

Allmän SiS-rapport
2005:8

Barnmorskors kompetens, en resurs i behandling?

Erfarenheter från LVM- och LVU-vården vid
Lunden

Av Eva Robertson

ISSN 1404-2584

Statens
institutions
styrelse SiS 

Förord

LVM-hemmet Lunden är en av SiS institutioner som tar emot gravida missbrukare. På Lunden insågs tidigt behovet av en barnmorska för de gravida kvinnorna som sällan hade en etablerad kontakt med mödravården fast graviditeten kunde vara framskriden. Intresset och behovet av ökad kunskap om kroppen gjorde att det blev naturligt att utvidga verksamheten för såväl icke-gravida vuxna klienter som de yngre klienterna inom Lundens ungdomshem. Det visade sig nämligen att även de yngre kvinnorna hade problem med sin reproduktiva hälsa och förvånansvärt bristfälliga kunskaper om kvinnokroppens funktioner. Många hade dåliga erfarenheter av gynekologiska undersökningar och många var rädda för att bli undersökta.

Inom ramen för ett tvåårigt utvecklingsprojekt, *Flickors och kvinnors behov av barnmorske-resurs inom LVU respektive LVM-vården* (2000–2001) har man beskrivit verksamhetens utveckling inom institutionens båda delar. Barnmorskorna har haft omfattande aktiviteter på institutionen – graviditetskontroller, gynekologiska undersökningar, gruppträffar där ämnen kring könsroller, sexualitet, preventivmedel, reproduktiv hälsa och så vidare har diskuterats och de gravida har förberetts för förlossning och föräldraskap. I projektet har såväl personal som klienter intervjuats om sina erfarenheter av barnmorskornas arbete på Lunden. Verksamheten är mycket uppskattad och viktig. Barnmorskans oberoende, att inte vara del av den ordinarie institutionspersonalen, är särskilt uppskattat av klienterna. Det gör kvinnorna friare att ställa frågor och berätta om sina bekymmer.

För rapportens sammanställning har ansvarat Eva Robertson, som själv har arbetat som barnmorska på Lunden. Till dess tillkomst har en rad personer medverkat – deras namn och bidrag framgår i rapportens inledning. För handledningen har stått Karin Trulsson, Kvinnoforum, Stockholm.

Nils Åkesson
FoU-direktör

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	3
1 Inledning	5
Varför ett barnmorskeprojekt och rapportens innehåll	6
Teoretisk inriktning och tidigare forskning	6
2 Lunden	11
Missbrukarvården	11
Ungdomsvården	12
Tvångsvård ur ett etiskt perspektiv	13
Personalen på Lunden	14
3 Tillvägagångssätt	15
4 Gravida kvinnor på LVM	17
Barnmorskornas berättelse	17
Sjuksköterskans berättelse	19
En kontaktpersons berättelse och referat från intervjuer med personal	20
De gravida kvinnornas uppfattning om Lunden	22
Arbetet med gravida kvinnor idag	23
5 Gruppverksamhet och enskilda kontakter; LVM	25
Barnmorskornas erfarenheter och kvinnornas kommentarer från intervjuerna	25
Erfarenheter från enskilda kontakter med barnmorskor	29
Personalens syn på gruppverksamheten och enskilda kontakter	31
6 Gruppverksamhet och enskilda kontakter; LVU	35
Erfarenheter från gruppverksamheter: Inledning av Behandlingspersonal	35
Barnmorskornas berättelse med flickornas kommentarer	
Från intervjuer	35
7 Diskussion och slutsatser	44
Visioner	50
Referenser	52
Bilaga 1: Praxismodellen	54
Bilaga 2: Frågemall till kontaktpersoner	56
Bilaga 3: Intervjufrågor	57
Bilaga 4: Enkätfrågor	59

Sammanfattning

Är barnmorskan en betydelsefull resurs inom tvångsvård för flickor/kvinnor? Kan det bidra med något i utrednings- och motivationsarbetet inom LVU- och LVM-hemmen?

Detta är frågor som denna rapport skall försöka ge svar på.

Rapporten beskriver de erfarenheter som gjorts under tio års arbete på Lunden och närmare ett barnmorskeprojekt, som pågått under 2001–2002 inom Lundens ungdomshemmet och LVM-hemmet Lunden, SiS. Rapporten består av intervjuer med flickor/kvinnor som varit på Lunden under projekttiden, berättelser om verksamheten utifrån sjuksköterske-, barnmorske- och behandlingspersonalens erfarenheter, och även intervjuer med personal.

Detta barnmorskeprojekt har sitt ursprung i arbetet kring de gravida kvinnorna som successivt har utvecklats under åren på LVM-hemmet Lunden. Bidragande till denna utveckling har varit en tidigare utvärdering av personalen inom Lunden beträffande arbetet kring de gravida kvinnorna. Utifrån den utvärderingen startades en graviditetsgrupp som ett forum för planering, utvärdering och uppföljning av arbetet med de gravida kvinnorna med regelbundna möten varannan vecka. Barnmorskorna har under åren blivit mer integrerade i arbetet. Gruppen är också ett forum där olika kulturer och synsätt möts, där idéer och tankar kan utbytas och därmed öka förståelsen mellan olika yrkeskategorier. I och med att barnmorskorna har fått tillhörighet vid specialistmödravården underlättades det direkta samarbetet med Kvinnokliniken i Lund.

Att ha en kontinuerlig och regelbunden kontakt med en barnmorska under graviditeten ses som en viktig resurs av kvinnorna och personalen. Kvinnorna betonar vikten av att barnmorskan kommer utifrån, är fristående men förtrogen med Lunden. Viktigt är att barnmorskan har förståelse för att de gravida kvinnorna försöker hantera en oerhört svår situation där viljan att ta hand om sitt barn kolliderar med de krafter som missbruket utgör. Just genom att inte vara en del av organisationen, och inte ha någon direkt makt, underlättar för barnmorskorna att hantera kvinnornas egna strategier. Det kan ge nära möten och leda till genuina diskussioner kring vad som är viktigt för kvinnorna under graviditeten och för det väntade barnet.

I graviditetsgruppen fungerar kontaktpersonerna för de gravida kvinnorna som en sammanhållande länk. Kontaktpersonerna har en viktig roll för motivation, deras stöd för att kvinnorna skall orka och våga förändra sitt liv blir av avgörande betydelse. Det kan innebära en nära relation om kvinnan så önskar, vilket kan innebära att kontaktpersonen får vara med och stötta vid förlossningen. Sjuksköterskan har en central roll i den medicinska samordningen när det gäller avgiftning, eventuell medicinering samt även när det gäller samordning av dokumentation och kontakter mellan Lundens läkare, barnmorska och kvinnoklinikens läkare. Detta teamarbete öppnar möjligheter till en trygg långsiktig planering som kvinnan själv deltar i, och en trygg förberedelse inför förlossningen och föräldrarollen.

Alla kvinnor på Lunden erbjuds enskilda besök hos barnmorska och även att delta i gruppverksamhet som innebär en inbjudan till dialog. Tillgängligheten till en barnmorska med specialistkunskap och intresse för kvinnor med missbruk anses som en viktig resurs av både kvinnorna och Lundens personal. Det ger kvinnorna möjlighet att få kunskaper om kroppens funktioner, ta upp olika aspekter och frågor om sexualitet och samliv på ett naturligt sätt. Kvinnorna får uppleva att de blir tagna på allvar och att de får bekräftat sitt värde som människa trots att de är omhändertagna för tvångsvård.

Med den kunskap vi har att praktiskt taget alla kvinnorna, antingen före eller under missbruket, har blivit utsatta för sexuellt våld är det väsentligt att det blir tillåtet att tala om det. Viktigt är också att tala om kroppens funktioner och reaktioner så att kvinnorna får kunskaper och därigenom möjligheter att ta kontrollen över sin kropp och att få respekt för både kropp och själ. Kvinnorna påpekar att det lättar på ångesten att få sätta ord på upplevelser av kränkningar och dessutom hjälper det att lyssna på andra kvinnor med liknande erfarenheter. Kvinnorna påpekar också att när det är tillåtet att tala om sina upplevelser och lyfta av skuldbördan, ger det även en öppning till att formulera och ställa krav på behandling.

En lättillgänglig fast barnmorskeresurs förenklar enskilda kontakter, att ge information och kunskaper samt vid behov även möjlighet till undersökning. Att barnmorskan benämner allt hon gör vid undersökningen, ger kvinnan ord för att sedan kunna ställa frågor och öka sina kunskaper om sin kropp. Genom att barnmorskan hela tiden låter kvinnan ha kontroll över situationen innebär ett steg i rätt riktning för att hon skall kunna få/erövra makt över sin egen kropp. Det ger henne en möjlighet till upprättelse, och kan ses som en maktförskjutning som bidrar till att hon kan känna ett ökat värde.

Utifrån de erfarenheter vi har gjort i detta projekt gynnas framförallt kvinnorna i deras syn på sig själva och sina kroppar men även personalen i sitt arbete. Det innebär fortsatta utvecklingsmöjligheter men fordrar också handledning och tid för reflektion och utvärdering.

Genom att sätta in flickors och kvinnors individuella förhållanden och villkor i ett samhällsperspektiv och väcka en medvetenhet om de maktstrukturer som finns, kan det individuellt 'skuldbelagda' lyftas till en strukturell nivå och därmed skapa möjligheter till förändring. Grunden är det medmänskliga mötet, att bli sedd, bekräftad, och att "bli uppmuntrad att hitta den egna rösten" som Lindenau (2001) uttrycker det.

1 Inledning

Varför ett barnmorskeprojekt och rapportens innehåll

Denna rapport beskriver ett barnmorskeprojekt inom tvångsvården, dess historia och den utvecklingsprocess som lett fram till dagens sätt att arbeta ur flickornas och kvinnornas, barnmorskornas och behandlingspersonalens perspektiv. Olika synsätt och kulturer möts och ger möjligheter till vidareutveckling. Kan det vara till hjälp för flickor och kvinnor inom tvångsvården?

Rapporten beskriver dels en utveckling av ett arbetssätt med de gravida missbrukande kvinnorna som skett under åren, dels en integration av barnmorskeresurs generellt på LVM-hemmet Lunden. Vidare redovisar rapporten det barnmorskeprojekt som pågått under 2001–2002 både inom LVU- och LVM-enheterna vid Lunden.

