vara utformade så att de inte uppfattas som stigmatiserande. Struktur, ett klart budskap, terapi, praktisk hjälp med sociala, ekonomiska och andra problem och att bli bemött med respekt är viktiga komponenter i behandlingen.

Teoretiska utgångspunkter för analysen

Det empiriska materialet om utformningen av stödet inom MBHV-teamet har analyserats mot bakgrund av tidigare forskningsresultat och teoretiska ingångar.

Mammors ansvar

Begreppet ”familj” är föränderligt och avhängigt av faktorer som den egna familjekulturen, politisk och religiös uppfattning. Kärnfamiljer med mamma, pappa, barn, ensamstående fäder och mödrar, homosexuella par med barn – en familj kan vara utformad på olika sätt. Många barn och föräldrar lever i ombildade familjer, vilket innebär att mödrar, fäder och barn måste finna nya sätt att förhålla sig till familjebegreppet. Fortfarande finns dock en allmän föreställning om kärnfamiljen som normativt ideal (Hydén & Hydén 2002).

Familjeformerna förändras, men fortfarande är det så att mammor ofta anser sig ha huvudansvaret för barns välbefinnande och utveckling (Halldén 1992, Bäck-Wiklund & Bergsten 1997). Magnusson (2006) visade i sin studie att mammor organiserade sitt liv med utgångspunkt från barnens välbefinnande i högre utsträckning än män, och flera kvinnor än män drevs också av skuld – och otillräcklighetskänslor i förhållande till barnen. Även Ribbens-McCarthy et al. (2000) beskriver kvinnans position i familjen som den som tar på sig ansvaret för barnens, men även för andra familjemedlemmars, välbefinnande. Männen tolkade sin uppgift mera i termer av att ha auktoritet och kontroll, och att vara ansvariga för familjens försörjning.

Anknytningsteorin, och även utvecklingspsykologiska teorier, har haft stor betydelse för hur både professionella och ”vanliga människor” uppfattar ansvar för barns välbefinnande och vad som är ett gott föräldraskap. Barndomen ses i det allmänna medvetandet som en avgörande period för hela livet, och barns erfarenheter under de första åren som avgörande för hela deras framtid.

De utvecklingspsykologiska teorierna har särskilt betonat mammors ansvar (Kristjansson 1999). Genom dessa teorier blev barndom och barns behov starkt kopplade till hur kvinnor förstår moderskapet (Elwin-Nowak, 1999).

Missbruket kan göra det svårt eller omöjligt för kvinnor att ta ett gott ansvar för sina barn, och sörja för att de utvecklas väl. Eftersom ansvaret för barnen är så starkt kopplat till mammor, ses kvinnor därmed som ännu mera avvikande än män, stigmatiseringen slår hårdare mot mödrar än mot fäder (Trulsson 1997).

Stigma

Ribbens McCarthy et al. (2000) fann i sin undersökning att den moraliska förståelsen av föräldraskapet skapades av de sociala konstruktionerna av barn och vuxen. Män och kvinnor uttryckte ett moraliskt imperativ som klart gjorde vuxna ansvariga för barns utveckling, barnens behov skulle alltid komma i första rummet. Att klara av att praktisera ett sådant moraliskt imperativ ingick i själva vuxenbegreppet, på motsvarande sätt definierades de som inte klarade uppgiften som icke-vuxna.

Skårner (2004) fann att föräldrar som missbrukade droger hade en intakt och välfungerande kärnfamilj som modell för familjelivet. Både män och kvinnor berättade om hur de fick starka skuld känslor då de inte klarade av att leva upp till ett sådant ideal, när deras missbruk påverkade barnens liv på ett negativt sätt. I en studie om föräldrar (den stora majoriteten var mammor) vars barn var placerade i familjehemsvård, berättade föräldrarna om hur skuldtyngda de kände sig över att inte ha tagit ansvar för sina barn. De menade också att de ofta kände att de genom att inte ta ansvar för sina barn inte heller hade *gjort sig förtjänta* av stöd och hjälp. Föräldrarna menade att socialtjänstens uppfattning var att de genom att prioritera missbruket före ansvaret för barnen, hade förverkat sin rätt till stöd (Höjer 2007).

Tidigare forskning visar alltså att kvinnor (och män) som har missbruksproblem tenderar att uppleva skuld och skam och att det stigma som är kopplat till kvinnliga missbrukare bidrar till lägre självkänsla (Ravndal, 1999). Goffman (1971) menar att en förutsättning för stigmatisering är att det finns en skillnad mellan den förväntade och den faktiska sociala identiteten, i det här fallet föräldraskap. Då en individ avviker från vad som uppfattas som det gängse mönstret skapas en osäkerhet vad beträffar identitet och tillhörighet. Samhällets föreställning blir det "normala", vilket kan leda till att individen nedvärderar sig själv. Av samhället betraktas mammor med missbruksproblematik som avvikande och försumliga, en syn på deras liv och föräldraskap som kvinnorna själva övertar. I behandling har som följd flera kvinnor behov av att bli kompenserade för ett bristande självförtroende. Vi var intresserade

av att studera huruvida det stöd som erbjuds mammor, barn och pappor på MBHV-teamet av mammorna uppfattas som del i en stigmatiserande process eller om stödet är utformat för att bryta en dylik process.

Sociala konstruktioner

MBHV-teamets uppdrag riktar sig i första hand till barnen och mammorna. Papporna erbjuds stöd i begränsad utsträckning och teamet har en önskan om att vidareutveckla stödet till papporna. För att skapa en förståelse för hur stödet till papporna och mammorna utformas idag och på vilka grunder har ett socialkonstruktionistiskt perspektiv använts.

Detta är en samhällsvetenskaplig inriktning som hävdar att aspekter av verkligheten är socialt konstruerade, dvs. att de är produkter av mellanmänsklig interaktion och kollektivt handlande. De frågor som har ställts till materialet mot bakgrund av detta perspektiv är: Hur konstrueras papporna respektive mammorna som patienter, deras behov och hur bidrar detta till utformningen av stödet till de båda grupperna? Utifrån detta perspektiv kan man förstå mammans, pappans och barnens behov och utformningen av stödet som konstruktioner vilka formas mot bakgrund av föreställningar och diskurser om föräldraskap och organisatoriska förutsättningar. Detta perspektiv ifrågasätter antaganden om den professionella förståelsen som enbart objektiv och sann och bidrar till en förståelse för hur våra föreställningar om mammor respektive pappor i allmänhet och deras ställning inom MVC och BVC i synnerhet bidrar till utformningen av verksamheten.

Mammornas situation

I det här avsnittet redogör vi för de intervjuade kvinnornas berättelser. Avsnittet inleds med kvinnornas svar om hur graviditeten upplevdes, vad som var positivt respektive negativt. Här finns också kvinnornas tankar och upplevelser om föräldraskapet. Som de flesta föräldrar uttrycker de intervjuade kvinnorna glädje, men även oro över att inte räckta till som föräldrar. I avsnittet redogör vi också för de intervjuade kvinnornas upplevelser av pappornas engagemang – eller brist på sådant. Avsnittet avslutas med kvinnornas berättelser om deras sociala nätverk, och vilken betydelse detta har i deras liv.

Tankar kring graviditeten

Ett graviditetsbesked kan mottas på olika sätt. För många kvinnor – och män – innebär det en stor glädje, om barnet är efterlängtat och planerat. För andra kan ett sådant besked innebära oro och bekymmer, och kanske också att beslut måste tas om huruvida graviditeten skall avbrytas eller inte.

Av alla de 17 mammor som vi har intervjuat, så är det bara två, Lena och Gabriella, som svarar att graviditeten var planerad. En av dessa, Lena, var gift, och hon och hennes partner hade försökt få barn länge. Gabriella är särbo. Hon och hennes partner blev glada över graviditeten som var välkommen, men eftersom hon redan hade två barn insåg Gabriella också att det skulle innebära mycket extra arbete att bli mamma igen. För de övriga kvinnorna som deltagit i studien var graviditeten oplanerad. I några fall hade de blivit gravida efter att ha varit tillsammans med barnets pappa endast under en kort tid. En av kvinnorna visste inte vem som var pappa till barnet (som ännu inte var fött då intervjun genomfördes). Tre kvinnor hade tidigare avslutat en graviditet med abort. Detta hade för dem varit en sådan negativ upplevelse att de inte kunde tänka sig att genomgå ytterligare en abort, det enda alternativet för dem hade varit att denna gång fullfölja sin graviditet.

Blandade känslor inför graviditeten – oro och farhågor blandas med positiva tankar

Majoriteten av mammorna hade, då de blev gravida, problem med missbruk av droger/alkohol/tabletter, och i några fall problem med sin fysiska och/eller psykiska hälsa. Några var inne i ett aktivt missbruk då de blev gravida, och de oroade sig för hur de skulle klara av en graviditet, och senare ett föräldraskap. Marie var en av dem – hon beskriver hur hon oroade sig över hur det skulle gå att bli mamma, men också hur hon ”försökte tänka positivt” om sin graviditet:

Jag tyckte att det var lite jobbigt först eftersom jag har missbruksbakgrund och hade varit på behandling ett halvår, kom tillbaka hit och så tog jag ett återfall och bara två, tre dagar efteråt så fick jag reda på att jag var gravid, så det var väl kanske inte så där jätteönskat från min sida. ././ Jag var väl mest orolig för hur det skulle bli med mig och mitt missbruk liksom men nej, jag försökte tänka positivt bara så allt har bara flutit på jättebra. (Marie)

Flera av kvinnorna hade bara varit tillsammans med barnets pappa under en kort tid innan de blev gravida. Förhållandet var nytt och osäkert, och de intervjuade kvinnorna kände då en ovisshet om den nya relationen skulle klara av graviditet och föräldraskap. Ett par av de kvinnor, som blev gravida efter att ha känt barnets pappa under kort tid, bor vid intervjun fortfarande tillsammans med pappan. Graviditeten och föräldraskapet har medfört att förhållandet förstärkts. De övriga kvinnorna har någon form av kontakt med pappan, även om de inte bor tillsammans.

Vårt intryck är att alla de kvinnor vi intervjuat varit genuint glada över sina barn, även om graviditeten inte från början varit planerad. Många har, liksom Marie i citatet ovan, oroat sig över huruvida de skulle lyckas klara av att hålla sig nyktra och/eller drogfria under graviditeten, och också över hur det skulle bli då barnet var fött. Det stöd de fått av MBHV-teamet har varit av stor betydelse för deras upplevelse av graviditeten som positiv, och också för att de klarat av att bli föräldrar.

Några av kvinnorna hade först känt sig tveksamma och ambivalenta då de fick veta att de väntade barn. Graviditeten kom oväntat, och deras liv var i många fall så fyllda av problem och osäkerhet, att det var svårt för dem att tänka sig att de skulle klara av att bli mammor. Emellertid hade ambivalensen för de allra flesta vänt till glädje över det väntade barnet.

Jag tyckte väl inte att det var dags, men jag skulle inte kunna göra en abort, det fanns inte i min värld. Till slut så blev det väl positivt, först var det väl himla omtumlande att sluta röka cigaretter och ja, ge upp sitt liv som man hade då, men till slut blev det positivt och det är väl fortfarande väldigt positivt. Man har gjort en 360, så hon har bara haft positiv inverkan på mitt liv ././ i och

med att det inte var planerat, det var oplanerat, men vi brukar säga det var oplanerat men ganska välkommet ändå (Dora)

Doras glädje över barnet är tydlig i intervjun. Även om livet blivit förändrat, så har graviditet och föräldraskap inneburit något positivt.

Graviditeten förändrar livet

För flera av mammorna innebar graviditeten att de måste hitta ett helt nytt sätt att leva. De måste avstå från droger och alkohol, och för några innebar graviditeten dessutom också andra förändringar, såsom att sluta röka, och ibland också att finna ett annat boende. De behövde finna vägar för att leva livet på ett annat, mera stabilt sätt. En sådan förändring var inte enkel att genomföra. Graviditeten innebar en stor ansträngning, det kostade på att avstå från droger, och också att gå igenom alla kontroller som genomfördes på MBHV-teamet. I citatet nedan beskriver Henrika en graviditet som på olika sätt var påfrestande:

Jag hade det ganska jobbigt under min graviditet, jag var väldigt deprimerad. Jag var ledsen, jag blev uttråkad, att ha gått från tunga missbruk flera år innan och så till att helt plötsligt behöva vara ren och så kontroller och försöka hålla att jag är ren när jag har han i magen och liksom nära till återfall hela tiden, det var mycket, det var en ganska jobbig period för en så lång tid jag inte fick göra någonting kände jag /.../ De har pratat så mycket om, när man är gravid så är man den lyckligaste i sitt liv, den bästa tiden, men jag tycker inte riktigt att det stämmer.(Henrika)

För Henrika, liksom för flera andra mammor, blev inte graviditeten en helt positiv upplevelse. Att leva ett nyktert och drogfritt liv innebar en stor och krävande omställning.

Graviditeten medförde också flera förändringar än att avstå från droger och alkohol – det sociala livet förändrades också. För Olivia hade umgänget med kompisar på krogen varit en viktig del av livet. Det var där man träffades och umgicks, och drack rätt kraftigt. Så hade livet varit under många år, men då Olivia blev gravid förändrades allt.

Jag hade ju ett väldigt intensivt liv innan jag blev gravid, var ute mycket på krogen, det var liksom det livet jag hade, så det blev en jätteomställning. //Det var rätt jobbigt för att alla mina kompisar de fortsatte ju med det livet, man kan säga att jag blev väldigt ensam ett tag, alla var ute på helgerna och där satt jag hemma. det är en jätteskillnad och sedan när man satt hemma på helgerna, man tyckte ju det var tråkigt, man satt där med en film liksom, det är en jätteomställning så det var tufft var det. Plus att de saktade ju inte ner för min skull om man säger så, de tyckte ju inte det var roligt att vara hemma (Olivia)

För Olivia, liksom för flera andra av de intervjuade kvinnorna, innebar valet att fullfölja graviditeten också att de valde bort stora delar av sitt sociala liv. För Olivia innebar graviditeten ett nytt och mera ensamt liv, där hon också kände sig mera beroende av sin sambo. I intervjun berättar Olivia att hon fick mycket stöd från sin kontakt i MBHV-teamet. Där kunde hon berätta om sina ensamhetskänslor, och bli motiverad att fortsätta avstå från alkohol, även om det innebar att hon fått byta liv.

Det var faktiskt att hon fanns där, man kunde prata av sig, hon var lite som en, inte psykolog men du vet, vad ska man säga – terapeut eller något. Hon lyssnade väldigt bra och berömde en, frågade alltid ”vad har ni gjort i helgen då” och ”vad kände du när dina kompisar var ute” och jag sa det att det är jättejobbigt, ibland vill man ju bara öppna en vinflaska och följa med dem ut, för det kunde kännas så ibland, man kände sig så ensam /.../det kanske låter löjligt så men just när man satt där så behövde man det berömmet, det var faktiskt viktigt för då kände man sig ändå stolt på något sätt att ”fan det här fixar jag”. Och sedan liksom hela tiden bara ”men tänk på att det växer ett liv där inne och en del av dig”, det vill man ju liksom inte skada då, det är klart det vill man ju inte, man vill ju liksom inte utsätta det för någonting. Det är svårt att förklara men hon var ett enormt stöd.

Just det beröm och den förståelse för hur jobbigt det var att så radikalt förändra sitt liv som personalen på MBHV-teamet visade Olivia, fick en mycket stor betydelse för att hon faktiskt klarade av att genomgå hela graviditeten utan att dricka alkohol.

Föräldraskap

Det börjar komma mer nu att jag inser att vad fint och vad stort det är att vara mamma och ha ett barn för i början var jag lite rädd liksom för sådant ansvar och vänja mig vid att inte få sova och han går i första hand liksom, jag går ju i andra hand nu, jag kan ju inte tänka på mig själv, så det tog ett tag att vänja sig vid det faktiskt. Men nu börjar det bli härligare, nu får vi mer kontakt också med varandra så det är roligare (Henrika)

Gemensamt för alla de intervjuade kvinnorna är att de är glada och stolta över sina barn. Att ha blivit mamma har varit en omvälvande upplevelse, som inneburit en positiv förändring av livet. Alla beskriver sina barn som glada, pigga och fantastiska.

För några av mammorna har den förändring som det inneburit att vänta och föda barn givit en mening åt livet. Flera berättar om hur de tidigare inte varit nöjda med sina liv, de har känt sig ensamma och tyckt att livet känts tomt och meningslöst. Att leva med barn har medfört att de upplevt ett mål och en riktning i livet.

Jag har gått så många år innan, jag har suttit, ärligt talat det har varit såhär; på morgonen när jag vaknar så känner jag såhär: kan det inte bli kväll så jag kan lägga mig och sova. Jag har bara velat sova bort tiden bara för att... jag har inte haft något, ingenting /.../ det har varit liksom att sitta och titta på tv hela tiden, 24 timmar om dygnet. Förutom gångerna när man har knarkat och varit iväg och snurrat bara, men jag menar det är inget liv att sitta och i princip önska livet ur sig själv. Nu äntligen, nu lever jag, jag lever för fullt (Cecilia)

Denna känsla, att barnet har medfört att livet har blivit värt att leva, delar Cecilia med många av de intervjuade kvinnorna. Den oro och de farhågor som många uttryckte att de kände inför graviditeten och det kommande föräldraskapet har klingat av för majoriteten av mammorna. Glädjen över barnet har tagit över.

Jag var beredd på att det skulle vara så mycket jobbigare än vad det har varit, men som tur var så har jag en jättesnäll dotter som började sova på natten vid tre veckors ålder. Bra mage och amningen funkar, jag ammar fortfarande, det har funkat. Så jag hade förväntningar på att det skulle vara skitjobbigt och att jag liksom skulle gå på knäna, men jag var ju rädd för allting och att det skulle vara jättejobbigt att ha barn /.../ det har nästan varit bara positivt, det är underbart att vara mamma, det känns som jag har varit mamma hela mitt liv liksom. Som tur var så får man nio månader på sig att förbereda sig (Dora)

Återigen är det glädjen som är den mest framträdande känslan, och också detta att det går så bra att klara av ”mammajobbet”. ”Det känns som om jag varit mamma i hela mitt liv” säger Dora, och flera andra mammor beskriver också att de tycker att de är bra mammor, de klarar av föräldrauppgiften på ett tillfredsställande sätt.

Otillräcklighetskänslor och oro

Även om glädjen över barnet är påtaglig, så uttalar några av kvinnorna en initial oro över att de inte skall klara av att vara en bra mamma. Två av mammorna var deprimerade efter förlossningen, en av dem hade en uttalad förlossningspsykos.

Johanna berättar att hon själv hade en tydlig föreställning om vad ett gott föräldraskap skulle innebära. En god förälder hittar på roliga saker, stimulerar och aktiverar sitt barn. Hon tyckte själv att hon haft en bra barndom, och önskade ge sin dotter detsamma som hon fått. De problem som fanns i hennes liv gjorde att hon kände sig misslyckad, då hon inte trodde att hon skulle kunna ge sin dotter allt detta goda. Otillräcklighetskänslorna tog över, och de första månaderna efter graviditeten var Johanna ledsen och deprimerad.