Från början gällde samarbetet de gravida kvinnorna, deras mödravårdskontroller och förberedelse inför föräldraskap och förlossning. De första åren fungerade barnmorskan som en konsult. Arbetet har sedan utvecklats, strukturerats och barnmorskorna har under åren blivit mer integrerade i arbetet på Lunden.

Samarbetet med barnmorskan utvidgades redan efter någon månad och hon anlätades även när det gällde gynekologiska besvär och frågor från andra kvinnor än de som var gravida. Kvinnorna var oroliga och hade många gynekologiska frågor när de hade blivit avgiftade. Det framkom vid besöken att deras kunskaper om underliv, funktion, menscykel, infektioner m m ofta vara bristande och vi började med sex- och samlevnadsundervisning. Detta blev också ett tillfälle för kvinnorna att prata spontant med barnmorskan och eventuellt boka tid för samtal eller undersökning.

En omorganisation inom mödravården i Lund ledde till en organisatorisk överföring från primärvården till Kvinnokliniken i Lund. För att kunna fortsätta verksamheten (och utöka med barnmorskemottagning vid sprutbytesprojektet vid infektionskliniken, metadonmottagningen och avgiftningsavdelningen) övergick verksamheten i ett projekt via Region Skåne och som ett utvecklingsprojekt inom SiS. Från projektets start 2001 har Ingela Sjöblom och från april 2002 Birthe Andreasen varit knutna till Lunden.

Både behandlingspersonal och barnmorskor har bidragit till rapportens olika delar. Inom LVM-vården har sjuksköterskan Lisa Lundblad beskrivit bakgrunden till projektet och sjuksköterskans arbete med de gravida kvinnorna. Katrin Lavröd har beskrivit kontaktpersonernas roll och tillsammans med barnmorskan Birthe Andreasen sista årets arbete med grupper inom LVM-vården. Birthe Andreasen har även varit med och beskrivit arbetet med enskilda kontakter både med gravida och icke-gravida kvinnor på LVM. Inom LVU-vården har behandlingspersonal Ingmarie Lindmark, sjuksköterskan Marie-Louise Glaving och barnmorskan Ingela Sjöblom beskrivit arbetet med grupperna. För sammanställningen av rapporten och beskrivningen av det tidiga barnmorskearbetet inom alla verksamheter, bakgrunden till och själva projektet ansvarar barnmorskan Eva Robertson. Handledare för rapporten och projektet är Karin Trulsson, Kvinnoforum.

Syfte

Vi vill beskriva hur en barnmorskeresurs för flickor/kvinnor inom LVU- och LVM-vården successivt funnit form. Fokus ligger på utvecklingen av arbetet med de gravida missbrukande kvinnorna.

Projektets syfte är att utvärdera barnmorskeresursen, vilka behov som finns av den samt hur denna resurs används och mottas både av klienterna och personalen. I projektet avses att en fast barnmorskeresurs ger extra stöd till gravida, tvångsomhändertagna flickor/kvinnor under deras graviditet, tillgång till individuell förberedelse inför förlossningen och föräldraskapet samt extra stöd under förlossningen.

I projektet vidareutvecklas den gruppverksamhet och de enskilda kontakterna både med kvinnorna på LVM-hemmet Lunden och med flickorna på Lundens ungdomshem som påbörjats på Lunden före projektet. I detta arbete ingår att utveckla den förebyggande kvinnohälsovården. Att med ett könsperspektiv ge flickor/kvinnor på Lunden ökad kroppsmedvetenhet, exempelvis om kroppens naturliga funktioner och olika faser i kvinnans liv.

Slutligen syftar projektet till att utveckla kunskap och medvetenhet hos personal inom Lunden, SiS och andra verksamheter.

Frågeställningar

- Vilka slags behov av kontakt med barnmorska har tvångsomhändertagna, missbrukande flickor/kvinnor? Kan de uttrycka sina olika behov, sätta ord på dem?
- Hur ser flickor/kvinnor på barnmorskeresursen inom LVU- respektive LVM-vården?
- Hur ser personalen på barnmorskeresursen inom LVU- respektive LVM-vården?
- På vilket sätt kan barnmorskorna närma sig flickornas/kvinnornas situation och problem och vara till hjälp för dem?
- På vilket sätt har barnmorskeresursen bidragit att kvinnohälsovårdens område utvecklats inom LVU- respektive LVM-vården? Hur kan detta arbete fortskrida?

Teoretisk inriktning och tidigare forskning

En fördjupad förståelse av barnmorskans arbete inom LVU- och LVM-vården ställer krav på olika teoretiska infallsvinklar. I denna studie handlar det om ett teoretiskt perspektiv på barnmorskans kompetensområde, ett maktperspektiv och ett kvinnoperspektiv. Den teoretiska grundsynen i barnmorskearbete är viktigt för att belysa behandlingen. Ett maktperspektiv behövs eftersom de unga och de vuxna kvinnorna i behandlingen möts av hjälpinsatser som också innebär maktutövning. Vad som är kvinnors specifika behov och kvinnoperspektiv är viktigt för att kunna se verksamma faktorer i behandlingen.

Barnmorskeperspektiv

Barnmorskors kompetensområde är sexuell och reproduktiv omvårdnad. De arbetar för kvinnors reproduktiva hälsa inom ett mycket brett verksamhetsområde. Barnmorskor värnar särskilt om kvinnan och hennes barn och deras livsvillkor i samhället. De träffar kvinnor under hela deras livscykel från den unga skolflickan till den åldrande kvinnan. Barnmorskors arbete är hälsofrämjande, förebyggande och/eller behandlande och har stor betydelse för folkhälsan i Sverige. Barnmorskors kompetensområde omfattar:

- # kvinnans reproduktiva hälsa under hela hennes livscykel
- # vård och stöd vid normal graviditet, förlossning och barnsängstid
- # identifiering av avvikande tillstånd under graviditet, förlossning och barnsängstid, samt omvårdnad i samband med dessa tillstånd
- # främjandet av föräldraskap
- # vård av det nyfödda friska barnet samt amningsrådgivning
- # sexualitet- och preventivmedelsrådgivning för kvinnor och män
- # hälsoinformation inom reproduktiv hälsa
- # omvårdnad vid gynekologisk ohälsa.

Förutom att barnmorskan i sin yrkesroll handhar frågor runt sexualitet och reproduktion kan hennes kompetens även användas i ett bearbetande syfte, i samtal, med att förmedla kunskap och i undersökningssituationer.

Flickor inom LVU och kvinnor inom LVM har ofta ett komplext förhållande till sin kropp, kroppens funktioner och sexualitet. Kvinnors relation till sin egen kropp är sammanvävd med deras självaktning och självkänsla vilket redan från början avgör vilken position de tilldelar sig i olika situationer i livet. En speciell situation är en kroppsundersökning. För många kvinnor är en gynekologisk undersökning utlämnande och kan få allt från en läkande till mycket skadande effekt. I Linköping har gynekologerna Barbro Wijma och Karin Siwe undervisat i gynekologisk undersökning läkar- och barnmorskestudenter med professionella patienter som studenternas instruktörer och lärare som handledare utifrån 'patientpositionen' (Wijma & Siwe, 2002). Genom de erfarenheter som framkommit har en kunskap växt fram som möjliggör att via respekt förskjuta makt från undersökare till kvinnan som undersöks. Hur kvinnor blir bemötta vid en gynekologisk undersökning kan påverka deras känsla för sin kropp.

En kvinna som nedvärderar sin kropp kan vid en undersökning ha tankar som att hon exponerar inte bara sitt underliv utan även sin sexualitet, vad hon har gjort och varit med om kan undersökaren se. De kan även ha tolkningar om äckel och fulhet och att inte vara normal. Den kvinna som varit utsatt för övergrepp kan ha den mest extrema form av nedvärdering av sin egen kropp. Hon kan ha ett tankemönster som innebär att hon är benägen att tolka allt som händer på ett sätt som skapar nya upplevelser av kränkningar.

Om undersökaren inte är medveten om vilka laddningar som kan finnas hos kvinnan, och om tanken snuddar vid dem och det känns hotfullt kan undersökaren tillgripa en överdriven objektifiering av situationen vilket kan skapa upplevelser av förnedring på ett sätt som kvinnan inte kan ta eller förstå. Eftersom undersökningssituationen bygger på kroppsspråk och hur de signalerna uppfattas finns här möjligheter/faror för omedvetna attityder att slå igenom. I kroppsspråket uttrycks attityder mycket kraftfullare än i ord. Om undersökaren väljer att ge makt åt kvinnan genom att själv inta en tjänande position, ge kunskap om underlivet och förmedla en stolthet och respekt till kvinnan kan undersökningen bli kunskapsförmedlande, läkande och reparerande och i sin förlängning förskjuta makt och handlingspotential till kvinnan (Wijma & Siwe, 2002) .

Maktperspektiv

Enligt Davies och Esseveld (1989) tydliggörs förtrycksmekanismer genom att se kvinnor som aktiva subjekt som reflekterar kring sina liv. Samhället är föränderligt och kvinnor är begränsade av tidigare erfarenheter, förhärskande ideologier och sociala relationer. Mellberg påpekar

att vad som får eller inte får utrymme i det 'medvetna', som tillåts bli medvetet och synligt, beror på vilken syn som dominerar i samhället. Det historiska och kulturella sammanhanget och gällande maktrelationer bestämmer vilka erfarenheter som får sättas ord på (Mellberg, 2002). I enlighet med Davies och Essevelds (1989) tankegångar är det viktigt att synliggöra missbrukande kvinnor och deras relation till sin omgivning. Genom att låta dem göra sina röster hörda kan kunskap genereras och möjligheter öppnas att inte främst se dem som ett problem utan som handlande kvinnor med sina egna reflektioner och resurser (Trulsson, 2003).

Patienters/klienters vardagskultur är beroende av allt från kön, klass och etnicitet och kan ses som flera subkulturer (Mulinari, 1996). Vissa av dessa ligger närmre den professionella kulturens värden och normer som ses som riktmärken för 'det goda /riktiga livet' och andra kan ligga långt ifrån och belyser då kulturkrockar. Det fodrar en etisk medvetenhet och levande diskussion bland professionella hjälpare (Skau, 2001).

Varje organisation har sin interna kultur där interventioner legitimeras genom språkval, ett professionellt språk och en professionell kultur (Skau, 2001). I möten med andra professionella kulturer med andra sätt att tolka verkligheten kan de leda till reflektioner, ifrågasättanden och i sin förlängning till utveckling.

I det moderna välfärdssamhället är makt- och kontrollaspekten mindre framträdande än hjälpaspekten. Maktaspekten är en strukturellt inbyggd del i vårdens och omsorgens professionella yrkesutövning. Det finns en dubbelfunktion i professionell yrkesutövning, dels en utövare, representant för offentlig kontroll och 'maktapparat' i förhållande till befolkningen och dels en representant för samhällets hjälpsats för människor som befinner sig i en fysisk, psykisk eller social nödsituation (Skau, 2001). Att vara medveten om denna dubbla funktion och de många tvetydigheter som är förknippade med dessa roller är ett måste för att förstå vad som sker i relationer mellan patienter/klienter och vård- och omsorgsutövare ('hjälpapparat'). Detta för att inte feltolka patienters/klienters reaktioner eller beteende som i förhållande till kontroll- och maktaspekten kan vara helt förståeliga, adekvata (Skau, 2001).

Kvinnobehandling/Kvinnoperspektiv

Flickor/kvinnor med missbruksproblem har ofta bristfälliga relationer i familjen. Riskfaktorer för utveckling av missbruk hos flickor ses som brister såsom tidiga separationer, föräldrars missbruk och utsatta känslomässiga och sociala villkor (Jansson, 2002; Johnsson, 2002; Trulsson, 2002; Fridell, 1999). Överlien (2004) tar i sin avhandling upp svårigheter för personalen att tala om och att överhuvudtaget ta upp frågor om sexualitet inom ett LVU-hem. Det innefattar allt från brist på gemensam syn på sexualitet, kompetens, rädsla för att 'lyfta på locket', att inte se eller våga fråga. I avhandlingen belyses vikten av att inte betrakta flickorna som offer utan att se deras resurser och få dem att reflektera, finna sätt att hantera sin sexualitet (ibid).

Trulsson (2003) nämner att av de kvinnor hon intervjuat har varannan kvinna erfarenheter av placering i familjehem eller på institution. Hon betonar att det i många av kvinnornas berättelser är de sexuella övergrepp, som de flesta blivit utsatta för inom den egna familjen och av människor i nära omgivning som framstår som speciellt traumatiska. När kropp och integritet inte har respekterats under uppväxten är det svårt att skydda sig från självdestruktivitet som missbruk och asocialitet (Andersson, 1990; Trulsson, 1993). I studier beträffande missbrukande kvinnor får sexuella övergrepp en framskjuten plats när sambandet mellan sexuella över-

grepp och missbruk belyses (t ex Trulsson, 2003; Blomqvist, 2002; Johnsson, 2002; Maher, 1997; Ravndal & Vaglum, 1988; Rohsenow et al, 1988; Trulsson, 1998; Öjehagen, 1994). Missbruk för att ”döva”, lindra den emotionella smärtan efter övergrepp eller för att hantera sina sexuella relationer, fortsatta övergrepp, i några fall prostitution nämns av kvinnor som intervjuats (jfr Trulsson, 2003; Hedin & Månsson, 1998; Maher, 1997; Vaglum & Vaglum, 1986).

Trulsson (1998) har i sin forskning visat att graviditet är en nyckelsituation för missbrukande kvinnor. Få situationer i livet gör missbrukande kvinnor så motiverade till förändring som graviditeten vilket har varit en drivkraft för gravida kvinnor och mammor att söka sig till och fullfölja missbruksbehandling för kvinnor. Trulsson betonar att enligt Haavind (1974) är moderskapet ett kapital som för alla kvinnor innebär krav att leva upp till myten om den goda modern (Trulsson, 2003). I sin avhandling om missbrukande kvinnors möten i familj och behandling lyfter Karin Trulsson fram Skeggs syn på och förståelse av motsättning mellan sexualitet och moderlig omsorg, hur kvinnoidealet i samhället domineras av värderingar som handlar om ”respektabilitet”, där medelklasskvinnan är idealet med en ”respektabel, passande femininitet”(Trulsson, 2003; Skeggs, 1997). Detta kvinnoideal eftersträvar arbetarklassens kvinnor i brist på annat kapital som utbildning och ekonomiska tillgångar med hjälp av moderskapet och vård och omsorg om familjen. För majoriteten av kvinnor med ett missbruk som är i samhällets blickfång för insatser och ingripanden tillhör arbetarklassen. Trulsson (2003) talar om att i kvinnornas berättelser synliggörs deras önskan om respektabilitet och hur både missbruk och sexuella gränsöverskridanden i samband med detta väcker skam. Samtidigt är sexualiteten ett kapital, som kvinnorna kan dra nytta av (jfr Skeggs, 1997). Kvinnorna uttrycker behov av en kontrollerad sexualitet, som de har svårt att leva upp till (Trulsson, 2003). Kvinnor i missbruk tvingas hantera detta dilemma utifrån sin underordnade position. Moderskapet ses som ett hopp, att genom det väntade barnet få ett värde som mamma, ett ökat socialt värde. I kontakten med välfärdsapparaten är kvinnorna väl medvetna om sitt underläge. När det gäller barnen är ingripanden från samhället ett riskmoment i deras liv, som kan innebära social degradering och förlorat kapital (ibid).

Det har visat sig att tidigt och massivt stöd åt missbrukande kvinnor under graviditet och småbarnstid får långsiktiga effekter genom minskad social utsatthet och färre återfall i missbruk under barnens första levnadsår (Björkhagen Turesson, 2001; Eriksson, 1998; Trulsson & Nötesjö, 2000). Vägen ut ur missbruk kräver långsiktigt stöd (Fridell m fl, 1996). Detta belyser också Ravndal och Vaglum (1991) när de talar om hur kvinnor genom gemenskapen i en kvinnogrupp kan utveckla sin självkänsla och identitet som kvinna. Därigenom kan de få styrka och redskap att hantera en självständig relation till män och att hantera drogberoendet (se Trulsson, 2003). Detta har blivit tydligt när det gäller missbrukande flickors socialisation och i samband med kvinnobehandling (Bjerrum Nielsen & Rudberg, 1991; Trulsson, 2000, 2003).

Ur erfarenheter med arbetet på Sofia behandlingshem och teoretisk kunskap om kvinnors socialisationsprocess och position i samhället har utvecklats en behandlingsmodell där miljöterapeutiskt behandlingsarbete ligger till grund för arbete utifrån ett kvinnoteoretiskt perspektiv (Trulsson, 1993, 1998, 2003).

Modell för kvinnobehandling

I behandlingsmodellen finns fyra hörnstenar:

- individuella samtal
- väninnerrelationerna, gemenskapen med de andra kvinnorna i kollektivet
- symtomtolerans vid återfall i missbruk, trygghet att inte bli övergiven när man visar upp sina problem
- eftervården och långsiktigheten i behandlingen, på vägen till ett annat liv, med stöd och ”coaching” av behandlingshemmet.

För mammor med barn dessutom fokusering på föräldraskapet och relationen till barn.

Kvinnor som varit längre tid i behandling lyfter i intervjuer fram dessa aspekter som värdefulla i behandlingsinriktningen. Närheten till och gemenskapen med andra kvinnor ger en viktig utvecklingsmöjlighet.

Långsiktigheten i stödet betonas och betydelsen av ”möjliggörare” för kvinnorna, ursprungsfamiljen, vänner och professionella (Trulsson 2003). Det sociala stödets betydelse för kvinnorna grundar sig på flera samverkande faktorer. Kvinnorna har lägre självkänsla och känner skam inför sitt missbruk i större utsträckning än män. I det tidiga stadiet av uppbrottsperioden ställer detta krav på motivationsarbete och att förmedla hopp om möjliga vägar ut ur missbruk. Det kräver en ny syn på sig själv genom ökad självkänsla och en ny roll i arbete och utbildning. Många kvinnor behöver stöd i sin identitetsutveckling, framför allt i samspel med andra kvinnor. Därtill krävs en utveckling av nya bärkraftiga nätverk och eventuellt en reparation av gamla. För de kvinnor som har barn behövs ett långsiktigt stöd i föräldraskapet. De behöver stöd i sin relation till barnen för att kunna se dem som självständiga individer med egna behov (Trulsson, 1993, 1998, 2003).

Denna modell och arbetsmetod har varit en inspirationskälla för arbetet inom LVM-hemmet Lunden och bemötandet av de gravida missbrukande kvinnorna.

2 Lunden

Missbrukarvården

Lagstiftningen

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som reglerar tvångsvården började gälla 1982 och ersatte då nykterhetsvårdslagen. Tvångsvården har både en omvårdnadsaspekt och en kontrollaspekt, denna dubbelhet präglar hela socialtjänsten. Den både värnar om den enskilda människan och är en viktig del av samhällets kontrollapparat. Under tvångs-omhändertagandet skall klienterna motiveras att värna och ta ansvar över sig själva och att övergå i vård i frivilliga former.

Lagen anger beslutsgången – socialtjänsten utreder, länsrätten beslutar och klargör att vårdgivaren är Statens institutionsstyrelse (SiS). Vårdtiden är angiven, normalt sex månader, och ingrepp kan ske i särskilda/akuta situationer, som ett omedelbart omhändertagande. Det är också angivet i lagen att det skall finnas institutioner med olika grad av säkerhet, där Lunden tillhör institutioner med ”särskilt noggrann tillsyn”, en sluten avdelning.

Institutionen

I december 1992 startade LVM-hemmet Lunden sin verksamhet i lokaler som tidigare inrymt Rättspsykiatri i Lund. Byggnaden ligger inom S:t Lars sjukhusområde vilket betyder närhet till psykiatri och kort avstånd till annan sjukvård.