Jag har ju en bild inom mig, jag vill ju göra allting med henne ungefär som jag gjorde när jag var liten och då kände jag såhär; inte en chans att jag klarar av

att bara göra det här, för jag sa det är ju mer än att typ byta blöja och mata, man ska ju göra lite grejer också. Inte en chans att jag till exempel skulle kunna gå på Skara Sommarland med henne och det var ju det som var mitt största, det var ju det som gjorde att jag krisade lite i början// sedan var jag så dålig där i början så jag låg ju bara i sängen, jag kunde inte förmå mig att komma upp ur sängen ungefär//då kände jag bara såhär; jag kommer missa allting, jag kommer missa hennes första ord, jag kommer missa hennes... allt sådant där snurrade, jag kommer missa allting (Johanna)

För Johanna innebar de här tankarna att hon hamnade i en negativ spiral, där otillräcklighetskänslorna hindrade henne från att vara glad över sitt barn, och klara av sitt föräldraskap. Genom MBHV-teamet fick hon god hjälp. Hon kunde prata om sina bekymmer, och så småningom vända den negativa utvecklingen och hon kunde känna att hon var en tillräckligt bra mamma.

Som tidigare nämnts levde 12 av kvinnorna ensamma med sina barn. Att vara ensam med barnet upplevdes ibland som krävande, det var svårt att alltid räcka till och klara av att vara en god förälder.

Jag är mer bekväm i hela rollen och tryggare och allt det där, men det är fortfarande jobbigt eftersom jag inte har någon avlastning och ibland blir det för mycket och att han har en pappa som inte vill kännas vid att han finns, fast jag kanske tror att han kommer dyka upp och /.../ som ensamstående så har jag känt mig rätt dålig för jag har gjort det nödvändiga och sedan har jag inte riktigt kunnat göra det här extra som gör att han har det riktigt bra utan det är mycket att jag måste lämna honom när han skriker (Klara)

Känslan av otillräcklighet som ensamstående förälder delar Klara med många ensamma mammor. Att inte ha någon avlastning, och dessutom vara tvungen att förhålla sig till en man som är ambivalent, och inte riktigt vill kännas vid att han blivit pappa, försätter Klara i en komplicerad situation.

Oro för att barnet skall ha påverkats av missbruket

Några av mammorna visar en påtaglig oro för att deras barn på något sätt skall ha tagit skada av deras tidigare missbruk – vare sig det rör sig om alkohol, droger eller tabletter. Johanna använde antidepressiv medicin både före, under och efter graviditeten, även om det under graviditeten skedde ”under kontrollerade former”. Då hennes dotter föddes var hon underviktig, och hade också svårt att äta. Johanna kände skuld över detta, och upplevde att MBHV-teamet också ibland fokuserade alltför mycket på dotterns vikt.

Även Beatrice berättar att hon är väldigt orolig över att sonen skall ha tagit skada. Hon upptäckte graviditeten sent, och hade därför druckit alkohol under en relativt lång tid.

Ja lite med hans vikt, det är jag jättenoga med just när jag går och väger honom då att han har gått upp för han äter väldigt dåligt, men det sa de att om du går tillbaka och ser på dina andra barn, jag har ju sådana här böcker jag skriver i med vikten och allting och då skiljer det inte så mycket från de andra barnen, men de sa det att det är en liten kille liksom, det kommer inte bli någon fet bäbis av honom liksom utan han är liten. Men jag har ju frågat ”är det på grund av detta”? ”Det kan vara på grund av det eller så är han bara sådan med tanke på att dina andra barn har varit så då”, men det är klart att man går och tänker på det. Det finns i bakhuvudet hela tiden.

Både Johanna och Beatrice ger tydliga exempel på hur skuldkänslorna kan ta över, båda mammorna oroar sig över att deras barn skall ha tagit skada. I de här fallen har personalen på MBHV-teamet stöttat och betonat att barn kan utvecklas på olika sätt.

Barnens pappor

Fem av mammorna levde tillsammans med barnens pappor. Övriga 12 bodde ensamma med sitt/sina barn. Relationen till barnens pappa varierade kraftigt i de intervjuades beskrivningar. Två av mammorna beskrev en konfliktfylld och destruktiv relation till barnets pappa, i ett fall berättade den intervjuade mamman också om misshandel och hot som förekom under graviditeten. I två fall har inte papporna alls varit med i beslutet om att få barn och/eller att fortsätta graviditeten, det har varit mammans eget projekt. I ett av dessa fall var faderskapet inte fastställt då intervjun genomfördes.

Ansvar för barnet

De fem mammor som bor tillsammans med barnets pappa menar att de oftast kan dela ansvaret för barnet, även om det är de själva som har huvudansvaret. Övriga fyra mammor beskriver att barnets pappa tar någon form av ansvar för barnet. Även två av de mammor som inte bor tillsammans med pappan menar att han engagerar sig i barnet, och anstränger sig för att ta sin del av ansvaret.

Han har varit med sedan Julian föddes, så har han varit med hela tiden förutom de tre sista veckorna så har han tagit lite återfall och hållit sig borta. Vi träffade honom igår och i förrgår så det var de här tre veckorna som har varit som det har varit lite struligt, men annars så har han varit med. Det har ju inte varit så mycket att han har hjälpt till på nätterna och så men han hjälper till med det han kan, laga mat och tvätta och allt runt omkring istället (Henrika)

Även Marie som, i likhet med Henrika, inte bor med barnets far, menar att de har försökt att dela på allt så mycket som möjligt. Anledningen att de inte bor tillsammans är i deras fall att barnets pappa har problem med ekonomin, med skulder som hänger efter honom.

Martin är ju med jättemycket i bilden, det är bara att vi inte bor tillsammans, men han är ju nästan alltid hemma hos oss ändå liksom, men det är mest med skulder, ekonomin, det är anledningen till varför vi inte bor tillsammans liksom. Så han är med i bilden (Marie)

Emellertid är det ofta så att papporna, enligt de intervjuade kvinnorna, inte alltid förmår att hålla överenskommelser och att klara av att ta ensamt ansvar för barnen. Åtta av de intervjuade mammorna uppger att papporna inte är delaktiga i barnens liv. I några fall beror det på att papporna fortfarande missbrukar. Flera av mammorna beskriver under intervjuerna hur graviditet och föräldraskap har motiverat dem att avstå från alkohol och droger, och också att på olika sätt förändra sina liv så att deras barn skall få en stabil uppväxt. För papporna har inte alltid föräldraskapet haft denna motiverande effekt.

Några av kvinnorna uttrycker en stor besvikelse över att barnens pappor inte klarat av att avstå från droger och/eller alkohol, utan fortsätter sina liv som tidigare, utan förmåga att prioritera kontakten med sitt barn.

Jag kunde bli jättefrustrerad över honom för att han inte liksom fatta, alltså för mig är det ju i samma stund som man blir gravid, då börjar man ju mogna, det blir inte samma sak för en kille, för dem är det ju inte verklighet förrän barnet kommer och det var väldigt frustrerande, man tyckte liksom att "herregud, vi väntar barn, du kan liksom inte styra upp dig när hon kommer, du behöver ju liksom göra det innan". Så att det var ju först när hon kom liksom som det koppla lite där, men sedan blir det ju också att det har varit perioder där han inte har träffat henne på en, en och en halv månad (Cecilia)

Även i de fall där både mamman och pappan varit delaktiga i beslutet att få barn, och planerade ett liv tillsammans, beskrev några av kvinnorna att papporna inte tog ansvar för sina barn. Mammorna kan ha förväntat sig ett stöd, men papporna höll inte sina löften om delat ansvar.

Han har inte varit delaktig, han har varit där men han har inte varit där, man kan säga så här; han har haft henne själv sammanlagt sju timmar, hon är snart sju månader /.../ men han har varit frånvarande och jag har varit själv, jag har inte fått sova ut en enda gång sedan hon föddes, även om det är bra nu så det finns inte en möjlighet att människan skulle låta mig få gå och sova i ett par timmar /.../ Men han har inte spelat så stor roll i och med att han inte har hjälp till. /.../ Jag bad om hjälp i helgen, men han stack ut och festade istället. Han lovade mig att imorgon ska du få sova ut och så gick han ut (Dora)

Pernilla bor vid intervjun inte tillsammans med barnets far, men han har ändå kontakt med henne och barnet. Problemet för Pernilla, liksom för flera andra av de intervjuade kvinnorna, är att kontakten sker på mannens villkor.

Han kommer och går lite som han vill, det är väldigt jobbigt, vi har gemensam vårdnad också men det känns inte så för jag har ju henne själv hela tiden.

I: Träffar han henne regelbundet?

Det är väl någon gång i veckan bara, ibland kan det gå en vecka, det är olika (Pernilla)

Ambivalens hos papporna

Klaras partner var inte delaktig i beslutet att bli pappa, han var uttalat negativ till att Klara fullföljde graviditeten. Nu när barnet är fött är pappan ambivalent till kontakt med sitt barn. Klara har en önskan om att de skall kunna ha en vänskaplig relation för barnets skull, men pappans ambivalens gör att relationen blir komplicerad. Klara menar att hon hade föredragit att han helt dragit sig ur, så att hon inte skapat sig förhoppningar om kontakt mellan pappan och barnet, som sedan ändå inte blir av.

Nej han har varit lite fram och tillbaka att ibland har han velat vara med, men han har dragit sig ur och nu senast för ett par veckor sedan så hade vi bestämt tid till och med, men då hörde han inte av sig sedan när det verkligen, när vi skulle ses då så då hade han dragit sig ur utan att säga någonting, så det är påfrestande, det är lättare om man bara vet att det finns ingen, men när det dyker upp så där hela tiden så det är då det blir jobbigt tycker jag. /.../ Jag vet inte om han kommer att dyka upp och kräva någonting senare, ja det hade varit skönare om han verkligen inte fanns alls (Klara)

Pappornas kontakt med MBHV-teamet

Det är få pappor som kan sägas ha haft någon regelbunden kontakt med MBHV-teamet. Fem mammor nämner att papporna har följt med dem vid besöken på mottagningen. Utifrån de intervjuade kvinnornas uttalanden har inte papporna betraktat sin kontakt med MBHV-teamet som viktig. Både mammorna och personalen på MBHV-teamet har varit fokuserade på graviditeten, och senare på barnet. Det är fem mammor som nämner att partnern också varit med vid besöken på MBHV-teamet, och de ger en bild av att papporna inte varit lika delaktiga som de själva varit i den gemenskap som mammorna beskriver i kontakten med personalen på MBHV-teamet. Agneta menar att hennes man själv tyckt att han varit med tillräckligt, och att han inte har samma behov av att prata som hon själv har:

han tycker inte det är så... han tycker inte om att prata så mycket som mig och så, han är annorlunda från mig (Agneta)

Gabriellas förklaring till att hennes partner inte följt med på besöken har också ett samband med hans förmåga att prata om föräldraskap och framtiden.

I: han hade varit med här sa du?

GABRIELLA: Ja, nog två gånger tror jag.

I: Hade du velat att han var med mer?

GABRIELLA: Ja. Jag har väldigt svårt att prata om problem med honom för han stänger öronen och han lyssnar liksom inte och han förstår inte

Ninas berättelse skiljer sig från Agnetas och Gabriellas. Ninas partner kommer från ett land i Mellanöstern. Deras gemensamma kontakt med MBHV-teamet började inte bra. Nina upplevde att personalen ifrågasatte deras förhållande och deras äktenskap, och förutsatte att hon var förtryckt.

Första gången jag var där när jag hade (barnets namn) pappa med mig, var det inte alls bra. Jag kände att de frågade mig flera gånger om jag var tvungen att vara gift, de frågade mig om det här verkligen var något jag ville, jag satt och, jag gillar att läsa sådana här verklighetsbaserade böcker, särskilt om andra religioner och liksom så, jag tycker det är jätteintressant så jag satt då i väntrummet och läste en bok om det var en tjej som hade varit tvungen att gifta sig och så och då frågade dem; handlar det om dig? /.../ Jag sa; nej jag är inte tvungen att vara gift, det här är något jag har valt själv, jag träffade honom på jobbet liksom. Men de gav sig inte, det var liksom samma saker hela tiden och sedan då till slut så blev jag förbannad och sa ifrån att jag har valt att vara gift själv, jag har valt att bli gravid, jag är inte misshandlad, allt är bra och då gav de sig till slut (Nina)

För Nina och hennes partner blev denna första kontakt med MBHV-teamet en negativ upplevelse. Nina framförde kritik mot hur hon blivit bemött, och hon fick därefter en annan kontaktperson på mottagningen.

Föräldraskapet som identitetsmarkör

Den grupp som vi intervjuat har olika livserfarenheter. Några kvinnor har levt relativt stabila liv, även om de kontinuerligt, eller i perioder, haft ett ”riskbruk” av alkohol och/eller narkotika. Andra kvinnor har haft mera problematiska liv, som dominerats av missbruk och utsatthet, i några fall också kriminalitet och våld. För dessa kvinnor har föräldraskapet, förutom glädjen över barnet, också inneburit en möjlighet att leva ett annat och bättre liv, och därmed också skapa sig en annan identitet.

Mitt föräldraskap det är nog det bästa som har hänt i mitt liv, det är absolut det bästa som har hänt i mitt liv, utan tvekan. Min dotter pushar mig till att liksom vara den bästa människan som jag kan vara. Jag trodde inte att jag skulle bli mamma, jag trodde inte jag skulle trivas så mycket som mamma, jag trodde jag skulle vara en av dem som tyckte det var jättetråkigt att vara hemma, men det finns inget bättre /.../ Det är ett hederligt leverne liksom, någonstans mitt uppe i missbruket så har man ändå... i min kriminella bana och i mitt

drogmissbruk så någonstans har man bara velat, någonstans har ändå önskan funnits att bli en vanlig Svensson liksom och nu när jag har barn så känner jag mig liksom, jag tittar på melodifestivalen och lagar husmanskost, någonstans så har man ändå längtat efter att bara få vara en vanlig Svensson och nu när man är det så är det ”gött”, jag har ingenting att dölja, jag behöver inte vara rädd för någonting, inga skumma människor rör sig i mitt hem, inga skumma människor finns i min dotters liv, jag behöver inte vara rädd för att polisen ska knacka på dörren liksom, det är ”gött” (Dora)

Stöd från MBHV-teamet i föräldraskapet

Eva är en av de mammor som tydligt uttrycker hur mycket stödet från MBHV-teamet har betytt för hennes föräldraskap. Eva har haft ett liv där hon mött stora svårigheter, men också visat prov på egen handlingskraft och kompetens. Hennes beskrivning av sina tankar om föräldraskapet får avsluta detta avsnitt:

Jag tror att jag är en bra människa, och jag har fått hjälpen och styrkan till att göra det rätt. Jag har ju satt käppar i hjulen, de största käpparna i hjulen det är ju jag som har gjort. Det är ju jag som har tagit drogerna, det är ingen annan. Man har gjort det i uppgivenhet för man har inte sett någon annan större... antingen skiter jag i allting och så... det har varit en sådan där ond cirkel på ett konstigt sätt och den har jag ju liksom fått hjälp med där borta (Eva)

För Eva har stödet från MBHV-teamet lett till att hon fått hjälp att hitta styrkan inom sig för att klara av att vara förälder.

Socialt nätverk

Att bryta med gamla kontakter

I intervjuerna är det flera av kvinnorna som berättar om hur graviditet och föräldraskap medfört att de varit tvungna att bryta kontakten med de vänner som fortfarande dricker, eller använder narkotika (det här beskrivs också i avsnittet om ”Tankar kring graviditeten”). Det går inte att fortsätta umgås i de gamla vänkretsarna, det skulle göra det svårt för de intervjuade kvinnorna att själva avstå från alkohol och droger, de vågar inte ta den risken.

Jag umgås inte med några som missbrukar för jag kan inte göra det. Jag kan inte komma hem till dem och så riskera att jag sätter mig och dricker och drar igång något, man måste hålla sig borta, man får inte riskera något, man har ju han (sonen, vår anm.) att tänka på (Agneta)

Ansvar för barnet blir det som är viktigast, det får gå före kontakten med vännerna. För en del mammor har det inte varit så lätt att bygga upp ett nätverk med nya vänner som inte missbrukar alkohol eller droger. Att flera är ensamma med sina barn, och har begränsad möjlighet att få barnvakt om

de vill gå ut på egen hand, är också en faktor som försvårar för dem att finna nya vänner. Det är heller inte lätt att veta hur man skall göra för att finna andra nätverk. Hur gör man, hur skall man träffa nya vänner?

Så har man ju inte så mycket, det är väl det som har varit problemet innan liksom att jag har försökt att sluta, men inte fyllt ut mitt liv på något annat sätt, och man har väl haft lite svårt, jag har haft svårt för att, jag vet inte riktigt hur jag ska ha betett mig eller vad jag ska göra eller vem jag ska vara med, vilka människor ska jag umgås med, man lämnar ju... det är ju inte bara att sluta ta droger, man måste ju bygga upp så himla mycket grejer också (Marie)

De mammor som berättar om att de brutit kontakten med sina gamla vänner, kan också berätta om att de saknar det gamla livet, även om de inte ångrar sitt val att ändra livet för barnets skull.

Jag har ju lämnat det för något som är så mycket bättre, men det är ju ändå, alltså fortfarande ibland så kan jag känna en viss sorg över vissa vänner som jag verkligen har uppskattat som nu i efterhand så vet jag inte ens varför jag har uppskattat den vänskapen, men det liksom har varit något som... jag har inte ens behövt bryta utan det liksom, slutar man gå ut på krogen och bjuda på droger och alkohol och sådant så är man väl inte så där jätteintressant längre. /.../Men visst saknar man det ibland /.../men jag har det så bra nu och det är så himla bra och jag vill verkligen inte fucka upp det. (Dora)

Kontakt med vänner

Henrika hör till de mammor som har kvar kontakten med vänner från ”det gamla livet”. De som bara varit ”struliga” kan hon fortfarande umgås med, medan de som missbrukat droger försvunnit ur hennes liv.

mina nära tjejkompisar, vi är en klick som har varit vänner väldigt länge och de har också varit ganska struliga fram och tillbaka /.../ Sedan har jag haft de jag har knarkat med och dem umgås jag inte med. Jag har kvar mina som också är lite halvstruliga ibland, men fortfarande kan behålla ett jobb och liksom vara presentabla liksom och fungerar i ett samhälle, jobbar och försörjer sig och betalar sin hyra och ändå står på bena och klarar sig (Henrika)

För Henrika är det en viktig tillgång att fortfarande ha kontakt med de gamla vännerna, men hon gör en tydlig skillnad mellan de vänner som hon ”har knarkat med” och de vänner som hon tycker ”fungerar i ett samhälle”. Att ha kvar ett socialt nätverk, där inte allt kretsar kring missbruket, har varit väsentligt för Henrika.

Klara hade önskat sig ett tätare socialt nätverk, som kunnat ge henne hjälp och stöd. Hon tycker det är svårt att be kompisarna om hjälp, eftersom hon

inte tycker att hon kan ”betala tillbaka”. Hennes svårigheter att be om hjälp har medfört att hon delvis förlorat kontakten med sina vänner.

Om man har kompisar över så blir det någon slags tacksamhetsskuld /.../ jag tycker det är så svårt att kräva, jag har jättesvårt att be om hjälp och förklara vad jag behöver hjälp med så det har inte blivit av, det har mer blivit att jag har tappat kontakten med folk (Klara)

Kontakten med den egna familjen – föräldrar och syskon

För flera av de intervjuade kvinnorna är den egna familjen väldigt betydelsefull. Den egna familjen har i de flesta fall varit positivt inställda under graviditet och föräldraskap, och många får stöd både av föräldrar och syskon. I intervjuerna är det flera mammor som berättar om att graviditet och föräldraskap förbättrat en ansträngd kontakt med den egna familjen. Föräldrar och syskon har sett att de som mammor kunnat avstå från droger och alkohol, och tilliten och förtroendet har blivit större. Marie berättar om hur hon, då hon levde ett liv där missbruket var centralt, inte varit välkommen hem. Hon säger också att hon har förstått sin familjs inställning. Hon har hela tiden haft kontakt med sin lillasyster, men inte med sina föräldrar. Nu när barnet är fött har förhållandet förbättrats, och hon är välkommen hem igen, och får också stöd från familjen.