Det finns 12 platser och vårdtiden är maximalt 6 månader. Lundens uppdrag är att motivera kvinnorna att ta emot vård i öppen form och eventuell utredning om socialtjänsten så vill. Utredningen består av olika delar (utlåtande från psykolog, läkare, kontaktpersoner) och utmynnar i en sammanfattande bedömning och behandlingsrekommendation. Efter 3 månader försöksutskrivs kvinnorna till en öppnare vårdform enligt § 27 LVM. Fungerar inte § 27-placeringen kommer kvinnorna tillbaka till Lunden för en ny planering och utvärdering om vad som gick fel för att sedan åka iväg igen, kanske till samma placering eller så görs en helt ny. Lundens uppdrag kommer alltid från socialtjänsten som deltar aktivt i planeringen.

Lunden består av en låst avdelning. Vid intagning blir kvinnorna avgiftade om så krävs, och då vistas man på Lundens avgiftningsavdelning för att sedan flytta in på vårdavdelningen.

Verksamheten inne på vårdavdelningen erbjuder strukturerade kontaktmannasamtal, samtalsforum kring missbruk, känslor, en kartläggning av deras missbruk, somatisk och psykiatrisk bedömning, psykologkontakt och även fysisk och social träning såsom miljöterapeutiska aktiviteter (städning, köksarbete m m). Kvinnorna har tillgång till strukturerade och planerade aktiviteter utanför Lunden i sällskap med personal. Tydliga ramar, fast struktur där relationen mellan kvinnorna och personalen är viktiga delar i arbetet. Under de 10 år som verksamheten funnits har arbetet utvecklats och målinriktats till att sätta klienten i centrum. Målet är att bedriva motivationsarbete utifrån individuella behandlingsplaner som grundas på en social, somatisk och psykiatrisk utredning samt en genomgång av tidigare behandlingsinsatser.

Kvinnor inom LVM

Främsta indikationerna för tvång är fara för eget liv, livshotande eller en uppenbar risk att förstöra sitt liv och att kvinnan avvisar frivillig vård. Lagen används främst beträffande kvinnor som har kontakt med socialtjänsten och där denna kontakt inte har lett till att på frivillig väg komma ifrån missbruket.

Att bli omhändertagen med tvång, att bli inlåst, upplevs negativt och väcker hos de flesta kvinnor en känsla av maktlöshet och att vara utlämnad. Omhändertagandet ses ofta från kvinnornas sida som oförklarligt och godtyckligt, och många anser att de inte fått någon riktig chans till frivillig vård (Svensson, 2001). Det medför att det tar tid att acceptera situationen och att se personalen som en resurs. Det innebär även en svår balans med olika sätt att förhålla sig till personalen och medklienterna. Dels att bli respekterad bland de andra kvinnorna (medklienter) och hitta sin position i gruppen, och dels att finna ett sätt att vara tillsammans med personalen och att ibland våga bygga förtroendefulla relationer (Svensson, 2001).

De flesta kvinnorna på Lunden kommer från södra Sverige, framför allt Malmöregionen, och från Stockholm och Göteborg, det vill säga storstadsregionerna. Målgruppen innehåller fyra kategorier, yngre narkotikamissbrukare, yngre blandmissbrukare, kvinnor med svåra psykiska störningar och gravida missbrukande kvinnor. Främst rör det sig om yngre kvinnor med narkotika- eller blandmissbruk, företrädesvis intravenöst amfetamin- och heroinmissbruk med sidomissbruk av bensodiazepiner och hasch. Åldersfördelningen är i huvudsak mellan 20 och 30 år.

Ungdomsvården

Lagstiftningen

Lagen om vård av unga (LVU) har gett sitt namn till de så kallade paragraf 12-hemmen. De övergick 1994 från landstinget till statligt huvudmannaskap och har sedan dess ökat i antal. Det har tillkommit flera flickinstitutioner, bland dem Lundens ungdomshem. Ungdomar aktuella för LVU-vård är de som har ”svåra problem och störningar” som skall vara så allvarliga att de inte går att hantera på öppna institutioner eller familjehem, det vill säga en komplex problembild med kriminalitet, missbruk och/eller psykosociala problem som psykiska hälsoproblem och problem med skola med rymningar och vagabondering samt sexuell promiskuitet. Beslut om LVU-vård fattas i länsrätten utifrån den sociala utredning som hemkommunen gjort med tillhörande vårdplan. Efter sex månader omprövas beslutet. Ansökan om plats görs hos SiS. Tillsammans med socialtjänsten och övriga nätverk utreds den ungas vårdbehov och resurser.

Institutionen

I april 1997 startade Lundens ungdomshem sin verksamhet i lokaler i direkt anslutning till LVM-hemmet Lunden. Det fanns en tanke om att de båda verksamheterna, som sorterar under samma huvudman och med gemensam institutionschef, skulle kunna samordnas och att gemensamma resurser, kunskaper och erfarenheter inom kvinnlig missbruksvård skulle nyttjas optimalt.

Lundens ungdomshem har 7 platser för utredning och/eller motivation för flickor 17–20 år, samt 3 akuta avgiftningsplatser. Vårdtiden varierar från 2 veckor för avgiftningsplats till 4 månader för flickor som kommer till Lunden för utredning och/eller motivation. Lunden är ett slutet §12-hem, flickornas rörelsefrihet är starkt begränsad och avdelningen är bemannad

dygnet runt. Flickorna har möjlighet till strukturerade och planerade aktiviteter utanför avdelningen i sällskap med personal.

Flickor som kommer till Lunden för utredning och/eller motivation vistas under en eventuell avgiftning på intagningsavdelningen och kommer sedan in på avdelningen. Verksamheten erbjuder samtal med kontaktpersoner, samtalsforum kring missbruk och relationer, skola, skapande verksamhet, bildterapi, ridning, fysisk träning, social färdighetsträning, miljöterapeutiska aktiviteter (städning, köksarbete) med mera.

På ungdomshemmet startade april 2001 Pedagogiskt Centrum. Med klienten i fokus infördes en ny arbetsmodell. Från socialtjänsten inkommer ett individuellt behandlingsuppdrag som integreras i denna arbetsmodell som består av utrednings- och motivationsarbete. Flickorna deltar i Lundens verksamhet med fokus på det individuella behandlingsuppdraget.

Kring varje klient bildas ett resursteam som skall säkerställa att flickan deltar i en verksamhet som motsvarar hennes specifika behov.

Flickor inom LVU

Omhändertagandet av flickor har framförallt historiskt motiverats i termer av sexualitet, moral och missbruk, och idag i termer av brister i omsorgen, otillbörligt utnyttjande, socialt nedbrytande beteende (Andersson, 1998). Få flickor har kriminalitet som orsak till omhändertagande men däremot en kombination av missbruk, konflikter med familj med rymningar, och misstanke om eller sexuellt utnyttjande/övergrepp.

Inom låsta avdelningar placeras de som omhändertagits enligt paragraf 8, eget beteende, akut omhändertagande, placerade för utredning eller i avvaktan på rättsliga beslut eller andra åtgärder. LVU-institutionen skall övervaka och tillrättaföra flickor med både ett tydligt behandlings- och kontrollsyfte. Behandlingsplanen skall vara det dokument som flickan och hennes familj, socialtjänsten och institutionen aktivt samarbetar kring.

På Lundens ungdomshem ökar antalet intagna flickor som är utlandsfödda, sådana som är födda och uppväxta i Sverige och även adopterade. Det framkommer behov av mer kunskap för att kunna möta och hantera flickor med multikulturella familjeförhållanden (Thalén, 2001).

Tvångsvård ur ett etiskt perspektiv

På Lunden är man redan vid anställningsförfarandet tydlig med att man som behandlare måste ha tagit ställning beträffande tvångsomhändertagandet för att kunna ge klienterna ett respektfullt bemötande. Ett tvångsomhändertagande kan aktivera individens känsla av övergrepp och kränkning. Behandlaren måste därför vara tydlig i sitt ställningstagande att tvångsvård är berättigat, samtidigt som han/hon som person måste vara ödmjuk och visa respekt och förståelse inför den situation klienten befinner sig i och de känslor som det väcker. Det måste också vara tydligt att allt som klienten säger och visar i beteende för enskild personal också innebär att övrig personal informeras och om det är av vikt för hennes utredning och behandling kommer den informationen att framgå. Regler och rutiner som finns uppställda för verksamheten såsom begränsningar i telefonkontakter, inskränkningar av besök, fasta gemensamma måltidstider m m måste följas. Klientens post öppnas i närvaro av personal och droganalyser lämnas under uppsikt.

Personalen på Lunden

Ledningen på Lunden består av en institutionschef och en biträdande institutionschef samt en föreståndare och en biträdande föreståndare för respektive enhet. Personalgruppen består av utredningssekreterare, behandlingspersonal och timanställd personal, med yrkesgrupper som socionomer, socialpedagoger, mentalskötare, sjuksköterskor, fritidspedagoger, psykolog och läkare. Kvinnodominansen är stor i den fasta personalgruppen medan män dominerar bland de timanställda. Personalen är välutbildad och stor vikt läggs vid handledning, vidareutbildning, systematisk dokumentation och genomförande av utredningar och behandlingsplanering. På Lunden har man en kvinnoorienterad miljöterapeutisk grund med en kognitiv påbyggnad som förhållningssätt. Det kan beskrivas ”att förhållandet att själva miljön kring klienten systematiskt formas så att hennes positiva sidor har möjlighet att utvecklas” (Thalén, 2001). Behandlingsassistenterna bedriver i sin roll som kontaktpersoner psykosocialt behandlingsarbete där tonvikten ligger på de individuellt inriktade insatserna. Detta innebär att man eftersträvar att klienten går in i en relation med kontaktpersonen, och en förändringsprocess som baseras på ett personligt förhållande i vardagssituationer. Behandlaren har dubbla roller såväl kontrollerande och resursförmedlande som stödjande och terapeutisk (Thalén, 2001).

3 Tillvägagångssätt

Under projekttiden har vi valt olika kompletterande sätt att dokumentera barnmorskeresursen på Lunden. Besöksstatistik har samlats in, dagboksanteckningar har gjorts, berättelser av barnmorskorna och olika personalkategorier, enkäter, intervjuer av kvinnor och flickor både under deras tid på Lunden och efteråt har antecknats.

Besöksstatistik

Barnmorskorna har fört statistik på antal besök och antalet gruppträffar på respektive avdelning.

Från SiS klientdokumentationssystem har uppgifter hämtats över antalet inskrivna flickor och kvinnor under projekttiden.

Dagboksanteckningar

Dagboksanteckningar har förts fortlöpande. De handlar om de teman som tagits upp under gruppträffar och personalens kommentarer. Gruppträffarna som beskrivs i rapporten bygger delvis på dagboksanteckningar.

Barnmorskeberättelser och personalens berättelser

De har gjorts både av den barnmorska/personal som har deltagit före projektets start och av dem som har kommit till efter projektets start. De baseras även på dagboksanteckningar tillsammans med de erfarenheter som växt fram under årens lopp.

Enkäter

Enkäter delades ut under perioden augusti 2001 till februari–maj 2002 (bilaga 4). Vi tog också kontakt med två andra kvinnoinstitutioner där vi bad att enkäter skulle delas ut vilket accepterades, men det genomfördes aldrig. Kontakterna med de andra LVM-hemmen sköttes under planeringstiden av utredningssekreteraren som slutade för annan tjänst innan projektet kom igång. När vi planerade enkäterna var vi okunniga om mängden av olika intervjuer och forskningsenkäter som flickorna/kvinnorna redan deltog i. De ville därför ofta inte medverka eller göra några kommentarer i en ytterligare enkät (bilaga 3).

Intervjuer

Eftersom enkäterna blev dåligt ifyllda och ofta glömdes bort, bestämde vi vid projektets slut att komplettera med intervjuer av flickor och kvinnor som hade varit på Lunden under projekttiden. Intervjuerna baserades på de frågor vi hade ställt i enkäterna. Vi kompletterade med intervjuer av personalen inom både LVU- och LVM-enheterna.

Intervjuer med klienter

Totalt intervjuades fyra flickor från LVU- och sju kvinnor från LVM-enheten, varav tre gravida.

På LVM-enheten intervjuades en gravid kvinna som fortfarande var på Lunden vid projektets slut. Två kvinnor som hade varit på Lunden under sina graviditeter intervjuades. En av dem hade fött barn under våren 2002 och en under sommaren 2001.

På LVM-enheten intervjuades två kvinnor som fortfarande var kvar vid projektets slut. Dessutom tillfrågades två kvinnor som hade varit inskrivna under 2001 och våren 2002, via

deras kontaktpersoner, om att bli intervjuade. En kvinna intervjuades per telefon och en kvinna vid en träff på stan. Likadant gjordes på LVU-enheten, intervjuer med två flickor som var inskrivna vid projektets slut och två flickor som hade varit på LVU under 2001 respektive 2002.

Intervjuer med personal

Totalt intervjuades tre av personalen på varje enhet. Intervjuer genomfördes med behandlingsassistenter på båda enheterna, en av sjuksköterskorna på varje enhet, kontaktperson till gravida. Det var de som deltagit i gruppverksamhet, men också en på varje enhet som inte hade varit med. Dessutom intervjuade Katrin Lavröd (en av kontaktpersonerna till gravida) tre personer som tidigare hade varit kontaktpersoner och en utredningssekreterare på LVM-hemmet (bilaga 2).

Barnmorskesamverkan vid Lunden i siffror

Inom LVM:

2001: totalt 47 kvinnor inskrivna av dem 4 gravida 1 av dessa gjorde abort
enskilda/individuella besök: 46
graviditetskontroller: 28 fördelade på 3 gravida
gruppträffar: 30

2002: totalt 41 kvinnor inskrivna varav 5 gravida 1 av dessa gjorde abort
enskilda/individuella besök : 45
graviditetskontroller: 46 fördelade på 3 gravida
gruppträffar: 38

Inom LVU:

2001:
enskilda/individuella besök: 33
gruppträffar 1 gång i veckan förutom semestermånad

2002:
enskilda/individuella besök 17
gruppträffar: 1 gång i veckan förutom semestermånad

4 Gravida kvinnor på LVM

Barnmorskornas berättelse

Det arbetssätt med de gravida som finns idag har vuxit fram successivt. Idag innebär det barnmorskebesök/samtal minst en gång i veckan efter individuell bedömning, tillgänglighet via mobil vid behov, tidig start av föreberedelser inför förlossning och föräldraskap och nära samarbete och planering i graviditetsgruppen. De gravida kvinnorna håller noga reda på besöken och ser fram emot dem på mödravården och kontrollerna på Lunden.

”Barnmorsketräffarna är ett viktigt stöd för att komma vidare.”

”Barnmorskorna lyssnar på vad jag säger, ger inte bara information. Det är bra att de kommer hit, att det är täta kontroller och att barnmorskan är tillgänglig på mobil. Det blir mer stöd och lättare att få svar på frågor och det man undrar över.”

”Jag fick möjlighet att tänka efter och inse att man måste bryta ... jag ville inte fortsätta med det livet för barnets skull också.”

Kvinnorna på LVM som är gravida vill också ha stöd och hjälp med sin graviditet, men de är samtidigt fullt upptagna med att hantera sin situation som tvångsomhändertagna missbrukare.

Många frågor rör den oro de känner för att ha skadat sitt barn och vi kan för det mesta lugna denna oro men inte helt ta bort den. Det är en oro som finns hos alla gravida men med en annan livserfarenhet och ”referensram”. Det är något man måste leva med, eftersom inga garantier kan ges. För Lundens kvinnor är det viktigt att ha brutit med missbruket så tidigt i graviditeten som möjligt. Vi poängterar det, möter deras oro och talar om den, men utan att fokusera på det som redan varit. Vi ägnar mycket tid och kraft på att få dem att bli ”mentalt gravida”, så att de tar in, förstår att de väntar barn. Att bekräfta graviditeten, visa på de tecken och signaler som kroppen och barnet ger dem. Det kan vara både positiva och negativa aspekter för kvinnan.

Vi hör ofta att missbrukare är så manipulativa och att det gäller att akta sig så att man inte blir ett medel i deras manipulation. Det har inte alltid varit enkelt att bemöta de behov som kvinnorna uttryckt, och framförallt inte att alltid förstå vad de står för. När vi har reflekterat och tänkt kring svåra situationer har vi därför börjat vända lite på begreppen, och hittat en väg som känns framkomlig för oss (med det inte sagt att den är enkel, men den blir ett arbetsredskap).

Vad är egentligen manipulation? Jo, på sätt och vis ett negativt ord för strategier att hantera sin situation. Självklart letar kvinnorna efter strategier för att hantera sin situation, och vår uppgift är inte att värdera dessa strategier, utan att försöka förstå vad det är som skall hantearas.

En central fråga är möjligheten att få behålla sitt barn, och detta är ju något oerhört laddat som kan leda en kvinna till helt desperata handlingar. Då blir lögnen, undflyendet eller den synbara anpassningen varken konstig eller ful. Den är bara ett sätt att försöka hantera en oerhört svår situation där viljan att ta hand om sitt barn kolliderar med de krafter som missbruket utgör.

Det är viktigt att inte rygga för det som kan upplevas som negativa aspekter med att vara gravid. Att tala om det som de flesta gravida kvinnor känner inte är tillåtet att ta upp, det man tror sig vara ensam om, inte vågar nämna och som skapar rädsla att inte duga. Annars förstärks en idealiserad kvinnobild ”den goda modern” som vi alla indirekt matas med och omedvetet försöker leva upp till. Det är en idealbild som många gånger är starkare för dessa kvinnor.

De kroppsliga förändringarna, att acceptera viktuppgång och barnet i sin kropp kan skapa mycket ångest. Flertalet kvinnor har ätstörningar, har varit utsatta för kränkningar och övergrepp som skapar både rädsla och ångest och som kan vara svårt att uttrycka och hantera. Det berörs allmänt i samtal för att göra det tillåtet att tala om och hur det kan komma till uttryck och kännas både under graviditeten och vid förlossningen. Det tas upp mer ingående beroende på den individuella kvinnans gensvar eller önskemål.

”Jag gick på vanlig mödravård under min graviditet, förlossning och efteråt. Det var OK, det var vanliga kontroller, mäta magen och sånt som hör till, inget extra, vilket jag nu har förstått att jag hade behövt.”

”Jag mår dåligt efter förlossningen, tror att jag hade en sådan där psykos. Men det var ingen som brydde sig om hur jag mårde, jag skulle ha behövt mer hjälp och stöd både under graviditeten och efter.”

De gravida kvinnorna på Lunden har förutom sitt missbruk att ta itu med, även en frivillig eller av tvångsvården avbruten kontakt med sin man. Förutom drogberoendet som gör sig påmint går mycket energi åt att bekymra sig för mannen som oftast finns kvar i sitt missbruk. Det kan också vara ett hinder för att kunna fokusera på graviditeten och barnet. Det är viktigt att kvinnorna känner att det är tillåtet att uttrycka sina frustrationer, rädslor och få förståelse för den svåra situation som de befinner sig i.

”Bra att ni stod fast men ändå inte tvingade er på en, tog det lite i taget.”

”Jättebra att det var samma barnmorska och att det var täta besök och att hon kunde komma extra när jag behövde det, det kändes tryggt.”

”Tack vare att personalen på Lunden och barnmorskan trodde på mig och stöttade mig för en öppenvårdsbehandling efter tiden på Lunden har det gått bra. Och att jag fick fortsatt stöd av samma barnmorska hela graviditeten och även efteråt. Utan det stödet skulle det inte ha gått.”

Informationsbroschyrer, tidningar och böcker delas och lånas ut efter önskemål. Besöken styrs i första hand av deras frågor men de får även information om vanliga graviditetsbesvär så att inte onödigt oro skall uppstå.

Förlossningsförberedelser planeras individuellt, börjar tidigt i graviditeten och ofta med ett besök på förlossningsavdelningen. Förberedelsen kan ske lite i taget, upprepas kanske flera gånger och styrs helt efter kvinnornas mående och önskemål. Vi har efter önskemål visat förlossningsfilmer, där förutom de gravida kvinnorna även andra kvinnor velat vara med, både de som har fått barn och de som inte ännu har några barn. Filmerna har valts för att inte skrämman men ändå visar hur det kan kännas och vad som händer.