De finns med i bilden nu, de har inte gjort det på ett bra tag, de har velat ta avstånd, jag har en lillasyster och så där som ja... som jag har varit jättenära hela tiden men vi har ju liksom inte, jag har ju inte fått komma hem och sådana grejer, det är förstäligt /.../ men nu ser det annorlunda ut ja.

I: Så de träffar den här lilla krabaten?

MARIE Ja det gör de.

Framtiden

Jag ser ljust på framtiden. Hoppfullt. (Agneta)

De intervjuade kvinnornas förväntningar inför framtiden är för det mesta positiva. De förhoppningar de har kretsar kring att få ett fungerande vardagsliv, med en bra bostad, ett arbete, och bra dagis och förskola till barnen. De flesta tror också att de skall klara av det framtida livet, framtiden se ljus ut.

Johannas förhoppningar inför framtiden skiljer sig inte från de andra mammornas, men samtidigt inser hon att allt inte kommer att vara enkelt.

Jag har väl fått insett och accepterat att det kommer kanske inte vara solskenshistoria hela tiden, så är det väl för alla, men det har ju jag liksom inte insett och accepterat innan. (Johanna)

Johanna försöker vara realistisk. Hon vet att hon fortfarande har en del problem och kommer att behöva hjälp i framtiden, men hoppas att just den insikten skall underlätta för henne att skapa ett bra liv för sig och barnet.

Då Nina funderar över framtiden, har hon också insett att allt inte kommer att vara lätt. Hon har redan upplevt perioder då hon har tvivlat på att hon skall klara av att vara förälder, men hon är också medveten om att så kan alla föräldrar känna ibland. Att inte alltid ha tålamod med sitt barn innebär inte att vara en dålig förälder.

jag är medveten om att det kommer komma perioder när jag känner mig helt kass, det har funnits redan och det har jag väl kompenserat genom att vara extra bra sedan ett tag. Man kan inte göra mer än sitt bästa och man är människa, tålamodet tryter ibland och man blir förbannad, jag har gapat åt honom, vem har inte gjort det på sina barn. Så jag tror att man får vara lite snäll mot sig själv också (Nina)

Att byta från MBHV-teamet till en ”vanlig” BVC

Som tidigare har nämnts, så har MBHV-teamet kontakt med mammor och barn fram till dess att barnet är sex månader. Sedan kan de ha ”konsultativ kontakt” med den BVC som barnet kommer att höra till, men den täta kontakten med mammor och barn upphör. Några mammor har oroat sig för övergången från MBHV-teamet till en ”vanlig” BVC, de är rädda för att de inte kommer att få samma goda bemötande där som de fått på MBHV-teamet.

Olivia är en av de kvinnor som redan har genomfört övergången från MBHV-teamet till en annan BVC. Så här beskriver Olivia kontakten med den andra barnavårdscentralen:

Ja då fick jag gå på vanligt BVC med honom och där går man ju absolut inte lika ofta, så det var en enorm skillnad. /.../ Jag får säga att det känns som att de bryr sig mycket mer på MBHV-teamet. De bryr sig mycket mer och man har mycket lättare att prata med dem på något sätt för man fick aldrig den riktiga kontakten med den andra barnmorskan för man kände ju inte henne för man träffades så sällan. /.../ grejen var att i och med att man gick där på MBHV-teamet så tätt så lärde man ju känna dem. Det var en väldigt öppen relation som man hade, man hade frågor omkring, man behövde inte skämmas för någonting faktiskt att fråga, det kändes så skönt (Olivia)

För Olivia har bytet från MBHV-teamet till en annan BVC inneburit en stor skillnad i hur hon blivit bemött, och hur hon upplevt kontakten med BVC. Olivia är inte missnöjd med den BVC hon har nu, men skillnaden är stor – det har inte gått att få den personliga kontakt hon hade på MBHV-teamet på den ”vanliga” BVC där hon nu går.

Flera av mammorna, som inte redan hunnit övergå till en ”vanlig” BVC, menar att det känns naturligt att lämna MBHV-teamet. De är mycket nöjda med det mottagande de fått där, men tycker samtidigt att de faktiskt har lyckats lämna sitt missbruk bakom sig, och att det då också är dags att lämna MBHV-teamet och använda sig av samma resurser om andra föräldrar och barn.

Det känns som ett naturligt steg, jag kommer sakna människorna här, jag har köpt blommor till dem, men det känns som ett naturligt steg, nu behöver jag inte det där intensiva, nu är jag ändå trygg i min mammaroll och jag känner att jag har verktygen för att kunna kämpa vidare i min drogfrihet (Dora)

Så som tidigare nämnts i det avsnitt som handlar om urinproverna som görs på MBHV-teamet, så menar en del mammor att just urinprovtagningen kan kännas som en trygghet, som ett säkert bevis för att de är drogfria. Så tänker Felicia inför framtiden; hon tror inte att hon kommer att återfalla i missbruk, men hon vill gärna fortsätta att ta regelbundna urinprover, just för att ”få det på papper att jag är ren”.

Jag har inga tankar på att gå tillbaka, aldrig, men man ska aldrig säga aldrig så jag vill fortsätta ha någon kontakt och även ta urinprover och få det på papper att jag är ren för att annars känns det som att de har ingenting emot mig, men jag vill ha det bara dokumenterat också att det går bra (Felicia)

Sammanfattande reflektion av kvinnornas berättelser

För den stora majoriteten – 15 av 17 mammor – var graviditeten oplanerad. Därmed var den inte ovälkommen, men den var oväntad, och ställde nya krav. Flera säger att de inte hade väntat sig att bli mammor, men att de ändå gladda sig över graviditeten.

Det som är betecknande för berättelserna är den stora förändring av livet som graviditeten innebar, och som nästan samtliga mammor beskriver. Stödet från MBHV-teamet blev för många kvinnor avgörande för att kunna genomföra denna förändring. I intervjuerna blev det tydligt att det kontinuerliga stödet de intervjuade kvinnorna erhöll från MBHV-teamet var viktigt för att upprätthålla motivationen att avstå från droger. De täta kontakterna med teamet, och den ”icke-fördömande” attityd som personalen i teamet visade var betydelsefulla.

I intervjuerna berättar flera kvinnor om hur barnet givit deras liv mening. Barnet har givit dem ett mål och en riktning i livet – det är barnet som gör livet värt att leva. Detta är väldigt positivt och roligt att höra – men samtidigt också oroväckande. Det är svårt för ett litet barn att på egen hand i längden fylla en förälders liv med mening. Så länge barnet är litet och kräver föräld-

erns fulla uppmärksamhet kan säkert livet helt uppfyllas av föräldraskapets uppgifter, men när barnet blir äldre, riktar sig mera utåt och börjar på dagis och förskola – då kan det också behövas andra faktorer för att livet skall bli meningsfullt för mammor och pappor. Föräldern kan behöva ett eget socialt liv – andra människor och aktiviteter som också ger mening åt livet. I detta sammanhang vill vi framhålla att det är viktigt att fortsätta söka kunskap om vilket stöd som behövs för att stödja föräldrar och barn även då barnen blivit äldre, och föräldraskapet omfattar andra krav och utmaningar.

I intervjuerna berättar kvinnorna om hur de varit tvungna att sluta umgås med de vänner och bekanta som fortfarande missbrukar. Det har varit nödvändigt, både för att skydda dem själva från att riskera återfall, och för att skydda barnet. Emellertid blir det tydligt hur svårt det är att bygga upp nya nätverk, särskilt i den situation som de befinner sig i – som småbarnsföräldrar. Frånvaron av sociala kontakter blir för mammorna också ett stort hinder i att skapa ett nytt nätverk – utan barnvakt blir de begränsade. Denna situation beskrivs också i flera andra studier (Trulsson 1997, 2003, Skårner 2004). Skårner (2004) visar hur social isolering kan bidra till att mammor återfaller i missbruk. Således finns här ett behov av samhällets stöd till dessa mammor, så att de kan få tillgång till både ekonomiska och sociala resurser som kan underlätta uppbyggandet av nya sociala nätverk.

Något som är genomgående positivt i mammornas berättelser är att föräldraskapet också givit dem en ny social identitet. Det finns flera exempel där de intervjuade kvinnorna uttrycker sin tillfredsställelse med att vara ”en vanlig Svensson” – en förälder som lever ett ”vanligt” liv, och klarar av att ha en ”vanlig” vardag. Genom att bli mamma, och genom att avstå från alkohol och droger, har kontakten också i många fall kunnat återknytas med föräldrar och syskon.

Hos i stort sett alla de intervjuade finns en positiv syn på framtiden. Flera har långt gångna planer på att utbilda sig. De flesta tycker att deras boende fungerar väl, och de som har lite äldre barn har lyckats finna plats på dagis åt dem. Framtiden ser ljus ut.

Stödet som ges vid Mödra- Barnhälsovårdsteamet

I detta avsnitt redogörs för personalens beskrivning av hur de arbetar men framförallt kvinnornas berättelser om vilket stöd de har fått, hur de upplever den kontroll som kontakten med teamet innebär och hur de har blivit bemötta. Betydelsefulla faktorer i teamets arbete lyfts fram och avslutningsvis diskuteras utformningen av stödet till papporna.

Stöd

Med anledning av att de kvinnor som har kontakt med MBHV-teamet utgör en heterogen grupp och deras behov av stöd varierar, skiljer sig utformningen av stödet åt mellan kvinnorna. Det finns dock generella insatser som alla kvinnor erbjuds och avkrävs. I huvudsak är de flesta av de kvinnor som har intervjuats positiva till det stöd som de har fått av MBHV-teamet. För några har det varit extra betydelsefullt. Eva säger att den hjälp som hon har fått från MBHV-teamet har varit det ”häftigaste som har hänt” i hennes liv och att de har funnits där har ”räddat” hennes liv.

Tät och regelbunden kontakt

Tät och regelbunden kontakt är något som utmärker utformningen av stödet hos MBHV-teamet. Personalen betonar vid flera tillfällen att tid är en förutsättning för att kunna bedriva den verksamhet som MBHV-teamet gör och att de på teamet har mer tid för sina patienter än inom ordinarie verksamheter. Tid är också en förutsättning för att kunna vara flexibel. Personalen har inte fulla kalendrar utan kan boka om tider vid behov och de kan träffa sina patienter med kort varsel. De säger också att de aldrig har någon väntetid. I MBHV-teamet arbetar de med en grupp kvinnor och barn som har behov av

särskilt stöd. Både barn och vuxna har i flera fall levit i utsatta situationer och personalen betonar att det är viktigt att inte ”stressa” föräldrarna utan att ha möjlighet att ha ett annat tempo i syfte att skapa de bästa förutsättningarna för att det blir lugn och ro omkring dem. Att det finns en möjlighet att utforma kontakten utifrån patienternas behov är väsentligt menar personalen.

Det stora flertalet av de intervjuade mammorna är positivt inställda till att få träffa en barnmorska ofta och tycker att det bidrar till att de känner sig omhändertagna och trygga. Agneta betonar betydelsen av att få träffas ofta och prata. Även Pernilla beskriver att när hon har haft frågor och när hon inte har mått så bra så har hon fått någon att prata med. Lena säger att de täta uppföljningarna passar henne:

Att det är så täta uppföljningar, att jag får komma och lyssna på min bäbis en gång i veckan, jag får komma och kolla min vikt, kolla ultraljud och sådant, att det är mer kontinuerligt än att, för det hinner komma så mycket frågor så jag kan inte tänka mig något annat sätt att gå igenom graviditeten och med eller utan missbruk så känner jag att det är såhär det borde vara för alla.

Att oroa sig för barnet i magen är inte ovanligt och många gravida kvinnor oroar sig någon gång under graviditeten. För en del av mammorna utgår oron ifrån att de har använt droger innan de visste att de var gravida. Oron handlar om kunskapen om risken för skador på fostret. Att då få möjlighet till täta uppföljningar och att få veta att barnet är ok kändes skönt och gav viss trygghet, säger Henrika.

Felicia tyckte i början att kontakten var för tät, ”det var för mycket, för många tider” men säger i anslutning till detta att ”men det har varit jättenöd-vändigt, det har varit jättebra att ha haft stöd”.

Den täta kontakten ställer krav på kvinnorna och för ett fåtal av de intervjuade har det upplevts som lite besvärligt att ta sig till MBHV-teamet. De flesta tycker dock inte detta vilket även kan bero på att personalen på både MVC och BVC erbjuder sig att åka på hembesök om den blivande mamman vill detta.

Jag skulle bara, det skulle bara vara positivt, det som har varit så himla bra med den här verksamheten också var ju att i början så kunde de komma hem till mig om det var så, om jag var trött eller vad som helst, att de gjorde hembesök, det är ju också jättetacksamt, när allt är nytt och det var en stor grej att ta barnvagnen i början på spårvagnen, då är det skönt att de kunde komma. Det är bara positivt alltså, om man behöver lite extra stöd. (Marie)

Tillgänglighet

Med den utökade tiden följer möjligheter till hög tillgänglighet och att anpassa kontakten till kvinnornas och familjernas individuella behov. Personalen har möjlighet att ha tät kontakt och att göra många hembesök. De blivande mammorna har också möjlighet att få en regelbunden läkarkontakt i högre utsträckning än på ordinarie MVC/BVC. Inte sällan hör man kritik mot myndigheter och olika verksamheter som går ut på att det är svårt att nå personal och att väntetiderna är långa. När de intervjuade beskriver MBHV-teamet tar många upp att utmärkande för mottagningen är det motsatta, det vill säga att MBHV-teamet är en verksamhet som kännetecknas av sin tillgänglighet. De beskriver att personalen är lätt att nå och att de snabbt kan få en tid när de behöver. Flera jämför med andra verksamheter där det ofta är lång väntetid. Ingela berättar att hon fick mobilnummer och att när hon har ringt så har de varit anträffbara eller så har hon lämnat ett meddelande och blivit uppringd kort därefter. Hon upplevde att personalen tog sig tid för henne. Lena säger att om det var någonting så var det bara att ringa och ”komma in om jag mådde dåligt minsta lilla, om jag undrade någonting”. Nina påpekar det positiva med att känna flera av personalen och kunna ringa den hon ville.

Att vara tillgänglig bidrar även till en känsla av att besökarna/patienterna känner sig välkomna. Gabriella beskriver att hon har känt sig välkommen att ringa när hon har velat och behövt. Hon beskriver att hon vid ett tillfälle, en fredagsmorgon, kände sig ledsen och upprörd och kontaktade personalen i MBHV-teamet och blev erbjuden en tid samma eftermiddag. Gabriella säger att hon fick två timmar till sitt förfogande. Hon påpekar att ”det var jättebra för annars hade kanske hela helgen varit förstörd” för henne. För Gabriella bidrog tillgängligheten till att hon fick möjlighet att bearbeta jobbiga känslor. För flera av mammorna har drogerna tidigare fyllt en ångstdämpande funktion. Gabriella berättar vidare att alkoholen gjorde henne ”bättre för stunden”, dämpade problem men efteråt så mådde hon inte bra. Idag är ett alternativ för henne att ringa till MBHV-teamet.

När drogerna inte längre finns att ta till för att döva känslor (dämpa ångest) blir det extra viktigt att det stöd som erbjuds utformas för att kunna bidra till att lindra ångest, oro eller andra känslor och vara ett stöd för kvinnan att avhålla sig från att ta droger. Drogerna måste helt enkelt ersättas med någonting. Att ha tillräckligt med tid och täta kontakter krävs för att personalen ska kunna vara med kvinnorna...

... i det, så att de står ut med det själva och att vi tillsammans med dem kan fylla detta tomrum med någonting som blir en hållande struktur. (grupp 1)

Att finnas tillgänglig (att utgöra ett substitut för drogen) är ett sätt att stödja i dessa situationer.

Helhetsperspektiv

De intervjuade mammorna beskriver en mängd olika former av stöd som de har fått av MBHV-teamet. Det handlar naturligtvis om ”traditionellt” MVC- och BVC-arbete, såsom att följa fostrets utveckling och sedermera barnets utveckling samt relationen mellan barn och föräldrar och även en stor del information. Pernilla säger att hon fick mycket information om barn och graviditet, hur hon skulle göra och hur förlossningen går till, vilket var till stor hjälp.

Flera av de intervjuade vittnar om att det finns ett stort utrymme att utforma kontakterna efter den enskildes behov och utifrån den enskildes situation. De intervjuade kvinnorna har fått hjälp med allt från basala behov som stöd i anskaffande av bostad och ekonomi, kontakter med andra myndigheter, samtalsstöd och akupunktur m.m. En del av kvinnorna har ett litet eller inget nätverk och vid behov finns personalen med och ger stöd i form av att till exempel skjutsa till och från sjukhuset, vara stöd i rättsliga processer etc.

Alla kvinnor har fått samtalsstöd i olika former. De beskriver att samtalen handlar om deras situation som blivande förälder, som förälder och relationen mellan dem och deras barn, alkohol och droger och deras hela livssituation. Agneta fick möjlighet att prata om ”allt möjligt” hur hon kände sig och mådde. Barnmorskan lyssnade på barnet och Agneta kände sig trygg med stödet från MBHV-teamet. Flera av kvinnorna beskriver samtal med fokus på alkohol och droger. Klara beskriver att hon fick stöd utifrån sin depression och de samtal hon hade hjälpte henne att reflektera över sin alkoholkonsumtion vilket hon tror har lett till att hon idag har en bättre relation till alkohol. Pernilla säger att hon fick ”mycket stöd, hjälp med tankar och att hantera sin ångest”.

Marie säger att hon förutom stöd i sin graviditet också fick möjlighet att prata om droger och om hur hon mår. Att få komma en gång i veckan och fråga ”alla frågor man har om graviditeten” har varit betydelsefullt.

Nina säger att hon behövde MBHV-teamet och att hon fick ”jättebra samtalsstöd som de utformade efter mina önskningar”. Nina anser att samtalskontakt när man försöker ta sig ur ett missbruk är väldigt viktigt och att MBHV-teamet kan erbjuda den formen av hjälp. Dora beskriver stödet som personligt och att hon har fått ”en känslomässig anknytning” till personalen, för att de har haft ”djupa konversationer” och det har varit så mycket mer än bara någon som har lyssnat på hjärtljud.

Cecilia beskriver att MBHV-teamet hjälpte henne genom att de hade en överblick över hennes situation. De har haft ”koll på allting” säger hon. Att

personalen har en helhetssyn på patienternas situation är det flera mammor som vittnar om. Henrika berättar att MBHV-teamet gör lite mer än bara traditionellt BVC-arbete:

... då gick jag hit och grät och tyckte det var jättejobbigt och visste inte hur jag skulle gå tillväga och då tyckte jag ändå att hon hjälpte mig ganska mycket, hon satte sig ner och ringde min handläggare och liksom de hjälper en med andra grejer också, det är inte bara BVC, det är ju inte deras arbetsuppgifter, de gör lite mer, kontakt med mina personliga problem som kan vara med boende och de är ganska insatta i ens liv, inte bara missbruket och (namn på barnet) utan: var bor hon, har hon problem med det också, behöver hon hjälp, vad kan vi göra för att hjälpa henne?

De kvinnor som är aktuella hos MBHV-teamet har alla olika erfarenheter, livssituationer och behov av stöd. För att få en möjlighet att avhålla sig från droger, att utvecklas i sin föräldraroll och att knyta an till sitt barn krävs att situationen runt kvinnan inte är alltför kaotisk. Att få hjälp med att ordna praktiska saker som ekonomi, bostad och arbete är en förutsättning för att kvinnorna ska få en möjlighet att klara av de tidigare nämnda utmaningarna. Eva berättar att det hände saker kring henne hela tiden, hon hade ”problem med myndigheter och sociala”, hon var utan pengar, hade problem med pojkvännen och blev av med körkortet. För Eva innebar det viktigaste stödet av MBHV-teamet att personalen såg hela hennes situation och stöttade henne utifrån denna.

Mobilisering av nätverk

Flera av kvinnorna har mot bakgrund av sin problematik kontakt med flera myndigheter såsom socialtjänsten och psykiatrin och eventuellt andra behandlande verksamheter. Tillika Eva är det flera av de intervjuade som beskriver att de har fått hjälp med att kontakta andra myndigheter eller verksamheter och att samordna kontakter. Det kan handla om allt ifrån kortvariga kontakter till viktiga långvariga behandlingskontakter. Att bygga upp ett nätverk med stödkontakter när en kvinna är i behov av det är en viktig del av MBHV-teamets arbete. Gabriella har fått hjälp med kontakter för att söka jobb. Dora beskriver att hennes barnmorska har ringt till både hyresvärdar och socialsekreterare:

... min barnmorska är en jätteunderbar kvinna och verkligen ställt upp och ringt till hyresvärdar och kontaktat socialsekreterare. Jag har varit i kontakt med min öppenvård och dem i psykiatrimottagning, byggt upp ett bra skyddsnet för mig. De har haft kontakt sinsemellan och det har varit jättebra. Det var verkligen grymt att de byggde upp och höll kontakt med alla öppenvårdskontakter. Har snackat sinsemellan så alla har vetat, så det har varit bra.

Klara fick hjälp med psykologkontakt och att etablera en kontakt med en familjeförskola. Cecilia beskriver att MBHV-teamet har hjälpt henne att få vård snabbare. De låg på och tryckte på att det behövde hända något. Om inte de hade gjort det tror hon att det hade tagit mycket längre tid innan hon hade fått den hjälp som hon behövde. Flera av mammorna har fått hjälp med kontakt med socialtjänsten. Dora beskriver att personalen hjälpte henne genom att ringa till socialtjänsten när hon inte riktigt orkade ta tag i det själv. De har skyndat på överflyttningar från en stadsdel till en annan och ringt och fixat.

Delaktighet

En annan viktig aspekt i stöd och behandling är patientens delaktighet i utformningen av vården. Några av de intervjuade påpekar att de tycker att det stöd som de har fått har utformats efter deras egna önskemål. Ingela säger att personalen frågade henne vad hon ville ha hjälp med och ger som exempel att hon ville gå ner i vikt och fick då hjälp av en dietist. Johanna upplevde att det stöd som hon fick var upplagt efter vad hon själv tyckte och tänkte. Det var inte ett färdigt koncept utan det var anpassat efter hennes önskemål och behov och Felicia och Henrika säger båda att ”man får stödet man själv vill ha”. Nina säger:

Nej jag hade berättat att de visar respekt för vad man har gått igenom, de visar förståelse /.../ jag fick utforma ganska fritt min kontakt med dem, vad jag ville och så, fick bestämma mycket själv, det är så jag skulle säga. Jag tror att det är viktigt för personer även med grövre missbruk att de får känna det här att de har ändå något att säga till om, de har ju haft kontakt redan med socialtjänst, jag har också varit det när jag var yngre, och känna det att man har ingen kontroll alls över sitt liv ...

Ovanstående citat vittnar om att personalen lyckas förmedla ett synsätt med utgångspunkt i att patienten har egna resurser och är kapabel att definiera sina egna problem. Delaktighet handlar om maktförhållanden och att få möjlighet att påverka sin egen vård innebär bland annat att man tilldelas makt vilket är en väg till bättre självförtroende. Det sistnämnda beskrivs av Raeburn och Rootman (1998) som en uppfattning av inre styrka och självkänsla. Forskning har visat att det stigma som är kopplat till kvinnliga missbrukare bidrar till bland annat lägre självkänsla (se Ravndal, 1999) och därför är det av stor vikt att stödåtgärder utformas i syfte att stärka en patients självkänsla.

Både vuxen/mamma- och barnperspektiv

Stödet som MBHV-teamet erbjuder riktar sig till både mamma och barn och det är några av de intervjuade som särskilt påpekar att de har uppskattat detta. Marie berättar att hon tycker att stödet som hon har fått av MBHV-teamet

har varit personligare och att hon har kunnat börja prata om sig själv. Hon säger att det har varit skönt att få frågan ”hur mår du?” och hon har känt att stödet har varit till för både hennes son och henne. Agneta säger att hon har känt att personalen ”värnar väldigt mycket om både oss mammor och om barnen också”.

Beatrice:

... och de har sagt det att är det någonting så är det bara att ringa, både när det gäller med honom och hur jag mår och om jag behöver hjälp ...

Att få ihop ett vuxen- och ett barnperspektiv är en utmaning och en förutsättning för att lyckas med en dylik verksamhet.

Sammanfattande reflektion

Det är grymt, det är bra. Om du är genuin, om du vill bli en bra mamma, om du verkligen vill sluta med missbruket och gå en annan väg så ska man komma hit. (Dora)

De organisatoriska förutsättningarna i MBHV-teamet skapar möjligheter till en tät och flexibel kontakt. Kvinnorna beskriver en mängd olika former av stödinsatser och sammantaget kan konstateras att stödet i MBHV-teamet formas utifrån den enskilde individens behov. Forskning (se t.ex. Blomqvist, 1999, 2002 och Fridell 1996) visar vikten av att stöd och behandling till personer med missbruksproblematik utformas och anpassas till den enskilde, något som karakteriserar utformningen av stödet i MBHV-teamet.

Kontroll

Att gå hos MBHV-teamet innebär att inordna sig i en viss struktur där målsättningen är drogfrihet för den blivande mamman i syfte att barnet inte ska fara illa. Som vi tidigare har sett är personalen lyhörd för individuella önskemål men inom vissa ramar. Kontrollen som mammorna behöver underkasta sig är en del av denna struktur. En av personalen beskriver vikten av en tydlig struktur för att uppnå drogfrihet och vikten av att hitta balansen mellan kontroll och flexibilitet. Redan från början försöker personalen att förmedla till mammorna vikten av att inordna sig i den struktur som MBHV-teamet har arbetat fram och har god erfarenhet av. Således är den regelbundna kontakten inte enbart ett erbjudande utan också ett krav och en förväntan från personalen som mammorna ska leva upp till. Att balansera mellan ett flexibelt förhållningssätt inom vissa givna ramar är ”vår metod” säger en av personalen. När personalen träffar en kvinna första gången är de måna om att informera om den struktur som en patient hos MBHV-teamet måste inordna sig i. De påtalar att tydligheten är viktig. Olivia, en av mammorna,

säger att i och med att personalen hade gått igenom hur de arbetar när hon träffade dem initialt så upplevde hon inte kontrollen som ett problem utan som något givet och syftet var klart för henne.

Upplevelsen av att vara kontrollerad varierar dock. Lena har inte känt sig kontrollerad. Marie gjorde det i början men inte sedan. Nina gillade inte att bli kontrollerad, protesterade och blev lyssnad på och Agneta säger:

Ja, för min del var det ju hur lugnt som helst, så van vid det här också, gått i samtal länge. Så jag har vant mig vid den här kontrollen.

Johanna beskriver kontrollen av MBHV-teamet som ”kontroll på bästa sätt”. Gabriella och Henrika tycker att kontrollen har varit jättebra och Eva säger att hon behövde kontrollen därför att:

... jag litade inte riktigt på mig själv då, /.../ jag omyndigförklarade mig själv, jag gjorde helt knäppa grejer och det tyckte jag bara var bra, jag behövde ju någon som kollade till mig.

Rebecca är däremot inte nöjd och hon beskriver angående sin upplevelse av kontrollen generellt:

I: Hur upplevde du... upplevde du dig kontrollerad på något sätt under tiden som du var där?

Rebecca: Ja det kände jag. /.../ det är väl klart att de kollar in vad man är för en person och vad man går på för droger eller om man dricker, det fattar ju jag med, att de kanske kollar extra. Sedan att som BVC, när de står och hänger över nacken och ser hur man ska byta blöja och hur man tar i barnet och ammar barnet...

I: Hur påverkade det dig att känna dig kontrollerad på det sättet?

Rebecca: Jag tyckte det var fruktansvärt.

I: Blev du osäker?

Rebecca: Nej, jag kände mig inte osäker innan, men jag kände väl att det blev lite nervöst när jag nästan skulle göra mig till för att bevisa för dem att jag kan ta hand om mitt barn. Då blir det ju lite fel där kände jag, då fick inte jag göra det normala som jag brukar göra, så kände jag väl lite.

Sammanfattningsvis kan sägas att upplevelsen av kontrollen är positiv för flera av de intervjuade. De ser det som en hjälp och ett stöd och några ser det som nödvändigt. För de flesta är också syftet med kontrollen tydligt och endast för en av deltagarna var kontrollen uttalat negativt, vilket påverkade henne i hög grad.

Urinprov

I MBHV-teamet har man en policy att alla ska lämna urinprov, en till tre gånger per vecka. Det görs ibland undantag men det är sällan. Syftet med urinproven är dels kontroll av kvinnans drogintag för att kunna garantera de bästa förutsättningarna för barnets utveckling. Dels är det även tänkt som en hjälp för kvinnan att avhålla sig från att dricka eller ta andra droger samt att kvinnan ska kunna visa för samhället att hon kan vara och är drogfri.

Av de intervjuade är det bara Nina som inte har lämnat urinprov mer än inledningsvis vid sin kontakt med MBHV-teamet. Hon berättar att hon lämnade urinprov några gånger i början för att visa att hon inte använde narkotika eller drack alkohol. Efter ett tag förstod de att jag skötte mig, säger hon. Nina berättar att orsaken till att hon inte ville lämna urinprov var att hon lämnade ett narkotikamissbruk för många år sedan och hon ville inte bli dömd för vad hon gjorde som 13-14-åring. Anledningen till hennes kontakt med MBHV-teamet var att hon hade haft ett alkoholmissbruk senare i tonåren.

De 16 övriga har lämnat urinprov. Flera (fem stycken) av de intervjuade har lämnat urinprov tidigare och tycker inte att det är jobbigt eller ett problem utan att det blir en vana. Marie säger att hon kan göra det på beställning. Lena berättar att hon har varit på behandling under många år och lämnat urinprov flera gånger i veckan:

... så att gå på toa inför någon annan, det är inte så himla konstigt till slut, och då blir det konstigt att stänga dörren om sig istället. (Lena)

För några (tre stycken) har det upplevts som onödigt att lämna urinprov och beskrivs inte som någon hjälp. De har gjort vad de har blivit tillsagda att göra helt enkelt och någonstans har de ändå sett ett syfte med det, det vill säga att personalen ska se att de är drogfria.

Klara upplevde initialt att urinprovstagningen kändes konstig och hon är ambivalent till förfarandet:

... jag tyckte inte att det var riktigt nödvändigt för att jag ville väl ändå att man skulle kunna lita på att jag sa att jag inte tog någonting, men samtidigt så är det samma för alla och jag tror att det är bra att det görs ändå.

De flesta som har lämnat urinprov tyckte att det var ok och sättet som kontrollen gjordes på beskrivs av mammorna som bra:

... hon kollade mig bara, att jag... det var trevligt, det var precis som att vara på toaletten med en tjejkompis. (Eva)

För Johanna har tidigare urinprovstagningar upplevts som syftande till att visa hur mycket droger hon har tagit och "hur dålig" hon var och när hon

först ombads att lämna urinprover kände hon sig kränkt. Men formen för proceduren i MBHV-teamet innebar en avdramatisering och bemötandet vid provtagningen var gott vilket gjorde att hon inte längre kände sig kränkt utan tyckte att det gick bra och upplevdes ”ganska naturligt”. Det kan vara integritetskränkande att behöva utsätta sig för att kissa inför en annan människa. Inställningen till och handhavandet av proceduren kring urinprovstagningen hos personalen är därför viktig för att upplevelsen inte ska vara negativ. Personalen i MBHV-teamet beskriver kontrollen vid provtagningarna som en svår och viktig uppgift och de betonar vikten av att det sker på ett bra sätt.

För några av kvinnorna fyller urinproven den viktiga funktionen att få det dokumenterat att man inte tar droger. Felicia säger att hon vill ”få det på papper att jag är ren /.../ jag vill ha det dokumenterat också att det går bra”. Hon beskriver att det har varit en trygghet för henne och att det gynnar henne. Agneta säger att när hon har lämnat urinprov är det ingen som kan ifrågasätta henne och även Marie anser att dokumentationen var bra i syfte att visa att hon skött sin drogfrihet.

För Gabriella, Marie och Dora har urinproven varit ett viktigt stöd i att avstå från droger. Marie och Dora beskriver att de inte riktigt litade på sig själva och då har urinproven upplevts som en trygghet.

Dora beskriver urinproven som det viktigaste stödet för att bryta från drogerna.

I: Vilket var det viktigaste stödet för att bryta? /.../

DORA: Jag tror det var urinproven, även om jag inte medvetet tyckte att det gjorde så mycket i och med att jag var gravid så var det ändå liksom en spärr. Hur mycket man än älskar sitt barn innan det ens är fött så en gång missbrukare, alltid missbrukare, man har ett visst tänk och man har en viss personlighet men även om jag inte har tyckt att det har varit nödvändigt med urinprov så tror jag ändå någonstans i det omedvetna att det har stoppat många grejer...

För Rebecca var det en ny erfarenhet att lämna urinprov. Hon hade aldrig gjort det tidigare och hon upplevde det som enbart negativt:

I: Du sa kort tidigare att du fick lämna urinprov och sådana saker, vad hade du för upplevelse av det?

Rebecca: Det var ju jättehemskt. Det kändes ju som att man var världens missbrukare.

Rebecca är den enda av de intervjuade som uttrycker sig i negativa termer om att lämna urinprov och hon är den enda av de intervjuade som genomgående har negativa upplevelser av sin kontakt med MBHV-teamet. I hennes beskrivning framstår det tydligt att hennes syn på sin situation och behov

skiljer sig från personalens syn på detsamma. Rebecca vill inte beskriva sig själv som en missbrukare och i hennes beskrivning framstår hennes kontakt med MBHV-teamet som en kamp för att värja sig från (så som hon uppfattade) personalens syn på henne. Man skulle kunna sträcka sig så långt som att påstå att, för Rebeccas del, var urinproven en del i en stigmatiserande process (eller en smärtsam process där det för Rebeccas del handlar om att erkänna ett missbruk, som dock i slutändan resulterar i en behandlingsinsats).

Kartläggningsinstrument ASI

Det finns flera olika standardiserade bedömningsinstrument som används inom missbruksvården. Som tidigare nämnts använder MBHV-teamet dels AVIA2 som är en fördjupad kartläggning som utgår från AUDIT³. Detta instrument fokuserar på tankar kring drickandet, varför man dricker och vilka konsekvenser det får. Om de kvinnor där det finns ett alkoholmissbruk inte gjort denna screening görs det vid en inledande kontakt med MBHV-teamet. Motsvarigheten vid narkotikarelaterade problem heter DUDIT⁴. I inledningskedet av en kontakt på MBHV-teamet görs även en ”ASI-intervju” i syfte att användas som underlag för planering av vård- och behandlingsinsatserna. Socialstyrelsen betonar att det är viktigt att den intervjuade förbereds inför varje intervju och även får återkoppling. Grundintervjun tar en dryg timme att genomföra, uppföljningsintervjun knappt en timme och återkopplingsamtalet ungefär en timme. ASI-intervjun innehåller frågor om sju livsområden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa (www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/asi-intervjun). Det finns studier som visar att såväl klienter som socialarbetare har en positiv inställning till ASI-intervjun och upplever den som värdefull. De visar också att alliansen mellan klient och socialarbetare inte påverkas negativt av intervjun (Engström & Armelius, 2002; Nyström, 2003).

Flera av de kvinnor som MBHV-teamet kommer i kontakt med har en mångfacetterad och komplex problematik. I uppstartsskedet av arbetet på teamet använde de inte ASI-intervjun men konstaterade att viktig information (om kvinnan) som hade varit bra att ha i ett tidigt skede kom fram först när det hade gått lång tid. ASI är, enligt personalen, ett hjälpmedel för att få tillgång till informationen i ett tidigt skede och ett sätt att göra problembedömning och

3. AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett instrument, utvecklat av WHO, som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Syftet är att snabbt kunna identifiera personer med skadlig och riskfylld alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen).

4. DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) är ett frågeformulär som består av 11 frågor. DUDIT-frågorna syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och narkotikarelaterade problem av olika slag. DUDIT kan vara av värde för att identifiera de som ser ut att ha ett problem med narkotikamissbruk eller beroende och för att utesluta de som inte har sådana problem.

personbedömning. Personalen är ense om att ASI är ett användbart instrument och de upplever att de intervjuade har lättare att svara när de sitter med ett formulär. En av personalen säger att viss information kommer fram lättare i en kartläggning där man kan motivera frågorna med att dessa ställs till alla.

ASI kan beskrivas som en manualbaserad metod. Vi ställde frågan till personalen: *Hur är det att använda sådana instrumentella metoder, hur blir det för er när ni sitter där med kvinnorna?*

Alltså när vi gör ASI så kan jag säga att det är väldigt olika, det finns någon som säger så här; jag trodde jag skulle få komma till barnmorskan och prata om hur det är att vara gravid och här sitter du bara och frågar mig massa saker, så här vill inte jag ha det och då får man, jag har ändrat rätt mycket på det här nu och jag vet att (namn på en av personalen) också har gjort det, vi kanske inte gör hela ASI-intervjun på en gång för de behöver ju få prata om hur det är att vara gravid också och då kanske man tar en del eller två delar och så nästa gång tar man lite mer och så får man liksom försöka med lite goda hejarop; åh vad fint det går, vad bra du svarar, oj vad det går bra det här. (Grupp 1)

Personalen anpassar sitt användande av instrumenten till den person som de träffar. Märker de att det blir för mycket att göra hela intervjun vid ett tillfälle avvaktar de och fortsätter vid nästa träff. Personalen är också noga med att förbereda kvinnan på vad som komma skall genom att informera om vad de kommer att ta upp vid nästa tillfälle och varför man gör det man gör. Personalen försöker motivera och förklara för patienten syftet med att använda ASI. Att det är en väg att arbeta tillsammans med kvinnan. Ibland används formuläret för att personalen ska ”landa i en gemensam bild tillsammans med kvinnan, som blir utgångspunkten för den individuella handlingsplanen”. I detta samtal får kvinnan möjlighet att korrigera och komplettera uppgifterna. Personalen beskriver att de befinner sig i en process där de håller på att utarbeta former för hur de ska använda sig av ASI. De försöker anpassa användandet till den enskilde patienten. Ett användningsområde är vid överlämnande till BVC på teamet.