”Jag fick mycket förberedelse inför förlossningen. Det var bra ingen försköning utan jag var inställd på att det kunde göra ont. Men, ändå inte skrämmd utan jag fick också, säj, kunskap om vad som kunde hjälpa mot smärtan.”

”Bra med mycket förklaringar men lite efterhand ... fick chans att tänka efter och fråga om igen.”

I de stunder den gravida kvinnan upplever att vi ser hela hennes problematik, hennes önsningar kring barnet och hennes missbruksproblem kan mötena bli fina och värdefulla och leda till en genuin diskussion om vad som är viktigt för graviditeten och det väntade barnet.

Sjuksköterskans berättelse

Redan vid Lundens start fanns det intagna kvinnor som var gravida men som man inte visste hur man skulle bäst ta hand om. Anders Åberg, överläkaren vid Specialistmödravården på Lunds universitetssjukhus blev på ett tidigt stadium inkopplad, och var den läkare vi kunde ta kontakt med i krissituationer. Till exempel om en kvinna togs in, var mycket påverkad och vi snabbt behövde få veta i vilken vecka hon var och hur barnet mådde. Många gånger hade kvinnan ingen påbörjad mödravårdskontakt eller hade vid något enstaka tillfälle varit hos en barnmorska som inte visste att hon missbrukade. En av mina uppgifter var att kontakta den barnmorskans och få mödravårdspapperen överförda till Lunden. Vid samtalen med barnmorskorna framkom ofta att de misstänkt någon form av problem men hade inte kunnat sätta fingret på vad. De uttryckte ofta en tacksamhet över att ha blivit kontaktade.

Avgiftning av gravida

Vi fick allt fler gravida till Lunden och avgiftningar med metadon blev aktuellt. Vi hade aldrig hanterat metadon och använde det inte som avgiftning till någon heroinmissbrukare. Men genom studiebesöket i Danmark, kontakt med narkomanvårdsavdelningen i Lund och avgiftningsenheten i Malmö fick vi in klienter med behov av metadon. Det förde arbetet med de gravida klienterna in i en ny fas. Vi kunde inte delegera medicinutdelningen till behandlingsassistenterna, vilket innebar övertids- och extra arbete för sjuksköterskorna. Det fanns en läkare på avgiftnings- och metadonavdelningen som hjälpte oss med de första inställningarna på de gravida, senare gjordes det av vår egen läkare. Avgiftningen brukade ta 2 till 3 veckor.

Det skapade en del problem att ha en kvinna inne på en låst institution bland andra kvinnor under avgiftning men utan metadon. Trots att alla visste varför den gravida kvinnan fick metadon skapade det ändå en hel del avundsjuka från andra klienter. Det skapar också oro över om den gravida kvinnan fått rätt dos när hon påtalade att hon inte mådde bra, och hur barnet mådde av det. Hur avgiftning och nedtrappning av metadon skall gå till finns inget konsensus om bland läkare. Vissa förespråkar att metadonet skall vara kvar över förlossningen, för att kunna undersöka barnet och avgifta det om det finns behov. Andra tycker det är en fördel att både kvinnan och fostret är avgiftade innan förlossningen. Vissa problem har uppstått då vi fått kvinnor från en klinik med ett annat sätt att hantera metadon under graviditet och som blivit lovade en avgiftning som sedan inte stämmer överens med vår policy.

I dag har vi provat att avgifta några kvinnor med Subutex. Det är lättare att sköta och kvinnan mår bättre. Det positiva med Subutex är att det är lättare att justera dosen och att avgiftningstiden blir kortare. Vi upplever det som att kvinnan tar fortare tag i graviditeten, är mer tillgänglig att arbeta med sig själv och verkar ha mer energi och kraft att arbeta med sitt

missbruk. Fortfarande är det bland läkare många diskussioner om avgiftning av gravida kvinnor med Subutex och om de skall stå kvar på Subutex över förlossningen. Några enhetliga rekommendationer eller lång beprövad erfarenhet finns inte. På Lunden avgiftas kvinnan innan beräknad förlossning precis som med metadon.

Ett stort problem för kvinnan är rädslan att ha skadat fostret genom missbruket. Men vanligt är också rädsla att inte klara av att vara mamma, att inte kunna sluta missbruka och ibland att klara av att lämna mannen. Det är många omställningar för kvinnan att ta tag i på kort tid och drogsuget gör att kvinnorna vacklar. Genom att bygga upp ett förtroende och arbeta intensivt med det kan man ofta komma nära kvinnorna. De vill ha hjälp. Det som ofta framkom var vikten av att bli behandlad som alla andra gravida kvinnor, att ha inflytande, få kontinuerlig information, egen kontroll över vad som händer så långt möjligt. Blodprovssvar och svar på andra undersökningar delges kvinnan direkt för att minska oron. Många kvinnor är rädda för kroppens förändringar till följd av graviditeten. Många är rädda för förändringar i utseendet, viktökningen, att inte vara lika attraktiva i sina mäns ögon, som ofta är deras trygghet. En situation som ibland uppstår är ett val mellan graviditeten och mannen. Då kan kvinnan behöva extra mycket stöd för att kunna sätta sig själv och barnet på första plats. Har hon en aktiv och deltagande man, får han vara delaktig så mycket som möjligt.

Rädslan för kroppsliga förändringar kan också bota i en tidigare ätstörning. Även en psykiatrisk problematik med ångest, psykosgenombrott och depression kan framkomma. Några av de kvinnor vi haft har stått på neuroleptika i perioder under graviditeten. Ångesten har kunnat ge sig uttryck i att slå sig på magen, vilja ta ut barnet, att inte känna att de har kontroll över sin egen kropp. Många tankar om den egna barndomen uppkommer och flera har sagt: "Jag ska inte bli som min mamma." Denna problematik har nog varit bland det svåraste att hantera i arbetet med de gravida kvinnorna. Vår maktlöshet kan kännas stor och deras förtvivlan är så uppenbar.

Avslutande reflektion

Att arbeta på Lunden som sjuksköterska är roligt och stimulerande, speciellt arbetet med de gravida kvinnorna. För de allra flesta kvinnor som fött barn efter vistelsen på LVM-hemmet har det gått bra. Graviditeten i sig blir en vändpunkt. Kvinnorna får en ny innebörd i livet och något annat att fokusera på än drogerna och en eventuell man. Många av kvinnorna mognar under tiden. En del som har haft svårt att acceptera graviditeten eller har haft det jobbigt vid förlossningen, har visat sig vara de som det i längden går bäst för. De har på något vis plockat fram en urkraft och satt sig själva åt sidan. Det kan bli en positiv upplevelse som de har med sig hela livet och ger dem styrka som de aldrig upplevt tidigare och är stolta över. Det är lätt för många att ge upp, men det är den biten vi måste arbeta med – att stärka kvinnan så att hon orkar hela vägen, att se sig själv och bejaka känslan av att vara gravid. Under de månader som kvinnan vistas på Lunden måste vi arbeta för att allt skall gå bra i ett långt perspektiv.

En kontaktpersons berättelse och referat från intervjuer med personal

Som en del i denna rapport intervjuades fem personer, tre av dem har arbetat på LVM-hemmet Lunden som behandlingsassistenter, en har haft uppdrag som utredningssekreterare med speciellt intresse för gravida klienter och en arbetar just nu som behandlingsassistent för gravida klienter.

Syftet med att intervjua dessa personer har varit att få insyn i hur de idag reflekterar över sin tidigare arbetssituation. Översiktligt berör frågorna vad som fungerat bra respektive mindre bra, vilka kvaliteter och kompetenser hos behandlande personal som anses vara viktiga i arbetet med gravida missbrukare och vilka förbättringar de anser bör eftersträvas (bilaga 2).

Grundtanken hos samtliga informanter är att en missbrukande kvinna som är gravid ser möjligheter att förändra sitt liv och att kvinnorna är mer mottagliga för motivationsarbete i denna situation. Att kvinnan skall "få lov" att vara gravid, förbereda sig och genomgå en helt vanlig förlossning betonas. Som kontaktperson för en gravid missbrukare krävs mer och andra resurser och tid, större känslomässigt engagemang och man upplever större ansvar. *"Det är viktigt att arbeta fram en handlingsplan inför förlossningen i god tid"* vilket i sin tur kräver mycket samarbete med socialtjänsten, speciellt eftersom det ofta förekommer diskussioner om att omhänderta det nyfödda barnet. Med tanke på att kvinnorna är resurskrävande är det viktigt att behandlaren är kontaktperson åt en klient åt gången för att möjliggöra täta kontaktsamtal och att det finns tid att skapa en relation.

Egenskaper hos behandlarna som betonas i intervjuerna är att de har tålmod, är lyhörda och att *"de inte fördömer och förfasar sig över kvinnornas berättelser utan vågar lyssna till deras ångest"*. Dessutom skall personalen vara klar med sin inställning till gravida missbrukare. Samtidigt bör man vara förberedd på att relationen till kvinnan oftast blir väldigt stark, man kan komma varandra oerhört nära.

Det påpekas ett flertal gånger under intervjuerna att behandlarna regelbundet behöver uppdatera sina kunskaper om droger, missbruk, återfall, både generellt och specifikt inriktat mot fosterskador. Det krävs också utbildning för att kontinuerligt förbättra vårt arbetssätt och bemötandet av de gravida missbrukarna. Vikten av ett nära samarbete med barnmorskorna och kvinnokliniken och betydelsen av graviditetsgruppen påpekas i detta sammanhang.

Vikten av att ha kontinuerlig kontakt med mamma–barnhem och utredningshem för att uppdatera sig på de olika behandlingsinriktningarna betonas. Även ett mer utvecklat samarbete med Ambulatoriegruppen i Malmö och motsvarande enheter som arbetar med gravida missbrukande kvinnor för informationsutbyte gagnar de gravida kvinnorna på Lunden. Inom personalgruppen upplevs det vara av största vikt att *"stötta varandra och våga ventilera tankar och idéer"*, graviditetsgruppen är ett viktigt forum.

Att placeringar följs upp under och efter LVM-tiden är ett arbetsmoment som de flesta av informanterna saknar och uppfattar att det skulle bidra till ett förbättrat arbetssätt och vara till gagn för både klienten och personalen som ett tillitsskapande arbetsverktyg.