Att bli intervjuad

De intervjuade har olika synpunkter på och upplevelser av att ha gått igenom ASI. När vi frågar specifikt om ASI är några osäkra på om det är just ASI:s frågor som de har svarat på, vilket kan innebära att det är ett annat frågeformulär som är aktuellt i det enskilda fallet. Nedan beskrivs dock allt som ASI, vilket kan vara missvisande. Två av de intervjuade (Pernilla och Gabriella) kommer inte ihåg om de har gjort ASI. En av de intervjuade (Oliva) uttrycker att det inte var något problem att svara på frågorna, det kändes ”naturligt” och hon hade förväntat sig att få göra något liknande när hon kom dit. Det

är däremot flera av de intervjuade som upplevde det som både jobbigt och ointressant att svara på alla frågor i ASI och enligt vår tolkning inte såg syftet med det. Henrika beskriver:

Det var väl mycket om droger och prata, mycket om droger. Ett tag var det väl lite för mycket tyckte jag för det var bara snack om det och jag var så inne i barnet och så var det mest snack om /.../ jag sköt upp jättemycket, två månader eller något, jag tyckte det var så tråkigt att sitta där och dra upp allt det gamla... det var så ointressant för mig, det där formuläret.

Klara upplevde det som ovant och ”frustrerande att bara svara på allmänna frågor på skala 1-5”. Hon säger:

Det var ovant att sitta och prata om, man fick gå igenom sitt förflutna och familjeförhållande och allt sådant där så det var mycket som drogs upp, men det är väl, ett tag kändes det som att det var bara det jag gjorde, att jag kom hit och svarade på formulär och det hände ingenting, men det finns väl en anledning till att det görs. /.../ Ja eller ett tag så mådde jag lite sämre och så kom jag hit och så blev det ett nytt formulär och sedan nästa gång samma sak och då kändes det lite frustrerande.

Klara säger även att frågorna ledde fram till konstaterandet hur hon mådde och sedermera fick hon hjälp med en psykologkontakt. Cecilia tycker inte att det kändes jobbigt att svara på alla frågorna men påpekar att det är svårt att svara på frågor som bygger på att man ska komma ihåg skeenden och när det hände.

Även andra av de intervjuade beskriver likt Henrika (se ovan) att de upplevde ASI som ointressant och lite jobbigt men ser syftet med att genomgå det. Även om Felicia tyckte att det kunde kännas onödigt att behöva svara på alla frågor så säger hon att hon förstår att personalen ”måste veta för att kunna hjälpa”. Hon ville också blicka framåt och inte alltid svara på frågor ”om det gamla”. Johanna och Marie beskriver att ett syfte som de ser med att göra ASI är att personalen får kännedom om deras bakgrund:

... som sagt var det ändå skönt att kunna prata sedan med någon som vet ens bakgrund /.../ då behöver man ju inte förklara liksom på samma sätt. (Marie)

Nina pratar i mer generella termer om ASI och menar att enkäten har ett syfte att förbättra och öka förståelsen för den här typen av verksamhet, något som hon vill bidra till. Några av de intervjuade beskriver att de ser ett värde med och att det var bra för dem själva att göra ASI:

För mig var det skitbra för då fick man ju se hur det var, hur allvarligt det hade varit, livet, som man inte tyckte var så allvarligt. /.../ för mig var det en uppenbarelse.

En del av de intervjuade har svarat på ASI:s frågor vid tidigare tillfällen och de flesta av dessa säger att det har bidragit till ökad självkännedom. Dora tycker att ASI har bidragit till att hon fått andra perspektiv på sitt liv och att personalen har fått kunskap om hennes beroende.

DORA Det gav mig en väldigt bra bild av vissa grejer när de började fråga om missbruk i familjen och min pappa är alkis, det har jag inte ens tänkt på innan. Det var bra, plus att det gav väl dem en väldigt klar bild om hur mitt beroende har sett ut och för att de skulle kunna hjälpa mig så krävdes det total ärlighet från mitt håll liksom.

I: Tidigare kontakter, har du varit lika ärlig där?

DORA Nej, nej. Jag har inte varit... jag har suttit och blånekat och suttit påtänd och snackat bort det på soc. Vad man har snackat!

Även Lena har svarat på ASI:s frågebatteri vid tidigare behandlingar och tycker att det är ”ganska kul att jämföra och se var man var då och kanske inte vet om själv hur stor skillnaden egentligen är förrän man går igenom det”. Agneta har också svarat på ASI:s frågor vid flera tillfällen. Även hon tycker att hon lär sig om sig själv men betonar att det är jobbigt att svara på alla detaljerade frågor. Nina beskriver att en förutsättning för att svara på de svåra frågorna som ställs i ASI är att man har tillit till den person som ställer frågorna.

Jo det var bra. Med tanke på att jag känner (namn på personal), att jag känner att jag har en bra tillit och grund för henne så kändes det bra, det är då man kan svara på alla sådana frågor. /.../ Ja det var ju jätteprivata frågor och ska man svara ärligt på det så måste man ändå ha någon form av tillit för personen som frågar.

Sammanfattande reflektion

Kontrollen som mammorna behöver underkasta sig är en del av den struktur som är viktig i behandlingsarbetet i MBVH-teamet. Upplevelserna av denna kontroll skiljer sig åt mellan mammorna. Medan några tycker att det är onödigt att behöva lämna urinprov anser andra att det har varit ett mycket betydelsefullt inslag i behandlingen.

Tillika Beijers (2009) utvärdering beskriver de intervjuade olika synpunkter på upplevelsen av att ha genomgått ASI. Flera beskriver att de förstår att informationen är viktig för personalen i syfte att anpassa behandlingen och kontakterna till just deras behov och det är tydligt att ASI är ett viktigt instrument för personalen i detta syfte och även fyller denna funktion. Av svaren att döma från några av informanterna är det däremot inte alltid som detta syfte är tydligt för dem och flera uttrycker att det är jobbigt att svara

på alla frågor. Några av informanterna upplever dock en direkt vinst. Gemensamt för dessa är att de har haft ett klart uttalat missbruk under längre tid (narkotika inblandat i alla fall) och flera av dem har genomgått ASI vid tidigare behandlingstillfällen.

Gruppverksamhet

I likhet med övriga mödra- och barnhälsovårdsteam erbjuder MBHV-teamet de flesta mammor som blir aktuella på mottagningen att delta i föräldrastöd i grupp. De flesta av de intervjuade har erbjudits och deltagit i någon grupp. Tre har av olika anledningar inte fått erbjudandet. En av dessa går i annan gruppverksamhet utanför MBHV-teamet. Rebecca beskriver att hon väldigt gärna hade velat vara med i en gruppverksamhet, ”det var det enda jag ville”. Hon hade förväntningar på att hon i en grupp skulle få ”stöd från andra” och att få ”känna igen sig själv”. Av någon anledning blev det inte av.

Att träffa likasinnade

De flesta som har gått i någon av grupperna är nöjda och tycker att det har varit roligt och trevligt. För fem av dem (Klara, Ingela, Lena, Felicia och Cecilia) har det varit betydelsefullt att träffa andra som har varit/är i samma situation. Felicia säger att det är skönt att även de andra ”gått igenom saker” och också känt ångest. Ingela säger:

Mycket var ju det här att man känner sig avslappnad, känner att jag är inte ensam, det finns andra som har haft det liknande, samma, värre liksom. /.../ det har varit en väldigt go grupp, vi har varit väldigt goa tjejer.

Ingela tycker också att det har varit skönt att det bara har varit mammor i gruppen:

... dels var det mammagrupp med bara mammor som var jätteskönt, när jag gick på den andra (inte MBHV-teamet) så var det föräldragrupp med båda föräldrarna och då var ju jag själv också och det var jobbigt att just i den gruppen /.../ så var det bara par och så var det bara jag som var själv och så var jag den yngsta och den enda som hade missbruksproblem, /.../det har varit också väldigt skönt att träffa andra tjejer som har haft lite liknande historier.

Även om Lena tycker att det har varit bra att träffa kvinnor som har samma bakgrund som hon själv har så har hennes man inte tyckt att det var helt ok då han har varit rädd att hon skulle halka tillbaka.

De kvinnor som beskriver att de har ett tungt missbruk bakom sig har i flera fall brutit kontakten med personer som fortfarande är missbrukare och de har i och med detta förlorat många vänner. För några av dessa har grupperna hjälpt dem att skapa nya kontaktnät. Flera av mammorna beskriver

att de träffas utanför grupptillfällena och att de kommer att ha kontakt med några mammor även när gruppen har upphört. Cecilia säger att det var några mammor i hennes grupp som kom från andra städer, som inte hade något kontaktnät i Göteborg och betonar att då är det viktigt med gruppverksamheten där man kan knyta nya kontakter.

Gruppen har också fyllt funktionen att mammorna har kunnat prata om sitt barn och allt som hör därtill. Agneta säger att hon ”lärde sig från de andra mammorna och från de andra sköterskorna”. Marie säger att det har gett henne jättemycket att träffa andra mammor precis när hon själv har blivit mamma.

Att inte känna samhörighet

Det finns också de som inte är så nöjda och inte har gått i gruppen någon längre tid. Anledningen var för samtliga mammor kontakten, eller bristen på kontakt, med övriga gruppmedlemmar. Johanna säger att hon ”knöt inte an med någon där” och Oliva säger att hon ”kände att jag inte fick kontakt med någon av mammorna”. Johanna säger också att hon tyckte att det som de pratade om när hon var där, det visste hon redan. Nina säger att hon var isolerad efter att hon fick barn och att hon försökte att delta i gruppverksamheten men att de som gick i hennes grupp inte var några som hon skulle umgås med annars. Hon säger också att hon inte hade samma åsikter som dem och att hon därför slutade i gruppen efter några gånger. Hon beskriver även att hon försökte gå i en annan ”mammagrupp” men ...

... det var bara äldre personer som var gifta och levde Svenssonlivet. Just då bodde jag i en liten etta med honom så då platsade jag inte där heller, men vi har det bra ändå.

Sammansättningen av personer som går i gruppen är följaktligen av stor betydelse för att det ska fungera, något som är svårt att planera.

Henrika har en ambivalent inställning till gruppverksamheten. Hon tycker den var ”sådär”. Hon säger att det var trevligt och hon har lärt sig saker men då de andra mammornas barn var äldre hamnade hon i otakt med dem och hon upplever att hon inte har fått någon kontakt med dem. De har ”inte varit på samma stadie” och när de övriga hade funderingar över barnens tänder hade Henrika andra funderingar. Hon har därför inte gått alla gånger och säger att hon kanske hoppar av nu, när det är fyra gånger kvar. Henrika påpekar dock att det även har varit positivt att de flesta som är akutella hos MBHV-teamet och är med i gruppen har liknande erfarenheter vilket har hjälpt henne att inte känna sig ”jättedålig och värdelös”.

Sammanfattande reflektion

Forskning visar (se t.ex. Dahlgren, 1992; DeWilde och Trulsson, 2006) att gruppgemenskap utgör ett av några centrala inslag i behandling av kvinnor. Trulssons och Hedins (2004) studie visar att kvinnor som missbrukar behöver bli kompenserade för sin brist på kapital och självkänsla. De urskiljer tre ”stabiliseringsfaktorer” vilka skapar nya möjligheter. En av dessa är att få stöd i att utveckla sin identitet och då framförallt i interaktion med andra kvinnor. Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten i denna studie visar att de positiva erfarenheterna handlar om att få möjlighet att dela erfarenheter med kvinnor som levt under liknande omständigheter och att få skapa nya kontaktnät. De som inte är så positiva upplever inte att de har kunnat relaterar till de andra i gruppen. Några beskriver att de gärna hade velat gå i en grupp men inte blivit erbjudna.

Bemötande

Personalen på MBHV-teamet ska skapa förutsättningar för att den gravida kvinnan skall klara att genomgå graviditeten utan att använda droger och att hon skall förbli drogfri. För detta krävs ett stort tålamod, engagemang och motivationsarbete (Aagnetun och Danielsson, 2002). Åtskilliga är de texter som betonar relationens betydelse för behandlingsarbete, relationen i betydelse av ett medel att nå behandlingens mål. Bland annat visar Carlsson (2003) i sin avhandling att de relationer som utvecklas mellan socialarbetare och klient är avgörande för om/att hjälp ska utvecklas. När en positiv relation inte utvecklas uteblir arbetsalliansen. Aagnetun och Danielsson (2002) skriver att ett gott bemötande är en förutsättning för att barnmorskan ska kunna närma sig de blivande föräldrarna. De refererar till Lindström och Nordh (1998) som beskriver att det goda bemötandet innefattar fem huvudteman:

Att vidga perspektiven, att möta den enskilda kvinnan i hennes verklighet och erbjuda henne andra sätt att se och förstå problemen.

Att begripliggöra istället för att sjukförklara.

Att möta kvinnan där hon är, som samtalspartner i dialog och att däri våga möta sårbarheten och ibland en brutal verklighet.

Att handskas varsamt med makten i behandlingssituationen; respektera och förmedla att det är kvinnan som är expert på sig själv, samt vara restriktiv med tolkningar.

Att vara medveten om behandlingsrelationens betydelse, att få lov att vara i en trygg behandlingsrelationen. (i Aagnetun och Danielsson, 2002:51)

Att skapa tillit är en del av att bygga upp en relation. Flera av de kvinnor som teamet kommer i kontakt med har vuxit upp under svåra förhållanden och vi

kan anta att flera av dem har både otrygga och desorganiserade anknytningsmönster. Då dessa anknytningsmönster kan leda till tillitsproblematik och svårigheter att upprätta relationer senare i livet kräver arbetet med att skapa relationer till flera av kvinnorna ett tålmodigt och medvetet förhållningssätt i syfte att skapa just tillit, vilket personalen även uttrycker. En av personalen beskriver vikten av ”att skapa ett klimat där hon (patienten) vågar vara ärlig” vilket kan innebära att avvakta med vissa frågor och gå varsamt fram. Ett sätt att bygga tillit är att känna in var kvinnan befinner sig, att finna den andres takt och att bemöta patienten där han eller hon är.

Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra. För att hjälpa någon, måste jag visserligen förstå mer än han gör men först måste jag förstå det han förstår. Om jag inte kan det, så hjälper det inte att jag kan och vet mer. (Kirkegaard)

Det finns mycket i personalens beskrivning av hur de tänker i mötet med kvinnorna på mottagningen, som överensstämmer med Kirkegaards klassiska citat. De strävar efter att förstå och finna varje enskild kvinna och möta henne där just hon befinner sig. Detta är en förutsättning för att en behandlingsrelation ska uppstå och tillit ska skapas.

... Det är väldigt, väldigt individuellt och det måste det få vara, vi har ingen mall riktigt så, vi har erfarenheter och det är ju viktigt men vi måste tänka på varje kvinna och hennes önskemål, det är ju så att det är det kvinnan vill själv som det går att jobba kring.

Detta förhållningssätt avspeglar sig även när personalen arbetar med manualer.

... om jag har Audit framför mig, om det är alkohol, så tittar vi på det här och det här, att vara väldigt genomskinlig och liksom inte lägga värderingar och så, för dig är det så här att du dricker på det här viset och så och så och så.

Att bli sedd för den man är

Bemötande är en viktig aspekt i att bygga relationer. Vi frågade de intervjuade om deras erfarenheter och övervägande delen av dem berättar om positiva upplevelser av hur de har blivit bemötta. Gabriella säger att det ”har varit en dröm” att gå hos MBHV-teamet och att personalen är trevliga och snälla. Henrika beskriver personalen som ödmjuka, trevliga och mänskliga. Olivia jämför kontakten med teamet med kontakten med en barnmorska i ordinarie verksamhet:

De bryr sig mycket mer och man har mycket lättare att prata med dem på något sätt för man fick aldrig den riktiga kontakten med den andra barnmorskan för

man kände ju inte henne för man träffades så sällan. /.../ grejen var att i och med att man gick där på MBHV-teamet så tätt så lärde man ju känna dem. Det var en väldigt öppen relation som man hade. /.../ man behövde inte skämmas för någonting faktiskt, att fråga, det kändes så skönt.

Skårners (2001) studie visar att en förutsättning för att professionella hjälparska bli viktiga personer i en klients nätverk är att stödet och behandlingen bärs upp av en basal, genuin och ömsesidig relation. ”För att möjliggöra en sådan relation måste den professionelle ha förmågan att se ”människan, inte bara missbrukaren”(Sid 241). Flera av de intervjuade har känt sig lyssnade på och förstådda av personalen i teamet och de beskriver bemötandet som personligt och att personalen är måna om just dem.

I: Kan du ge något exempel?

LENA Oj, alla känner till ens namn, alla känner till barnets namn, alla kommer och frågar; hur går det med reoveringen liksom och så har det varit sedan dag ett här liksom, i princip. /.../ känner till hela relationen och alltihopa.

Dora jämför med andra ställen och säger att där är man anonym och det handlar bara om: ”och så mäta magen och så inget mer med det, ta dina järntabletter”. Hos MBHV-teamet har hon däremot känt sig välkommen och att personalen ”genuint brytt sig” om henne och hennes kommande barn.

Att bli bekräftad

Kvinnor som har missbruksproblematik brottas inte sällan med känslor av skuld och skam vilket innebär att ha en bild av sig själv som till vissa delar inte är positiv. En viktig aspekt i det här hänseendet som lyfts fram av flera av de intervjuade är att personalen i MBHV-teamet inte är fördömande och inte ser ner på dem utan att de även ser deras styrkor. Johanna säger:

Mmm, det var inte det liksom att du är dålig, det var inte, du har levt ett dåligt liv och nu ska du kontrolleras ungefär, nej det var positivt. Det uppskattar jag ju.

Johannas upplevelse är att hon tack vare personalen i teamet fick tillbaka sitt självförtroende. Hon säger att hon blev ”omgiven av massa positiva människor istället, så om jag var negativ så var det: ’men tänk på det här istället’, och tillslut så hjälpte det ungefär”. Dora beskriver att hon fick ett jättebra bemötande, hon kände sig trygg och säger att personalen inte ”dömer” en. Ingela jämför bemötandet av MBHV-teamet med andra BVC som hon har varit på:

... på BVC så kan man ibland få kommentarer som /.../ har varit jobbiga, sedan också det här med missbruk att man har haft missbruk i bakgrunden, de tror att man är på ett visst sätt.

Till MBHV-teamet har Ingela kunnat ringa till någon som ”bara lyssnade och inte hade något moralsnack” när hon har varit ledsen och behövt prata av sig. Hon berättar att hon har haft oro kring fostrets påverkan av att hon fortsatt har medicinerat och att det dels kändes som om de hade mer kunskap i MBHV-teamet och en annan förståelse men även att de gav henne positiv feedback. De sa till henne att hon var duktig, ”du jobbar och du har varit drogfri så länge”. Ingela beskriver att hon av MBHV-teamet ”fick jag vara lite duktig” och att ”det var skönt att vara på ett ställe där ingen såg ner på en”. Att få positiv feedback, att få känna sig ”lite duktig” är en viktig del i bemötandet som flera av de intervjuade har upplevt hos MBHV-teamet. Nina säger att den uppmuntran som hon har fått har varit jätte viktig. Även Oliva beskriver att hon kände att hon fick jättemycket stöd. Även om hon ibland fick lust att gå ut och ”parta” så blev hon uppmuntrad och fick beröm för att hon inte gjorde det, vilket ledde till att hon kände sig ”stolt på något sätt, det här fixar jag”.

OLIVIA: Jag kan känna att har man bara lite alkoholproblem /.../ det kan vara tufft ibland när man har ett sådant umgänge för det blir faktiskt att man känner sig ensam och det är jätteskönt att bara prata med någon och få beröm för man blir ju starkare av det också. Så det är ju jättepositivt.

Kvinnornas upplevelser vittnar om att bemötandet av MBHV-teamet fungerar i enlighet med en icke-fördömande attityd, något som forskningen visar är en viktig del i behandlingen. Sun (2006) lyfter fram några centrala behandlingsfaktorer som bidrar till positiv utveckling gällande programfaktorers inverkan på behandlingsresultat för kvinnor. Bland annat noteras att intensiteten i behandlingen och en **icke-fördömande** och **non-konfrontativ** behandling rekommenderas. Även Tuchman (2010) betonar att då kvinnor tenderar att uppleva skuld och skam så passar inte metoder som tjäna till att väcka dessa känslor, så som t.ex. konfrontation. Trulsson och Hedin (2004) betonar att uppmuntran och positiv feedback beträffande vad kvinnorna uppnår inom olika områden är en viktig form av stöd som stärker självkänslan. Det är en balansgång för personalen i MBHV-teamet att möta dessa kvinnors behov genom att ge positiv feedback och bekräftelse samtidigt som de ska vara tydliga med de risker som fostret kan ha utsatts för och eventuellt och utsätts för om den gravida kvinnan använder droger. Svårigheterna är följaktligen som störst när en kvinna inte lyckas avstå från droger eller alkohol.

Att känna sig ifrågasatt

För MBHV-teamets personal är det inte enbart kvinnan som är i fokus utan även det ofödda eller nyfödda barnet som är beroende av att kvinnan inte använder droger. Att hitta rätt väg att stödja, informera och bemöta dessa

kvinnor är en delikat uppgift. De kvinnor som har upplevt att de har blivit negativt bemötta beskriver att det har känt sig konfronterade och framförallt ifrågasatta. Nina beskriver att hon vid några tillfällen har känt sig ifrågasatt och dömd.

Första gången jag var där när jag hade (barnets namn) pappa med mig, inte alls bra. Jag kände att de frågade mig flera gånger om jag var tvungen att vara gift, de frågade mig om det här verkligen var något jag ville, /.../ jag satt då i väntrummet och läste en bok om en tjej som hade varit tvungen att gifta sig och då frågade de; handlar det om dig? Och jag kände mig väldigt utsatt för att jag sa nej /.../ Jag sa; nej jag är inte tvungen att vara gift, det här är något jag har valt själv, jag träffade honom på jobbet. /.../ Men de gav sig inte, det var samma saker hela tiden och tillslut blev jag förbannad och sa ifrån, att jag har valt att vara gift själv, jag har valt att bli gravid, jag är inte misshandlad, allt är bra och då gav dem sig tillslut. (Nina)

Nina beskriver också att en av personalen som hon träffade när hennes ordinarie kontaktperson var på semester ifrågasatte att hon rökte, vilket hon upplevde som ett påhopp. Hon kände sig ifrågasatt fast hon hade ”lagt av med det största, viktigaste”. Hon anser att det är personalens jobb att stötta kvinnor under graviditeten, inte ”döma, för vilka vi är”. Hon säger att hon hade slutat dricka alkohol, vilket var stort och det viktigaste och hon fick uppmuntran för detta och blev pushad av sin ordinarie barnmorska, vilket hon tycker att hon även borde blivit av vikarien. I den här situationen handlar det om en avvägning för personalen mellan att ge positiv feedback och att prata/informera om de risker som är förenliga med missbruk. En avvägning där risken att ”förlora” möjligheten att få fortsatt mandat att stödja måste vägas mot riskerna för barnets utveckling.

Rebecca beskriver till största delen negativa erfarenheter av kontakten med MBHV-teamet. Hon upplevde att en av personalen ”letade fel hela tiden”, det handlade då om eventuell abstinens hos hennes barn och hon kände sig väldigt ifrågasatt och Rebecca och personalen hade inte samma syn på barnets situation.

Istället för att köra på med det positiva, det måste man göra när man är i en sådan situation /.../ hon sa att barnet hade haft abstinens ett par dagar och det hade det ju inte haft. Hon har varit orolig, hon har varit väldigt livlig. Det är en väldigt stor skillnad mot abstinens till att ha ett livligt barn. Men det stod i rapporterna att det är nog en form av abstinens för att jag har ätit sömntabletter och det roliga var att jag hade ju inte ätit sömntabletter under den tiden så det gick ju inte ihop alls då. Det blev lite fel, tycker jag.

Enligt de flesta av kvinnorna lyckas man bra i MBHV-teamet med att inte skuldbelägga, men det är inte alltid lätt och inte heller alltid kopplat till hur

personalen bemöter kvinnorna. För Beatrice del handlade det om skuldkänslor kopplat till att hon inte blev medveten om att hon var gravid förrän sent och att hon hade druckit en hel del alkohol under graviditetens första månader. Hon kände sig ”som världens minsta, sämsta, knäppaste människa” som inte hade märkt att hon var gravid. Att i det läget behöva lyssna på alla konsekvenser som alkohol och tabletter kunde få för fostret förstärkte dessa känslor av skuld. Det är en svår balansgång för personalen att inte öka på skuldkänslorna samtidigt som de ska informera om riskerna för fostret i syfte att mamman inte ska ta droger framöver. Beatrice är i huvudsak nöjd med det bemötande och det stöd som hon har fått från MBHV-teamet men säger att hon ibland kände sig ”lite ynkelig”. Hon upplevde att hon ibland blev behandlad som ett barn. Dels beskriver hon att de sa hennes namn hela tiden och att de ibland pratade ”runt” henne. Beatrice upplevelse skulle kunna hänga ihop med en sida av personalens syn på kvinnornas behov:

... alltså man behöver mamma dem lite grand, bara det här att ja, som man inte gör kanske på en annan mödravård, vi är ju lite så.

Och det är väl det som är överhuvudtaget att de måste bli omhändertagna på något sätt, vi behandlar ju faktiskt de så, krassa, enkla verkligheter liksom att de behöver ju omsorg på något sätt, i alla lägen, det är väl det som gör att de, ja de behöver bli påfyllda så hemskt mycket, de har så stora behov egentligen, väldigt stora behov.

De flesta av de intervjuade upplever att de blir bra och personligt bemötta av personalen i MBHV-teamet. De känner sig välkomna och omhändertagna på ett gott sätt. De som vid vissa tillfällen har upplevt att de inte har blivit så bra bemötta har känt sig ifrågasatta och kritiserade.

Att bli till i mötet med andra

Man blir till i mötet med andra. Blir man bemött med misstro växer man inte och det blir omöjligt att skapa tillit, snarare fjärrmar man sig. Blir man personligt bemött, sedd och bekräftad för den man upplever sig vara är möjligheten att växa större. Mot bakgrund av betydelsen av hur man blir bemött var vi intresserade av kvinnornas upplevelser av vem de blev i mötet med personalen i MBHV-teamet.

Några av kvinnorna beskriver att de hade en farhåga innan de kom till MBHV-teamet att de i mötet skulle uppleva sig som den missbrukande mamman. Inte sällan kom dessa farhågor på skam. Klara berättar att hon inledningsvis var rädd för att hon ”skulle bli något offer”. Klaras upplevelse var att hon inte hade stora problem och var orolig över att hon skulle känna sig sämre, som ”någon som verkligen har problem” och att hon skulle ”till-skrivas någon roll som missbrukare”. Men så blev det inte. Hon säger att det

nog har att göra med personalens bemötande och att ”de vet vad de gör”.
Nina berättar:

I början var jag missbrukaren som alla andra, men ju mer tiden gick och alla lärde känna mig där desto mer, det var nästan så man var en i gänget ibland. /.../ Så jag blev mig själv, jag var inte stämplad som någonting alls, bortsett från mig själv.

Agneta kopplar ihop sin upplevelse av vem hon blev i mötet med personalen med sitt eget beteende. Hon gjorde det hon skulle och behövde inte känna att hon var ”misstänkt”.

Dora berättar att hon kände sig som vem som helst, ”fast på ett positivt sätt”. Som vilken mamma som helst, ”de sket la i om jag har haft missbruksproblem”. Att bli betraktad som vanlig, som vem som helst är viktigt, det handlar om att arbeta sig bort från missbruksidentiteten och utveckla en ny identitet, som bland annat mamma.

Ingela hade lämnat en lång missbrukskarriär bakom sig och ville inte identifiera sig med sitt tidigare liv längre. När hon blev föreslagen av MVC att gå hos MBHV-teamet tänkte hon först: ”ska jag behöva gå med massa missbrukartjejer” men när hon väl hade börjat hos MBHV-teamet ”var det väldigt skönt att inte bli dömd”. Hon beskriver att hon har kunnat vara avslappnad och säga vad hon ”känner och exakt hur läget är” och ”ändå inte bli dömd”.

Henrika säger att hon fick vara sig själv och hon och Gabriella upplever båda att de blev bemötta för den de är. Felicia känner att hon har blivit ”lika behandlad” som alla andra och Lena säger:

De är så trevliga och det är så humant på något sätt tycker jag, jag tycker att det behövs, man är inte konstigare än så många andra egentligen.

Frågan vem de blev i mötet med personalen var svår att svara på för flera av informanterna men det som framkommer i de flesta svaren är en bild av ett positivt bemötande där kvinnorna inte känner sig avvikande, särbehandlade eller dömda. Det är flera av kvinnorna som inte har kunnat svara på frågan och där det är svårt att utrona vem de upplevde att de blev i mötet med personalen i MBHV-teamet.

Även om de flesta beskriver att de har positiva upplevelser av vem de har blivit i mötet finns det de som har andra upplevelser. Pernilla upplever sig inte ha några missbruksproblem utan ångestproblematik. Hon berättar att hon tyckte att en av personalen pratade på ett speciellt sätt ibland, ett sätt som om hon inte var normal. ”Att man var som en jättemissbrukare”. Hon påtalade då detta och beskriver att personalen förstod vad hon menade och då ändrade på tilltalet.

Rebecca upplever inte sig själv som missbrukare men beskriver att hon kände att hon blev stämplad som missbrukare av MBHV-teamet och att känslan förstärktes efter besöken hos MBHV-teamet:

Rebecca: Känslan efter jag åkte därifrån ja, den var värre.

I: Hur var den känslan, kan du beskriva det?

Rebecca: Ja att man kände sig inte värd någonting, man kände att... hur ska man säga, den var inte rolig, jag kände att jag åkte därifrån som en stämpel missbrukare. /.../ när de tog mig som en grov missbrukare så kändes det inte bra. Hade de vänt lite på systemet så hade jag nog mått väldigt bra och känt helt annat, verkligen sådär superlyckad och glad. /.../ Om de hade vänt på det lite, lagt lite mer positivt och liksom sagt åh herregud det här har du klarat så himla bra, vilket jag vet att jag hade för jag kämpade ju så pass mycket ...

Även vid remittering till MBHV-teamet är bemötandet viktigt. Johanna beskriver att hennes ingång till teamet var via ordinarie MVC där hon träffade en barnmorska och fick fylla i ett formulär där hon skulle ange sina alkoholvanor. Johanna betonar hur viktigt det var för henne att denna barnmorska inte mötte henne med en fördömande attityd:

/.../ hon frågade ungefär: hur tycker du själv, skulle du behöva hjälp. /.../ hon var ju inte heller fördömande eller vad man ska säga, det var ju inget negativt att jag hade fyllt i att /.../ du har kanske haft det tufft men du är ingen dålig människa för det. Det negativa som har hänt då ska inte överspegla allt positivt som kan hända nu, ungefär.

Att inte bemötas med ett fördömande är avgörande för om en kvinna ska vara ärlig vilket är en förutsättning för att stöd ska kunna erbjudas och tas emot.

Föreställningar om kvinnorna

Missbrukande kvinnor beskrivs ofta som ”dubbelt förtryckta” och deras särskilda problematik kan förstås utifrån att de inte beter sig enligt det gängse ”genuskontraktet”. Föreställningar om kvinnan som en omsorgsutövande hustru och mor står i skarp kontrast till kvinnor med missbrukproblem. Kvinnor med missbruksproblem bär ofta på en stor portion självförakt och inte sällan skuldbelägger de sig själva (Hydén, 2002). I ovanstående avsnitt har vi kunnat följa flera av mammornas upplevelser av att få positiv feedback, att bli bekräftade och att uppleva att de blir sedda. I samtal med personalen i MBHV-teamet betonar de vikten av att inte väcka skuldkänslor:

Och sedan också att det absolut inte finns någon slags skuld eller så över det de har gjort tidigare, det är ju otroligt viktigt. Det har kvinnorna med sig så mycket ändå.

Hur man bemöter en annan människa hänger intimt samman med de föreställningar man har om personen eller kanske snarare vilka förgivettaganden om målgruppen som styr. Vi bad personalen beskriva de kvinnor som de möter och bland rent konkreta beskrivningar av ålder, relationsstatus etc. framträder en beundran för dessa kvinnor som trots oerhörda vedermodor ”klarar det”.

Jo, och många av våra mammor är ju ensamstående och det tänker jag ibland alltså att de klarar det, de är dygnet runt ensamma med det här barnet och de klarar det.

Egentligen måste man säga att man beundrar dem alltså tänker jag, vilka situationer de befinner sig i, de är ju helt ohanterliga. Jag tänker mig, inga pengar, ingenting, aldrig fungerat någonting, inte bostad, alltså jag tycker det är för mycket och jag tycker det är helt otroligt att de kan resa sig och gå. Man måste ju vända på det och säga att det här är ju orimligt.

Personalen beskriver att de träffar många unga kvinnor som inte är märkta av sitt missbruk. De kan ha ett tungt missbruk men det syns inte alltid på utsidan.

Ibland säger vi; jag har nog de snyggaste kvinnorna i hela Göteborg som går här hos oss, jättevackra som små nyponrosor och så hör man deras berättelser om jättetungt missbruk.

Vad gäller MBHV-teamets beskrivningar av kvinnorna bryter dessa mot kulturella värderingar om missbrukande kvinnor och kvinnorna beskrivs med beundran. Som Trulsson och Hedin (2004) påpekar är det av vikt att se kvinnornas resurser och att dessa värderas. Att känna sig respekterad, att bli betraktad som en person med förmåga att klara av och ta sig igenom svårigheter ökar möjligheterna för mammorna att kämpa vidare och förutsättningen att lyckas i sitt föräldraskap ökar.

Sammanfattande reflektion

Personalen i MBHV-teamet arbetar med Motiverande samtal. Enligt Miller och Rollnick (2010) är en grundläggande princip i MI-samtal en klientcentrerad och empatisk rådgivningsstil där reflektivt lyssnande är en bas. ”Genom skickligt genomfört reflektivt lyssnande försöker rådgivaren förstå klientens känslor och perspektiv utan att döma, kritisera eller skuldbelägga” (sid 66). Empati är en av de vägledande principerna där ett accepterande förhållningssätt innebär ett respektfyllt lyssnande där terapeuten försöker förstå patientens perspektiv utan att för den skull behöva hålla med eller uttrycka gillande. En patients eventuella ambivalens betraktas som normalt och inte patologiskt. Samtidigt är MI-samtal avsiktligt styrande. Genom att hjälpa patienten att fokusera på hur han eller hon skulle vilja att det var i motsats till hur det ser ut nu skapas en medvetenhet om (diskrepansen mellan) de kostnader som det

nuvarande beteendet medför och vilka fördelar en förändring skulle kunna leda till. Det är patienten som ska presentera skälen för förändring, inte terapeuten. Patientens tro på sin egen förmåga (kompetens) är ett nyckelelement i motivation till förändring. För att kunna uppnå förändring behöver patienten känna hopp och att möjligheten finns. Att öka patientens självförtroende avseende kapacitet att handskas med hinder är ett generellt mål. Genom de intervjuade kvinnornas berättelser framträder personalens förhållningssätt där de i de flesta fall lyckas förmedla ett accepterande, respektfullt förhållningssätt där kvinnorna upplever att de har en egen förmåga.

Missbrukets stigma leder ofta till låg självkänsla och skamkänslor. Trulsson och Hedin (2004) beskriver att studier (se t.ex. Mulinari 1996, Smith 1991, Skeggs 1997) har visat hur kvinnliga socialarbetare, ofta från medelklassen, närmar sig kvinnor från arbetarklassen med sina klassvärderingar och skapar på så sätt en distans mellan sig själva och kvinnor med missbruksproblem och stämplar dem som avvikande. Detta medför en risk att kvinnan som missbrukar behåller föreställningen om sig själv som avvikare, vilket utgör ett hinder för ökad självkänsla. Istället behöver kvinnornas bristande självkänsla kompenseras (Skeggs, 1997 i Trulsson och Hedin, 2004). I detta avseende är det betydelsefullt att kvinnans egna resurser belyses och värdesätts (Trulsson, Hedin, 2004). De intervjuades uttalanden visar att personalen i MBHV-teamet i flera fall lyckas möta kvinnorna med respekt och att de ger kvinnorna positiv feedback vilket skapar goda förutsättningar för kvinnorna att få en tilltro till sin egen förmåga och ökad självkänsla.

Dilemman kring stöd till papporna

Av tradition har omsorg om barn varit mammans uppgift och BVC och framförallt MVC kan beskrivas som kvinnans domäner. I dagens samhälle förväntas dock pappor ta ett allt större ansvar för sina barn och vara delaktiga i omsorgen i allt högre grad. I inledningen av studien uttryckte personalen i MBHV-teamet att de behövde utveckla sitt förhållningssätt och innehållet i arbetet gentemot barnens pappor och vi var därför intresserade av hur teamet idag arbetar med de blivande papporna. Görs papporna delaktiga i stödet? När vi frågade personalen om hur stödet till papporna utformas svarade de att det är mammorna och barnen som i första hand är deras uppdrag men att de vill arbeta med papporna i högre utsträckning. Det blir tydligt i personalens beskrivningar att de inte har mandat fullt ut och känner en ambivalens kring hur de ska agera och ge stöd åt papporna. När personalen har möjlighet arbetar de med grupper som riktar sig till par och ibland har de pappagrupper. Finns det inte en pappagrupp igång som är möjlig för en pappa att delta i kan de förmedla kontakt med en pappagrupp i någon annan verksamhet. Huruvida

pappan involveras är beroende av personalens bedömning av relationen mellan mamman och pappan och om pappan vill:

... så fort vi ser att det är en barnafader, där paret vill att han ska bli pappa på ett tydligt sätt och finnas med i ett samboförhållande eller särboförhållande, en aktiv pappa så backar vi ju upp det ...

Gruppen män hos MBHV-teamet är tillika kvinnorna en heterogen grupp. Pappor som har missbruksproblematik hör dock till den dominerande gruppen enligt personalen. Pappor som inte vill ha barn, pappor som inte har ett förhållande till mamman eller som sitter i fängelse förekommer också, tillika pappor som inte har någon uttalad problematik. Personalen behöver göra en bedömning mellan att inkludera en pappa, ge stöd och att samtidigt bedöma om pappan innebär en risk för mamman och barnet. Personalen berättar att de har pratat mycket kring vad teamet kan erbjuda pappan/partnern och de menar att detta fortfarande är en utmaning för dem och i ett utvecklingskede. I de fall där de blivande föräldrarna är ett par så bjuder de även in pappan och erbjuder honom föräldrastöd.

P: Vi har haft en pappa som har kommit själv utan sin (partner), alltså han har kommit upp när han har varit förtvivlad och han har ju varit här flera gånger och fått stöd för att han har sökt det själv.

I: Och då finns den möjligheten då?

P: Ja visst, vi avvisar ju inte dem.

P: Det är klart att kvinnan måste ge sitt godkännande, det är ju så.

En otydlighet över pappans rättigheter till stöd framträder i ovanstående citat. Vill en pappa komma så är han välkommen, om mamman godkänner detta och han inte bedöms som skadlig för kvinnan, eller om han är under inflytande av droger. Ibland upplever personalen att det är viktigt att få enskilda samtal med kvinnan då de "är osäkra på barnafadern och hans inflytande och hur han begränsar vad kvinnan delar med sig av".