Mer fokus behövs även på det sociala nätverket kring kvinnan, vilket stöd och hjälp som finns utöver de professionella kontakter hon har. Även arbetet med pappans delaktighet och roll behöver stärkas. Socialtjänsten skall vara en aktiv part i detta arbete. Samarbetet med barnmorska och övrig personal på kvinnokliniken är mycket viktigt och behöver mer utrymme i arbetet med gravida missbrukare. Som kontaktperson fungerar man dessutom ofta som stöd och ibland som "tolk" för klientens räkning gentemot övriga myndigheter. Avslutningsvis är det högst betydelsefullt att förmedla hopp till klienten och stärka hennes mammaroll.

Framtida utveckling

Tanken att de gravida kvinnorna skulle få möjlighet att placeras tillsammans på en egen liten enhet återkommer vid flera tillfällen vid intervjuerna och personalen uppfattar det som att det skulle främja motivationsarbetet ytterligare *”gravida klienter ska få vara för sig själva”*.

De gravida kvinnorna skall slippa *”tjafset på avdelningen om droger, planerade drogintag och avvikningar”*. Om de gravida kvinnorna placeras inom en egen enhet skulle det möjliggöra en kraftfullare insats från personalgruppen.

Vidare framkommer önskemål om mer tid för klienten och deras behov av att utföra ärenden, titta på barnvagnar och barnkläder, delta i mödravårdsgymnastik med mera. *”De ska få möjlighet att känna sig gravida på olika sätt”*.

Samtliga informanter poängterar att det är eftersträvansvärt att arbeta för att mamma och barn inte skall separeras direkt efter förlossningen utan att en långsiktig planering sker efter noggrann utredning av förälder–barnrelationen oftast i samband med en institutionsplacering. Denna kan resultera både i ett fortsatt liv tillsammans eller i en placering av barnet. Därmed minskar emellertid risken för totalt avbruten kontakt mellan barn och förälder.

På frågan som handlar om viktiga kontakter med yttvärlden betonar vikten av att arbeta med pappan och hans roll under graviditeten och likaså den gravida kvinnans familj/nätverk. *”Det är viktigt att samla ihop nätverket kring klienten, speciellt med tanke på att utvärdera vilka framtida stödresurser som finns att tillgå.”*

Även på denna fråga svarar samtliga informanter att socialtjänsten är viktig för att komma fram till en bra placering för mamma och barn, ibland för båda föräldrarna.

Flera informanter betonar att barnmorskan är mycket betydelsefull för den gravida kvinnan, dels för sina kunskaper, dels för att hon är *”utanför myndigheten och blir en frizon”*. Slutligen framhålls vikten av utvärdering av arbetsinsatsen – *”det måste finnas resurser till reflektion för att kunna förbättra arbetssättet”*.

De gravida kvinnornas uppfattning om Lunden

De gravida kvinnorna kommenterade spontant LVM-hemmet Lunden mer generellt, de jämför också sinsemellan olika LVM-hem och vad de står för. Flera kvinnor var mycket negativa till tvångsvården när de var där, men i ett längre perspektiv såg de annorlunda på tiden på Lunden.

”Jag fick möjlighet att tänka efter och inse att man måste bryta, för barnets skull också.”

”Jättebra att vara på Lunden, aldrig tänkt så förut.”

”Det var ändå något som passade mig, jag behövde det fast det var jobbigt att vara inlåst. Men jag tror inte att jag hade fixat det annars.”

Att känna sig sedd och bli lyssnad på, att få stöd i sina tankar och önskemål om behandling eller vidare planering i samtalen med ansvariga socialsekreterare uppskattas mycket.

”Personalen på Lunden är väldigt personliga (mänskliga) jämfört med andra LVM-hem.”

”Personalen på Lunden ställde upp för mig, stöttade mig i vad jag ville, och även om det var jobbigt att vara inlåst så trivdes jag i det stora hela. Tog tid att ändra på sig, och det tar tid att jobba för det man vill.”

”Tack vare att Lunden och barnmorskan som trodde på mig gav socialen mig chans för öppenvårdsbehandling, utan det skulle det inte ha gått.”

”Det var min räddning, jag hade inte klarat det annars, det var jätteviktigt.”

”Man arbetar aktivt med att få en öppen attityd på Lunden, det har inte varit på något annat ställe där jag har varit och jag har varit på en massa ställen.”

Arbetet med gravida kvinnor idag

Graviditetsgruppen

I graviditetsgruppen möts två världar, SiS och hälso- och sjukvården. I graviditetsgruppen ingår sjuksköterska, biträdande föreståndare, barnmorska och två behandlare. Var 14:e dag samlas gruppen och diskuterar de gravida kvinnorna och följer upp hur det har gått för dem som tidigare har varit på Lunden. I början av vårt arbete som barnmorskor på denna institution var det mycket i kulturen som vi inte alls förstod. Det uppstår 'ett kulturmöte' och är ett forum för att ta upp sina funderingar, att lyssna in, reflektera, börja förstå och kunna ompröva och sist men inte minst är det som ett bra forum att vidareutveckla vården av de tvångs-omhändertagna gravida missbrukarna.

Graviditetsgruppen har gett och ger utbyte av ny kunskap och förståelse, samtidigt som vi barnmorskor inte är en del av tvångsvårdsorganisationen utan kan fortsätta att arbeta på den allmänna hälso- och sjukvårdens villkor. Just genom att inte vara en del av tvångsorganisationen, och alltså inte ha någon makt, blir det mycket lättare att hantera kvinnornas egna strategier.

Det finns också framtaget en tryckt information för de gravida som de får vid ankomsten till Lunden. I den foldern står vilka som arbetar med gravida kvinnor och vad kvinnan kan förvänta sig av vistelsen på Lunden då det gäller graviditeten och rutiner på avdelningen.

Arbetet i teamet består i att vår läkare sköter kvinnans avgiftning och psykiatriska behov med hjälp av sjuksköterskan medan barnmorskan ägnar sig åt graviditeten och förberedelserna inför förlossning och föräldraskap. Kontaktpersonerna arbetar mer praktiskt med kvinnans egen omställning både på det sociala och psykologiska planet, och utredningssekreteraren har en sammanlänkande funktion mellan LVM-hemmet och socialförvaltningen.

Utredningssekreteraren deltar i möten med kvinnans socialsekreterare tillsammans med kontaktpersonerna. Socialkontoren behöver ofta vägledning i hur de skall hantera problematiken kring kvinnan och barnet efter förlossningen. Vid några tillfällen har det beslutats om LVU-omhändertagande av barnet direkt vid förlossningen, men Lundens personal förespråkar så långt möjligt att kvinnan och barnet skall få en start tillsammans.

I och med att barnmorskorna har fått tillhörighet på specialistmödravården, är det avsatt tid en dag i veckan på Kvinnoklinikens specialistmödravård i Lund för kvinnor som behöver undersökas. Men fortfarande kommer barnmorskan ner till Lunden för kontroller en till två gånger per vecka. Allt styrs av kvinnans behov.

Fler anställda sjuksköterskor på Lunden, större kunskap om riskgraviditeter, det nära samarbete med barnmorskorna som är tillgängliga att nås vid behov via mobil, har lett till en större trygghet för kvinnan.

Mer tid läggs idag på de gravida kvinnorna. Förutom barnmorskekontroller har de minst ett samtal, helst två, i veckan med sin kontaktperson, förutom tid för inköp av spädbarnsutrustning, studiebesök och andra besök som krävs.

Ett diskussionsämne i graviditetsgruppen har varit hur vi får in papporna i vårt arbete. En del pappor finns på andra institutioner, och vår upplevelse är att de institutionerna ofta inte tänker på att de hanterar en blivande förälder. Här känns det som om det skulle finnas mycket att göra. Samarbetet med MVC och KK skulle behöva utvecklas, till exempel genom att ha en viss kontakt med deras ordinarie föräldrakurser, öppna visningar på förlossningen och så vidare. Detta skulle också kunna öka förståelsen på de aktuella avdelningarna på Kvinnokliniken, eftersom vi märker att det finns mycket rädsla och osäkerhet hos personalen.

Ett fungerande nätverk skall vara uppbyggt runt kvinnan och hon skall helst åka till ett mamma-barnhem för utredning. Om kvinnan där väljer att gå, har barnet ändå en trygghet på hemmet. Kvinnan får i den situationen inte bilden av att socialbyrån omhändertar barnet, utan att hon själv väljer att gå. Detta kan ha stor betydelse för den framtida kontakten mellan mamman och barnet. Flera möten krävs tillsammans med personal från socialbyrån och familjerätten som representerar barnet. Vid dessa träffar, då även den gravida kvinnan deltar, är det viktigt med ärlighet och rakhets. Hon måste känna att vi arbetar för och med henne.

På Lunden fanns tidigare inte en rutin att utvärdera arbetsinsatsen, det blev mest ”informellt eftersnack”. Det är viktigt att ha uppföljning under kvinnans hela LVM-tid och speciellt med tanke på klienternas tidigare ofta negativa erfarenheter, att det har brustit i uppföljning och kontinuitet. Behandlaren visar att personalen finns kvar, följer upp, också med en förhoppning om bestående effekter.

I nuläget har Lundens graviditetsgrupp bestämt att ha uppföljning var 14:e dag efter förlossningen under LVM-tiden samt var tredje månad upp till ett år efter utskrivning.

5 Gruppverksamhet och enskilda kontakter; LVM

Barnmorskornas erfarenheter och kvinnornas kommentarer från intervjuerna

Gruppverksamheten har under projektet drivits framförallt av barnmorskan tillsammans med kontaktpersonerna.

Varje vecka har vi haft en gruppträff även kallad 'kvinnoprät' på lite skiftande tider, under sista året är 'barnmorskegruppen' på Lunden förlagd till tisdag förmiddag. Vi brukar samlas i ett TV-rum där vi talar om ett tema som berör kvinnorna.