Personalen har funderat över hur de kan tänka kring att även papporna kan behöva mycket hjälp för att situationen som blivande förälder ska bli en vändpunkt även för dem. Ibland har de hjälpt till att förmedla kontakt med Järntorgsmottagningen eller annan enhet där pappan kan få hjälp med en eventuell problematik.

MBHV-teamets prioritet är alltså mamman (och barnet) och är pappan instabil och bedöms vara "skadlig" för mamma och barn upplever personalen att det finns ett dilemma och då hjälper de mamman att "förhålla sig och att göra tydliga val och gränsdragningar". De arbetar då med att "stärka henne på det inre planet".

För hennes val ibland när hon väljer barnet och en stabil framtid med barnet och en drogfrihet det är ju tyvärr att hon ibland måste välja bort eller sätta väldigt tydliga gränser för pappan annars kanske han äventyrar hela hennes framtid, det är ju också ett scenario ofta.

På frågan om en mamma kan styra om teamet får ha kontakt med pappan, dvs. om teamet ser att det finns en pappa som kanske vill, går de då emot mammans vilja och ändå tar kontakt med pappan, svarar personalen att de inte har varit med om den situationen. De uttrycker även att det inte skulle kännas "helt naturligt" att gå emot en mammas önskan i ett sådant scenario. Teamet har inte mandat att agera på detta sätt utan då blir det socialtjänstens skyldighet att utreda pappans roll. Det teamet behöver göra i dessa fall är att initiera en kontakt med socialtjänsten. Personalen betonar att de har ett familjeperspektiv men att deras uppdrag är mamman. En av personalen säger att om en mamma inte vill att pappan ska vara delaktig men personalen ser att det kan finnas något gott försöker hon se till att både mamman och pappan kommer med på besök till förlossningsavdelningen. Under tiden som de går runt och tittar tänker hon på:

... hur blir det här när du får ditt barn, kan han vara delaktig och vara med på BB och så? Att man försöker knyta den här mannen, till barnet för då kommer han att finnas med i fortsättningen. Vi bortser inte ifrån på något vis att han ska vara delaktig även om hon tycker att, nej det kommer inte bli så, utan man försöker ändå ta tag i honom så han finns med.

En av personalen tillägger att det kan vara så att mamman har många skäl till att säga att den blivande pappan inte ska vara med eller inte vill komma med.

... men vi är enträgna, enträgna, enträgna och den enda bilden vi har det är den bilden som kvinnan förmedlar och där får vi hjälpas åt att påminna varandra hela tiden att den behöver inte ha så mycket med verkligheten att göra, det är först när vi har träffat barnafadern som vi kan börja forma en egen bild. Ibland är det tyvärr så att mannen kommer och vi delar kvinnans oro över en man som inte verkar vara där ännu, att det är en vändpunkt.

Ibland är det tvärtom. Att det kommer en man som ger ett positivt intryck och där personalen gör bedömningen att pappan är ett viktigt komplement till kvinnan. Att det är en pappa som behövs för att barnet ska växa upp under stabila förhållanden. Då "gäller det att få hit dem". Det har också hänt flera gånger att det är pappan som är "första vårdare".

Sammanfattande reflektion

Förhållandevis lite uppmärksamhet har ägnats åt forskning som studerar könsskillnader mellan missbrukande män och kvinnor avseende drogsituationen och insatser (Trulsson och Hedin, 2005). Det riskerar leda till att missbruksvård och forskning styrs utifrån en hegemonisk maskulinitet och att den sociala barnvården och forskningen om barn och unga tenderar att ha sin utgångspunkt i moderskap och en hegemonisk femininitet. Flera av "MBHV-teamets pappor" tillhör den grupp pappor som Bangura Arvidsson (2003) beskriver som "ifrågasatta fäder". "Missbrukande fäder kan ses som inordnade i den maskulinitetsposition som den australiensiske forskaren Robert Connell (1999) kallar marginaliserad" (Andersson m.fl., 2006:49). De ifrågasätts för att de avviker från ideal och praktik kring faderskap, på samma sätt som missbrukande mammor. Den dominerande bilden är att pappor vanligen är frånvarande i det praktiska sociala arbetet, såväl som i forskning och annan litteratur inom socialt arbete. Bangura Andersson (2003) har intervjuat missbrukande pappor. En känsla av kluvenhet mellan missbrukarlivet och familjelivet dominerade pappornas berättelser. De hade samma rädslor som mammor har. Åtskilliga av de pappor som Bangura Arvidsson har intervjuat ville vara delaktiga fäder, men betraktades av sociala myndigheter enbart som missbrukare, trots att de ansåg sig kapabla och viktiga i barnens liv. Några pappor hade periodvis gjort vad de upplevde att sociala myndigheter och i vissa fall barnens mammor förväntade sig av dem som missbrukare, dvs. de hade dragit sig undan. De tog ansvar för sina barn genom att hålla sig borta. I fokus för socialtjänsten är de missbrukande mammorna både beträffande olika insatser och när det gäller ansvaret för barnen. Även hos MBHV-teamet är mammorna i fokus.

Mödra- och barnhälsovården har av tradition riktat in sig på mammor och barn. Organisationen sätter trösklar för arbetet och i denna process skapas möjligheterna för mammorna och papporna att få stöd. Tröskeln för att en pappa ska få stöd är högre än för mamman. Pappan ska själv vilja, det vill säga att han ska vara motiverad, mamman ska vilja att pappan är med och det ska göras en bedömning att han inte är skadlig för kvinnan.

I konstruktionen av mammorna och papporna skapas också möjligheterna och hindren för att hjälpa en mamma respektive en pappa. I personalens beskrivning som utgår från en bred erfarenhet och kunskap framträder bilder i relation till kvinnorna som öppnar upp för förändring. Konstruktionen av mammorna kopplas till hur personalen ska förhålla sig för att hjälpa dem. Det vill säga att det handlar inte enbart om mammornas tillkortakommanden och hur de ska anpassa sig till teamet utan framförallt hur teamet ska hitta den enskilda mammans behov och förhålla sig till dessa. Ett exempel är per-

sonalens beskrivning av att flera av kvinnorna som de har kontakt med har svårt att passa tider och ofta kommer försent eller uteblir. Personalen beskriver en förståelse för detta och hur de formar sitt arbetssätt utifrån kvinnornas behov – man åker på hembesök, man ringer och påminner etc. och fördömer inte – det sista mot bakgrund av, dels kunskap men även en organisation som tillåter ett flexibelt arbetssätt.

Den förståelse som presenteras i samband med beskrivning av kvinnornas problematik och utformningen av stödet har ingen motsvarighet i relation till beskrivning av männen och stödet som de erbjuds. Något som personalen påtalar och är medvetna om:

Jag tycker ibland att man önskar man hade det lite mera på agendan och det har vi sagt hela tiden och det tror vi att det kan komma, men att här har vi mamman och graviditeten och si och så och var är pappan? Då har vi nödprogrammet för honom, då går han in och träffar någon på Järntorget och man har lite, blåslampa på honom också, för det har vi på mamman. Här ringer vi ju ner henne, vi åker hem och bankar på dörren om hon inte kommer, men pappan, han kan flytta ut och skippa och sedan är han bara borta någonstans och var är han då och så vet man ingenting. Han dyker ju förr eller senare upp i familjen med ett värre missbruk kanske och misshandel och allt möjligt, vi kan ju inte bli av med eller ja... han finns ju där så jag tror att vi måste utveckla det genom dem, det har vi sagt hela tiden men det kanske är någonting som man också måste tala om, verkligen.

Ovanstående citat visar på en medvetenhet och en självkritisk hållning som är utmärkande för MBHV-teamet och en förutsättning för utveckling och förändring. Några ur personalen uttalar en önskan om att utveckla arbetsformer där även pappan erbjuds stöd:

... jag skulle önska att det fanns lite mer för papporna här. Att vi hade haft en manlig socionom. Vi har pratat om att kunna skapa pappagrupper till exempel, även för de papporna som kanske inte är så närvarande men som ändå kan bli det. /.../ att kunna göra någonting för dem också, kring deras drogfrihet.

Möjligheten att få hjälp utgår från en samhällssyn som fortfarande dominerar och som innebär att mamman är den självklara primära omsorgsgivaren och den som även avgör om mannen ska få vara delaktig och få hjälp. Det är självklart att mamman ska erbjudas stöd. För kvinnorna konstrueras till övervägande del möjligheter och ansvaret för barnet. För männen framträder en hel del hinder för att de ska erbjudas hjälp. Ett av de stora hindren är föreställningen om kvinnan som den självklara omsorgsgivaren. Denna föreställning återkommer troligen i pappornas bilder av sig själva som fäder och deras ansvar kopplat till faderskapet. Flera är de kvinnor i studien som

beskriver att deras män inte vill vara med på besök hos MBHV-teamet vilket kan tolkas som att även de uppfattar MVC/BVC som mammans domän. Männerna har varit och är till viss del fortfarande uteslutna från dessa rum. Det blir då logiskt att det inte är lika självklart att man i MBHV-teamet ska arbeta med papporna, dessutom om det handlar om en pappa som missbrukar och är kriminell, och som inte vill ha kontakt. Det är lätt att se riskerna och bristerna i pappornas beteende och inställning. Till vissa delar handlar det också om vår konstruktion av pappans roll och de möjligheter som inte konstrueras. Hindren framställs i tydlig dager, inte möjligheterna – som med mammorna. Konstruktionen av pappan kan bland annat förstås mot bakgrund av det utbud av stöd som finns på enheten och i samhället i stort. I de fall det diskuteras stöd handlar det om stöd utifrån missbruket i sig inte i relation till ett blivande föräldraskap. Bilderna av papporna och icke-möjligheterna till stöd står i kontrast till den kreativitet som framträder när det handlar om att utforma stödet till mammorna.

Man kan naturligtvis inte bortse från att flera av dessa pappor har en besvärlig problematik, flera vill inte bli pappor och de ligger kanske i konflikt med mamman. Misshandel och hot förekommer m.m. Papporna framstår som *ovärdiga (ovilliga) patienter (föräldrar?)*, vilket motiverar att man inte arbetar med dem. Men ovanstående kan även gälla för mammorna vilka man trots allt jobbar med – och vilket är en självklarhet – till en viss gräns. Pappornas problematik är dock något som de också borde erbjudas stöd och behandling för, mot bakgrund av att de ska bli pappor. Vad är det (förutom kulturella föreställningar) som gör att det enbart betraktas som motiverande för en kvinna att sluta missbruka när hon ska bli förälder och inte för en man? Naturligtvis har vi den biologiska aspekten, dvs. att det är direkt skadligt för fostret om kvinnan missbrukar, vilket är ett incitament som väger starkt och som inte gäller för männen. Detta innebär egentligen att det borde satsas än mer resurser på männen då deras incitament inte är lika starka, då de är i större behov av motivation och av stöd än den blivande mamman. Som det ser ut idag försöker personalen ibland stötta kvinnorna att inte ha kontakt med en blivande pappa som anses vara skadlig. Man kan (precis som personalen ovan gör) fråga sig vad som händer när personalen inte längre finns som kan stödja kvinnan i detta. Kommer mannen tillbaka och vad händer då? Kvinnorna är de som med självklarhet förväntas ta ansvar och de som får stöd och hjälp att ta ansvar, medan männen både slipper undan och blir utan.

Summering och analys

Gravida kvinnor med missbruksproblematik har stora behov av stöd inom en mängd områden, de behöver mycket tätare uppföljning än vad mödrahälsovården vanligtvis kan erbjuda och kvalificerat stöd av yrkesgrupper med beroende- och socialkurativ kompetens (Socialstyrelsen, 2007). MBHV-teamet är en av ett fåtal resursenheter i Sverige som arbetar specifikt med gravida kvinnor med missbruksproblem och deras barn.

Missbruk är en av de riskfaktorer som påverkar föräldrafunktionen i hög grad. Redan under graviditeten finns risk att alkohol och andra droger skadar fostret. Fetal alkohol syndrom (FAS) innebär att barnet har tillväxthämningar, specifika ansiktsdrag och skador på centrala nervsystemet. Om mamman har missbrukat under graviditeten finns också risk att barnet kan få abstinensbesvär efter födseln. När barnet är fött kan en förälders missbruksproblematik föra med sig att förmågan att se barnet och dess behov inte sällan kommer i andra hand, efter föräldrarnas egna behov (Killén, 2009). Ett barn vars signaler och behov inte uppmärksammas av omsorgspersonen riskerar att utveckla en otrygg anknytning, vilket påverkar hur barnet uppfattar sig själv och relaterar till sin omgivning. Enligt Killén (2009) utvecklar barnen samtidigt inre arbetsmodeller för hur föräldrar ska vara och för hur förhållandet mellan barn och föräldrar ska utformas, vilket kan få konsekvenser för hur de senare i livet själva kommer att ta hand om sina barn. Det finns flera studier som visar att barn som växer upp med en missbrukande förälder bland annat bär på en mer eller mindre konstant oro, de kan få fysiska symptom (som t.ex. ont i magen och huvudvärk). Barnen riskerar också att få axla ett stort ansvar för både sig själva, syskon och en missbrukande förälder, de riskerar att få relationsproblem. Vidare lever barn med missbrukande föräldrar ofta i miljöer där det förekommer våld i högre utsträckning än vad det gör i andra familjer (se t.ex. Backett-Milburn, 2008 och Claezon, 1996, Barnard &

Barlow, 2003). Att växa upp i en familj där det förekommer missbruk kan således få förödande konsekvenser för ett barns liv.

I Socialstyrelsens rapport (2007) konstateras att stödet till gravida kvinnor med missbruks-/beroendeproblem behöver stärkas och att det behövs en kompetenshöjning inom socialtjänst och mödrahälsovård för de professionella som möter denna grupp av föräldrar och deras barn. Föräldrarna och barnen har behov av stöd under graviditeten, men även efter det att barnet är fött, och det behövs en långsiktighet i planeringen.

Mellan stöd och kontroll

MBHV-teamets uppgift är att tillvara det väntade/nyfödda barnets rätt och möjlighet att inte utsättas för fara och komplikationer på grund av missbruk hos den gravida kvinnan, samt att stödja kvinnan att ta sig ur och avstå från sitt missbruk. Det ”dubbla” uppdraget medför att personalen behöver hitta en balans mellan att arbeta kontrollerande och stödjande, och även finna en balans mellan ett barnperspektiv och ett vuxenperspektiv. Teamets arbete utgår från ett helhetsperspektiv och kan karakteriseras som flexibelt inom en fast struktur. Strukturen i MBHV-teamet består av tydliga former för vad en kvinna som har kontakt med teamet behöver förhålla sig till, som t.ex. tät kontakt och kontroller samt regelbundna urinprov. De blivande mammor som kommer i kontakt med teamet informeras från början om att kontakten med teamet, förutom ett utökat stöd, också innebär att de underkastar sig att bli kontrollerade. Flexibiliteten innebär att personalen anpassar utformningen av stödet utifrån den individuella kvinnans behov, något som forskningen visar vikten av (se t.ex. Blomqvist, 1999, 2002 och Fridell 1996). Kvinnorna i studien beskriver en mängd olika former av stödinsatser. I mötet med mammor och barn vägs praktiska förhållanden som t.ex. bostadssituation, mammans psykiska mående och sociala situation samman och utgör grunden för hur stödet utformas. Flera av de kvinnor som kommer till MBHV-teamet har en instabil social situation och de behöver hjälp, inte enbart med stödjande eller terapeutiska samtal, utan även basal praktisk hjälp. Om inte de basala praktiska behoven är lösta, är det svårt att tillgodogöra sig annat stöd. Tillgängligheten fyller också en viktig funktion, att snabbt kunna hjälpa kan kompensera ett sug efter droger och lindra ångest. Det ger också kvinnorna en signal att de är välkomna till teamet.

Föreliggande studie visar att stöd och kontroll inte behöver stå i motsättning till varandra, utan att flera av de intervjuade kvinnorna upplevde delar av de kontrollerande momenten, såsom till exempel urinproven, som ett stöd. För några kunde kontrollen dock upplevas som ett ifrågasättande och konfronterande även om de såg syftet med det.

Relation

Enligt Carlssons (2003) studie går det inte att peka på en faktor som visar sig ha gynnsam effekt på hjälpprocessen, utan det är en kombination av faktorer som t ex. öppna förhandlingar och samarbete kring gemensamma mål, och ett bemötande där klienten känner sig sedd, bekräftad och tagen på allvar. Om vi jämför detta med det stöd som erbjuds i MBHV-teamet kan vi konstatera att de kvinnor som upplever att stödet har varit positivt och hjälpt dem att utvecklas beskriver att de har känt sig delaktiga i utformningen av stödet, de har känt sig bemötta på ett bra sätt och de har fått positiv feedback, vilket har hjälpt dem växa. Flera upplever att de inte har känt sig avvikande, särbehandlade eller dömda. Den kvinna som är enbart negativ till kontakten med teamet beskriver att hon och personalen inte har haft en gemensam bild av hennes problematik och barnets situation. Hon har känt sig kritiserad och saknat positiv feedback. Utformningen av stödet i teamet ligger i linje med det som Dahlgren (1992), De Wilde och Trulsson (2006) talar om – att individuella samtal med möjlighet att få en nära relation och att bearbeta trauman, vännenskap i grupp och fokusering på stöd i föräldrarollen samt relationen till barn utgör centrala inslag i behandling av kvinnor med missbruksproblem.

Det finns ett otal forskningsrapporter som visar att relationen är en viktig del av samtalsbehandling och stödjande behandling, och många gånger en förutsättning för att nå målet. Den täta kontakten och det flexibla arbetssättet som utgör MBHV-teamets verksamhet skapar de nödvändiga förutsättningarna att bygga relationer till kvinnorna.

Stigma

Goffman (1971) menar att en förutsättning för stigmatisering är att det finns en skillnad mellan den förväntade och den faktiska sociala identiteten, i det här fallet den sociala identiteten som förälder. Då en individ avviker från vad som uppfattas som det gängse mönstret skapas en osäkerhet vad beträffar identitet och tillhörighet. Samhällets föreställning blir det ”normala”, vilket kan leda till att individen nedvärderar sig själv. Tidigare forskning visar att mammor med missbruksproblematik blir betraktade som avvikande och försumliga, en syn på deras liv och föräldraskap som kvinnan själv övertar. Kvinnor (och män) som har missbruksproblem tenderar att uppleva skuld och skam och det stigma som är kopplat till kvinnliga missbrukare kan bidra till lägre självkänsla (Ravndal, 1999). I behandling har som följd flera kvinnor behov av att kompensera ett bristande självförtroende. Vi var intresserade av att studera om stödet som erbjuds i MBHV-teamet upplevs av mammorna som del i en stigmatiserande process eller om stödet är utformat för att bryta en dylik process. Trulsson och Hedin (2004) beskriver att studier (se t.ex. Mulinari

1996, Smith 1991, Skeggs 1997) har visat hur kvinnliga socialarbetare, ofta från medelklassen, närmar sig kvinnor från arbetarklassen med sina klassvärderingar och på så sätt skapar en distans mellan sig själva och kvinnor med missbruksproblem, och att dessa också riskerar att stämpas som avvikande. Detta medför en risk att kvinnan som missbrukar behåller föreställningen om sig själv som avvikare, vilket utgör ett hinder för ökad självkänsla. Istället behöver kvinnornas bristande självkänsla kompenseras (Skeggs, 1997 i Trulsson och Hedin, 2004). Hur man bemöter en annan människa hänger intimt samman med de föreställningar man har om personen, eller kanske snarare vilka förgivettaganden om målgruppen som styr. Vad gäller MBHV-teamets bilder av kvinnorna bryter dessa mot kulturella värderingar om missbrukande kvinnor och kvinnorna beskrivs med viss beundran. Som Trulsson och Hedin (2004) påpekar är det av vikt att se kvinnornas resurser och att dessa resurser också värderas. Att känna sig respekterad av personalen, att bli betraktad som en person med förmåga att klara av och ta sig igenom svårigheter ökar möjligheterna för mammorna att kämpa vidare och förutsättningen att lyckas i sitt föräldraskap ökar. Genom de intervjuade kvinnornas berättelser framträder personalens förhållningssätt där de, i enlighet med de flesta av de intervjuades beskrivning, lyckas förmedla ett accepterande, respektfullt förhållningssätt där kvinnorna upplever att de har en egen kompetens och förmåga. Berättelserna förmedlar att mammorna upplever att de får positiv feedback och har en upplevelse av att känna sig sedda för den de är. Ett dylikt förhållningssätt skapar goda förutsättningar för att stödja mammorna i att få en ökad självkänsla och motverkar stigmatiserande processer.

Några utvecklingsområden

I dagsläget definierar personalen ett flertal utvecklingsområden, vilka beskrivs nedan:

Ett utvecklingsområde är att arbeta fram former för stöd även till papporna – något som personalen efterfrågar, men som i dagsläget inte finns med i MBHV-teamets uppdrag. Stödet i MBHV-teamet är utformat med mamman och barnet i fokus. Organisationen sätter trösklar för arbetet och i denna process skapas möjligheterna för mammorna och papporna att få stöd. Tröskeln för att en pappa ska få stöd är högre än för mamman. Pappan ska själv vilja, det vill säga att han ska vara motiverad, mamman ska vilja att pappan är med och det ska göras en bedömning att han *inte* är skadlig för kvinnan och barnet. Möjligheten för pappan att få stöd utgår från en samhällssyn som fortfarande dominerar och som innebär att mamman är den självklara primära omsorgsgivaren och den som även avgör om mannen ska få vara delaktig och få stöd i sin föräldraroll. Det finns hjälp för männen att få, men

då handlar det inte om att integrera missbruksvård med föräldrastöd – det är idag förbehållet mamman. Ett av de stora hindren för detta är föreställningen om kvinnan som den självklara omsorgsgivaren. Inom mödra- och barnhälsovården generellt har av tradition fokus legat på mamma och barn. Personalen i MBHV-teamet uttrycker en medvetenhet om ovanstående problematik och en vilja att utveckla arbetet med densamma.

Att utveckla stöd till dessa pappor som många gånger har en svår problematik samtidigt som man, precis som för mammorna, gör tydliga riskbedömningar skulle vara ett välbehövligt pionjärarbete i en strävan bort från de könsstrukturer som omger föräldraskapet och vinnare skulle i förlängningen framförallt vara barnen.

Ett annat utvecklingsområde som personalen identifierar är kontakten med socialtjänsten och samarbetet med psykiatrin. I MBHV-teamet finns de grundläggande förutsättningarna för att arbeta med målgruppen. De har en välfungerande verksamhet där en stor del av föräldrar och barn får erforderlig hjälp och stöd under tiden som de går där. För vissa barn innebär det att de skiljs från en förälder som inte klarar att tillgodose barnets behov. En bra grund läggs för att erbjuda barnen de bästa möjliga förutsättningarna i livet. MBHV-teamet är dock bara en kugge i hjulet och flera av dessa barn och föräldrar har behov av ett långsiktigt stöd och att andra verksamheter tar över. I dagsläget finns inte en samlad bild av hur stödet är utformat efter att barn och föräldrar lämnar MBHV-teamet. Här finns behov av vidare forskning.

Ytterligare område där personalen upplever ett behov av att utveckla verksamheten är i kontakten med de kvinnor som är läkemedelsberoende. Deras problematik skiljer sig från kvinnor med andra former av missbruksproblematik. Att utveckla former för föräldrastöd efter barnets födelse, uppföljning av barnets hälsa och utveckling samt utformning av ett mer långsiktigt stöd för barn och deras familjer är alla områden där personalen ser behov av kontinuerlig utveckling.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det stöd som MBHV-teamet erbjuder bygger på vetenskaplig grund. Stödet är utformat i enlighet med vad forskning inom området beskriver som verksamt. Förutsättningarna anses vara goda för att ta tillvara det väntade/nyfödda barnets rätt och möjlighet att inte utsättas för fara och komplikationer på grund av missbruk hos den gravida kvinnan samt att stödja kvinnan att ta sig ur och avstå från sitt missbruk. För detta krävs en kunskapsstyrd organisation. Ledstjärna är att utveckla god vård. Naturligtvis är inte ekonomiska förhållanden oviktiga men MBHV-teamet är en verksamhet som har skapats i syfte att utveckla kunskap och arbeta fram ett verksamt arbetssätt. Detta innebär ett långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv och att vi arbetar för att minska ett omfattande lidande för många barn (och deras föräldrar).

Kunskapsstyrd verksamhet

I MBHV-teamet erbjuds specialiserad och individuellt anpassad mödravård och barnhälsovård. En viktig faktor som spelar en avgörande roll för hur hjälpen utformas är personalens *kompetens*. I MBHV-teamet arbetar en specialiserad och tvärprofessionell personalgrupp där alla har en gedigen erfarenhet och ett särskilt intresse för att arbeta med målgruppen. Delar av personalen i teamet har varit med och startat upp verksamheten samt även arbetat med målgruppen under många år.

Samtliga teammedlemmar fortbildar sig regelbundet inom området och deltar också som representanter för verksamheten på flertalet konferensen. Hela teamet har gemensam handledning (varannan vecka). Intervjustudien visar att till stora delar arbetar man i MBHV-teamet i enlighet med vad forskningen inom området beskriver är verksam. Verksamheten bygger således både på personlig erfarenhet men även på vetenskaplig grund.

MBHV-teamets organisation skapar möjligheter för och är en förutsättning för att personalen ska kunna utforma stödet till mammor och barn utifrån mammornas och barnens behov. *Tiden* är här en viktig faktor. Att få möjlighet att ägna mer tid åt varje klient skapar förutsättningar att bygga *relationer* till mammorna och utforma ett *flexibelt stöd* mot bakgrund av en bedömning av mammans *hela situation*. De som arbetar i teamet har möjlighet att upprätta en tät och regelbunden kontakt samt att träffa patienten när denne upplever behov av stöd. MBHV-teamets organisation skapar goda förutsättningar för personalen att arbeta med mammor och barn och kompetensutvecklingsuppdraget väcker frågor om hur arbetet kan utvecklas än mer i framtiden. Kunskap om vad kvinnor och barn är i behov av styr utformningen av MBHV-teamets verksamhet och utgör dess nav.

Referenser

- Agnetun, K. & Danielsson, E. (2002) "Missbrukande gravida kvinnor i Göteborg och södra Bohuslän – räcker mödrahälsovården till?" I Trulsson, K. (red.) *Kvinnligt möte – en kraft på vägen ut ur missbruk*. FoU i Väst/GR.
- Andersson, B., Bangura Arvidsson, M., Rasmusson, B. & Trulsson, K. (2006) "Missbrukande föräldrar, utsatta barn och socialt arbete". I *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*. Vol. 23.
- Backett-Milburn (2008) "Challenging Childhoods: Young people's accounts of 'getting by' in families with substance use problems." I *Childhood*, 2008; 15; 461.
- Bangura Arvidsson, M. (2003) *Ifrågasatta fäder – Olika bilder av fäder till socialt utsatta barn*. Lund: Lund Dissertations in Social Work, nr 13.
- Barnard och Barlow (2003) "Discovering Parental Drug Dependence" i *Children & Society*, 2003, Vol. 17 Issue 1.
- Beijer, E. (2009) *De förstår alla situationer – Erfarenheter av att utveckla integrerade former för vård vid missbruk eller beroende samt psykiska problem – Med fokus på brukares perspektiv*. FoU i Väst/GR.
- Bäck-Wiklund, M. och Bergsten, B. (1997) *Det moderna föräldraskapet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlsson, B. (2003) *Så blir det hjälp – om hjälpprocesser i socialt arbete*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete. Akademisk avhandling.
- Claezon, I. (1996) *Mot alla odds*.
- Egelund, T. (1997) *Beskyttelse af barndommen*. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- Elvin-Nowak, Y. (1999) *Accompanied by guilt*. Department of Psychology, Stockholm University.

- Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Goffman, E. (1971) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Halldén, G. (1992) *Föräldrars tankar om barn*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Hydén, M. & Hydén, L.-C. (2002) *Samtal om den nya familjen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Höjer, I. (2007) *Föräldrars röster – hur är det att ha sina barn placerade i fosterhem – brukare och forskare samverkar*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. 2007:2.
- Killén, K. (2009) *Barndomen varar i generationer: om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristjánsson, B. (1999) ”Hverdagslivet og tidens problematik” I Dencik, L. & Shultz-Jørgensen, P. (red.) *Børn og familie i det postmoderne samfund*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, E. (2006) *Hon, han och hemmet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010) *Motiverande Samtal – Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ribbens McCarthy, J., Edwards, R. & Gillies, V. (2000) *Parenting and Step-parenting: Contemporary Moral Tales*. Occasional Paper 4. Centre for Family And Household Research: Oxford Brookes University.
- Scheffel Birath, C. & Borg, S. (2011) ”Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika? I *Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga*. SOU 2011:6.
- Skårner, A. (2001) *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete. Akademisk avhandling.
- Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.
- Spak, F., Sundelin-Wahlsten, V., Aronson, M., Rydberg, U & Östling, A. (2007) Gravida kvinnor. I Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* (2007). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sun, An-Pyng (2006) ”Program factors related to women’s substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique”. I *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 1-20.

- Trulsson, K. (1997) *Det är i alla fall mitt barn*. Lunds universitet, Socialhögskolan, Licentiatavhandling.
- Trulsson, K. (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält*. Lunds universitet, Socialhögskolan, Akademisk avhandling.
- Trulsson, K. & Hedin, U-C. (2004) "The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. I *International journal of social welfare*. 13: 145-157.
- Trulsson, K. & Segraeus, V. (2011) "Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården." I *Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga*. SOU 2011:6.
- Tuchman, E. (2010) "Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research" I *Journal of Addictive Diseases*, 29:2, 127-138.
- Östberg, F. (2010) *Bedömningar och beslut: Från anmälan till insats i den sociala barnvården*. Rapport i socialt arbete nr 134. Doktorsavhandling, Institutionen för Socialt arbete, Stockholm universitet.
- Österling, A. (2004) *Gravida missbrukare – en översikt. Upptäckt och behandling*. RAM-läsa – Linköpingskonferensen 6-8 oktober, s 17-20.

ANDRAHANDSREFERENSER

- Andersson, B., Hilde M. (1993) *Förändringens väg. Självförståelse och strategier i frigörelsen från drogmissbruk*. Lund University 1993:4.
- Biernacki, P. (1986) *Pathways from heroin addiction. Recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Björkhagen Turesson, A. (2001) *De första fem åren*. FoU Skåne, Skriftserie 2001:3.
- Blomqvist, J. (1999) *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. Vaxholm. Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.
- Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholm, FoU-rapport 2002:22.
- Dahlgren, L. (1992) "Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare", *Socialmedicinsk Tidskrift*, nr. 8, 1992, 390-394.
- De Wilde, J. & Trulsson, K. (2006). "Women in European Therapeutic Communities: Conclusions of the BIOMED Project", *International Journal of Therapeutic Communities*. Nr. 1. s. 125-149.
- Engström, C. & Armelius, B-Å. (2002) "Klienters acceptans av strukturerade intervjuer i socialtjänsten". *Nordisk Socialt Arbeid*, 4, 210-216.

- Eriksson E. (1998) *Nu är jag mamma! Stockholm, Familjesociala mottagningen.*
- Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation, ideologi och resultat.* Stockholm: Natur & Kultur.
- Hessle, S. (1988) *Familjer i sönderfall. En rapport från samhällsvården.* Stockholm:Norstedts.
- Hessle, S. (1995) *Sociala nätverk i kris, utveckling och fördjupning. Nätverksstudier på barnbyn Skå med psykosocialt utsatta familjer.* Rapport nr 74/ Socialt arbete, Stockholm University.
- Hilte, M. (2002) ”Den missbrukande kvinnan. Om självregleringstekniker och subjektformer inom missbrukarvården”. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (reds.) *Könsperspektiv på missbruk.* Stockholm, Bjurner & Bruno.
- Kristiansen, A. (1999) *Fri från narkotika – Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare.* Department of Social Work, Umeå University.
- Mulinari, D. (1996) ”Kvinnoprojekt och feminism”. I Sahlin, I. (red.) *Projektets paradoxer.* Lund, Studentlitteratur.
- Nyström, S. (red.), Cronqvist, A-L., Engström, C., Jäderland, A., Ekblom, G. & Lood, C. (2003) *Metoder för missbrukarvården – ASI-intervjun i praktiskt tillämpning (2003-11-24).* Lindesberg: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete.
- Ravndal, E. (1999). ”Alkohol og rusavhengighet”. *Kvinnens helse i Norge.* NOU 1999: 13, 511-516.
- Sarman, I. (1991) ”Metadonbehandling under graviditet och dess effekter på barnet”: *Läkartidningen, vol. 97, nr 18, 2000.*
- Skeggs, B. (1997) *Att bli respektabel – Konstruktioner av klass och kön.* Göteborg, Daidalos.
- Smith, B. (1991) ”Australian women and foster care: a feminist perspective”. *Child Welfare* 70: 175-184.
- Trulsson, K. & Nötesjö, G. (2000) *Semillan – ett frö i god jord. Om öppenvård för gravida missbrukare och barnfamiljer.* Stockholm, Qlara Management.

Bilaga I

Intervjuteman

Bakgrundsfrågor

Ålder

Familjeförhållanden

Boendeförhållanden

Yrke/utbildning

Tankar kring graviditeten

Planerad (- skydd)

Reaktioner (egna/andras) – hur tänkte du kring graviditeten?

Förväntningar

Farhågor

Kontakten med MBHV i Haga

Beskriv din kontakt med Resursenheten

Bemötande

Hur har de kommit i kontakt med Hagamottagningen?

Har du själv sökt hjälp?

Anledning till kontakt – deras problemdefinition (missbruk/beroende etc.) Hur kommer det sig att du gick dit? Att du stannade kvar?

Upplevelsen av de egna behoven

Förväntningar

Vilken typ av stöd har de fått? Processbeskrivning

Upplevelser av kontakten

Hinder/möjligheter

Vem blev du i mötet med personalen på Haga?

Beroendeproblematik (vilket position har missbruket i deras liv?)

Den egna bilden av problematiken – dåtid, nutid, framtid

Upplevelsen av att lämna /beroendet missbruket?

Vad betydde beroendet/missbruket i ditt liv (socialt/individuellt)?

Hur är det nu?

Vilket var det viktigaste stödet?

Annat stöd

Från vem

På vilket sätt

Hinder/möjligheter

Föräldraskap

Synen på det egna föräldraskapet

Hur är det att vara mamma jämfört med dina föreställningar

Vilken roll spelar den andra föräldern?

Synen på barnets behov

Beskriv ditt barn.

Vilka behov upplever du att ditt barn har?

Hur ser de på sina möjligheter att tillgodose barnens behov?

Hinder/möjligheter. Stödjande faktorer.

Framtiden

Hur ser du på framtiden?

Föräldraskap

Relation till barnet

Relation till partner

Behov av stöd

Specifika frågor kopplade till hur man arbetar på Hagamottagningen

ASI

Hur upplevdes övervakade urinprov?

Hur var gruppverksamheten? Vad gav det? Positivt/negativt

Kontroll?

Samarbete med andra instanser?

Stödet från Hagamottagningen jämfört med stöd från andra?

Bilaga 2

Vill du dela med dig av dina erfarenheter?

Under hösten 2010 startade vi en studie i syfte att öka kunskapen om hur mödrar upplever det stöd som de och deras barn får vid mödra- och barnhälsovårdsteamet i Haga. Därför vill vi nu nå dig som har haft kontakt med mödra- och barnhälsovårdsteamet för att göra en intervju.

Vilket stöd erbjuds mödrar som har problem med alkohol, droger eller läkemedel vid mödra- och barnhälsovårdsteamet i Haga? Vilket stöd behövs? Vilket stöd ges? Vad tycker föräldrarna själva? Om detta vet vi väldigt lite och det behövs mera kunskap. Vi som gärna vill ha svar på dessa frågor arbetar som forskare på Göteborgs universitet.

Intervjun kommer att ta ungefär en timme. Dina uppgifter kommer att behandlas så att ingen utomstående får ta del av de enskilda svaren. Ingen enskild person kommer att kunna identifieras vid redovisningen av studien. Ej heller personalen på mödra- och barnhälsovården kommer att kunna identifiera enskilda svar. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst bestämma dig för att avbryta ditt deltagande utan förklaringar. Deltagandet i studien eller om du avbryter ditt deltagande påverkar inte din kontakt med mödra- och barnhälsovården. När projektet är avslutat kommer resultaten att publiceras i en rapport, forskningsartiklar och på konferenser.

Du har blivit tillfrågad om du vill delta i studien av en kontaktperson inom mödra- och barnhälsovården. Har du godkänt att kontaktpersonen lämnar ditt namn och telefonnummer till oss kommer vi att kontakta dig.

Om du hellre vill kontakta oss själv kan du göra detta genom att ringa, skriva ett e-mail eller skicka in svarstalongen nedan till oss så snart som möjligt.

Vi hoppas att du vill delta i studien – dina erfarenheter är viktiga!

Om du har frågor angående studien kan du kontakta oss.

Med vänlig hälsning

Ingrid Höjer: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Monica Nordenfors: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Kontaktperson

Monica Nordenfors. Tel 031-7865790. Monica.Nordenfors@socwork.gu.se

Samtycke

Jag har läst och förstått informationsbrevet och ger härmed mitt samtycke till att delta i en intervju i forskningsprojektet som syftar till att öka kunskapen om hur mödrar upplever det stöd som de och deras barn får vid mödra- och barnhälsovårdsteamet i Haga.

Namn: _____

Telefon: _____

Adress: _____

E-mail: _____

Vi är tacksamma om du kan ange hur du lättast nås (via telefon, eller e-mail och när på dagen.)

Gravida kvinnor med missbruksproblematik har stora behov av stöd inom en mängd områden och de behöver mycket tätare uppföljning än vad mödrahälsovården vanligtvis kan erbjuda. Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga (MBHV-teamet) är en av ett fåtal resursenheter i Sverige som arbetar specifikt med gravida kvinnor med missbruksproblem och deras barn.

Den här rapporten bygger på intervjuer med kvinnor som har haft kontakt med MBHV-teamet. Genom deras berättelser framträder personalens förhållningssätt där de, i enlighet med de flesta av de intervjuades beskrivningar, lyckas förmedla ett accepterande, respektfullt förhållningssätt där kvinnorna upplever att de har en egen kompetens och förmåga. Rapporten identifierar också ett antal utvecklingsområden: att arbeta fram former för stöd även till papporna, kontakten med socialtjänsten, samarbetet med psykiatrin samt att utveckla kontakten med de kvinnor som är läkemedelsberoende.

Monica Nordenfors är filosofie doktor och verksam vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet.

Ingrid Höjer är professor och verksam vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet.



FoU_i**väst** GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 00

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • www.grkom.se/fouivast