I och med att gruppverksamheten utökades till en gång i veckan som ett fast inslag ingick det mer naturligt i veckoprogrammet. En tydligare struktur växte fram efter en tids regelbundna gruppträffar. Förutom en av barnmorskorna och kvinnorna deltog en av personalen, oftast en av dem som även är kontaktperson för de gravida. Temat hade vi för det mesta bestämt veckan före för att kunna förberedas, men ofta ledde samtalet in på andra teman beroende på gruppens intresse och konstellation.

Teman som behandlats har varit preventivmedel, sexualhistoria, sexuellt överförbara sjukdomar, menscykel, vanliga underlivsbesvär, graviditet och missbruk, relation till mamma, väninnor, män, familjevåld, normalitet, könsroller/makt, våld, pornografi, prostitution, runda ord, kvinnokroppen, regeringens nya 'missbrukspengar', att våga vara sig själv. Mycket livliga diskussioner blev det runt temat 'värdet som tjej', hur vi behandlar varandra och om att 'ställa upp' sexuellt. Ett tema som också engagerade kvinnorna mycket handlade om kvinnokroppen, de krav som kvinnor och även flickor känner, och de förebilder som finns t ex 'barbie idealet' och om anorexi och bulimi. 'Vad är fri kärlek' var ett tema som togs upp, om vad det innebär att kunna säga nej och vad det betyder när en kvinna säger nej. Efter ett tema om relationer till män bjöd vi efter önskemål från kvinnorna in en manlig personal. Vi talade då med fokus på kvinnors och mäns olika roller i olika sammanhang, hur det är att ta plats i en grupp, om mäns/killars känslor, tankar och sätt att uttrycka t ex förälskelse, när en relation tar slut eller när man funderar över det andra könet.

Kvinnornas kommentarer:

"Bra att kunna 'prata av sig', allt togs upp, ibland mer fasta ämnen, teman, men det var vi som styrde. Det får en att tänka efter."

"Det är bra att lära sig sitta och prata som 'vanliga människor', om tjej grejer. Men det beror på gruppen om det fungerar och om det är avslappnat."

"Man kan fråga om saker som man inte frågar vanlig personal om, som är pinsamt."

Ofta fortsatte livliga samtal och diskussioner i rökrummet. Men mer personliga synpunkter och erfarenheter kom fram vid de enskilda besöken, sådant man inte ville eller vågade ta upp i grupp.

”Eftersnacket i rökrummet var viktigt. En gång pratades det om roller. Det är bra att se på olika situationer exempelvis som att gå på gatan, för alla har sina föreställningar och man får en annan syn på det när man hör hur de andra ser på det.”

”Man får ut frustrationer när man vågar prata om det svåra. På något sätt känns det ångestdämpande, det lättar att tala om det.”

Beroende på temat blev vissa av samtalen 'kvinnor till kvinnor' där rollen som personal eller barnmorska försvann en stund. När vi som kvinnor hade liknande erfarenheter uppstod gemenskap.

”Personal som satt med var OK, det var bra. De lät oss ha ordet, lät oss styra, la sig inte i som personal utan talade bara som kvinnor de också ... annars ser man lätt personalen 'som ett jävla hot' speciellt i början, det blir ofta bättre mot slutet.”

”Det är viktigt att barnmorskan kommer utifrån, inte är personal. Det känns inte så hotfullt att prata med henne, varken för en själv eller i förhållande till gruppen. Hon blir som en 'ventil'.”

”Bra att barnmorskan kommer utifrån, skild från personalen och inte inblandad i bråk och konflikter.”

Andra gånger var rollerna mycket tydliga, med mer eller mindre aktiva diskussioner, allt beroende på gruppkonstellationen och eventuella ledare bland kvinnorna och deras makt över gruppen som kan tysta gruppen.

”Det är också viktigt att det är OK att gå ifrån mitt i, när man inte orkar sitta där längre. Att det är accepterat att man gör det.”

”Ibland var det tuff stämning, precis som om alla skulle 'gnälla så mycket som möjligt'. Ofta var det för att många mådde dåligt, då var det lättare när gruppen var liten.”

”Det väcker tankar och det är bra att det var tillåtet att vara strulig, tillåtet att ställa krav och att ni ändå lyssnade på oss.”

Det fanns gånger då det inte gick att ha någon gruppverksamhet, oro, delad avdelning etc. Då satt vi istället och småpratade eller talade enskilt med vissa kvinnor som önskade det.

Vid de enskilda kontakterna framhöll kvinnorna vikten av gruppträffarna trots att de själva varit tysta eller kanske mest betett sig som en fnittrig eller trotsig tonåring, och de kunde ursäkta sig för detta.

”Det hjälper att tänka efter, men det tar tid att förändra sig. Det är bra att bara sitta och lyssna också, man orkar/vågar inte alltid prata.”

”Ja, det är bra att bara lyssna, höra att andra har varit med om liknande. Fast det är jobbigt att ta i de tankarna, då var det bra att kunna tala med barnmorskan enskilt också.”

”Jag ville först inte vara med, men fastnade där, satte mig bara, det var avslappnat. Bra att man bara får lov att ramla in.”

” Det berodde också på stämningen, man påverkas av om det är en öppen attityd. Om det är tillåtet att prata, om någon vågar börja, då ’ släpper det’ och ofta vågar fler. Det känns som man arbetar aktivt med det på Lunden. Jag har inte varit på något annat ställe där man gör det.”

Kvinnorna visar ofta ett stort behov av att prata, samtalen blir gärna starka och klienterna stöttar varandra i de upplevelser de skildrar.

”Pratade inte så mycket om det var stökigt i gruppen eller en tuff stämning. Ibland blev det prat i rökrummet efteråt beroende på temat.”

”Det är viktigt, ett sätt att få igång prat om sådant som inte blir av annars. Många vill prata men vågar inte börja, det är ju pinsamt.”

”Även om det är svårt att börja prata, så lättar det om man får ur sig en del.”

Två dagboksberättelser från gruppverksamheten

En tisdag förmiddag när vi slagit oss ner för att ha ”grupp” inledde en klient, vi kan kalla henne Vera, med att säga:

”Idag tycker jag att vi ska ta tala om dig Lena och om din graviditet. För jag satt också på LVM-hem när jag var gravid, och jag tror jag vet hur du känner det fast att du inte säger något. Alla bara pratar om graviditeten och barnet. Ingen tänker på hur jävligt det är att inte få vara med sin kille fast att man är skitkär. Jag tänkte hela tiden att bara LVMet går ut så sticker jag till min kille och skiter i barnet. Och det planerade jag för hela tiden. Jag längtade efter min kille så jag höll på att gå under. Tänk er att vänta barn med någon och inte kunna dela det, det var fruktansvärt.”

Då svarar Lena, hon som aldrig brukar säga något eller visa något, då säger hon med tårar i ögonen:

”Precis så känns det, kunde jag välja så skulle jag välja min kille och skita i barnet. Jag är jättekär i honom och tänker på honom hela tiden och oroar mig. Barnet är ingen person som jag kan känna något för.”

Sedan fortsatte gruppträffen med att vi pratade om det svåra att lämna sin kille, och det svåra att vara gravid och inte kunna dela det med någon som står en nära. Vi pratade också om detta att visa upp det som alla förväntar sig, d v s att barnet är jätteviktigt men att inne i sig själv, helt ensam, känna något helt annat.

En annan tisdag förmiddag satt vi och pratade om sexuella övergrepp. En klient, Eva, berättar om att hon i samband med sin prostitution blivit våldtagen och hur vidrigt det var. Och minst lika vidrigt var det att när hon anmälde våldtäkten blev hon inte trodd. Så småningom blev det rättegång och hon blev bara ifrågasatt. Hela självkänslan blev hotad av denna kränkande behandling.

Mitt i denna berättelse kommer en annan klient, Nina, och sätter sig i soffan Hon inleder med att säga:

”Sånt här skall man inte prata om. Man mår bara sämre om man pratar om det, det är bättre att försöka glömma.”

Och så blir det tyst en liten stund, sen fortsätter Nina:

”Jag blev sexuellt utnyttjad redan som barn av en släkting, och ingen trodde på mig, bara en gammal kvinna i släkten men henne litade ingen annan på.”

”Men man ska inte prata om sånt här ...”

”Sen har jag prostituerat mig mycket, till och med när jag var gravid ända till sjunde månaden, jag fattade inte förrän en kompis sa det att det finns kunder som tänker på att man är gravid.”

Nina snyftar in emellan och säger att hon inte vill prata om detta. Ingen annan säger något, ingen hinner för Nina bara fortsätter och fortsätter:

”Sen på en institution blev jag under lång tid utnyttjad av en personal, och jag träffade honom efter jag kommit ut. Han plockade upp mig i en bil, och jag klarade inte av att säga nej. Det var mitt eget fel.”

Då griper Eva in med kraft:

”Det är visst inte ditt fel. En personal får aldrig göra så, det är ju det som är att vara personal att kunna säga nej även om du så bjöd ut dig.”

Och Eva fortsätter att stötta Nina som nu är ledsen.

”Här sitter jag och bara pratar och pratar, men det kändes skönt att bara få vräka det ur sig.”

Reflektioner kring gruppverksamheten

Vi är mycket förvånade och tagna över all den klokskap som fullständigt bubblar fram när ett samtalsämne berör en kvinna. Det känns som en verksamhet väl värd att bevara och utveckla, men den är behäftad med ett antal problem som behöver lösas.

Det är viktigt att samma personal från Lunden är med varje gång och att denna person är intresserad och engagerad. Det behövs för att kunna samla kvinnorna och skapa en kontinuitet både när det gäller ledning och deltagande. Kvinnorna har ibland svårt att hålla tråden och att sitta kvar. Därför behövs en tydlig struktur. Kan vi skapa kontinuitet och struktur skulle ett tema kunna leva kvar under en längre tid och utvecklas och fördjupas.

I de samtal vi har haft kommer tydligt fram behov att sätta ord på upplevelser man haft. Att få prata om de kränkningar man varit med om och få bekräftat sitt värde som människa och kvinna trots kränkningarna.

Kvinnorna vill gärna få veta mer om ”vanligt liv”. Många känner sig osäkra och okunniga och söker kunskap för att kunna fungera i icke-missbrukarsammanhang.

Det blir fruktbart att jämföra t ex missbrukarförhållande med vanliga förhållanden eftersom kvinnans underordning förstärks bland missbrukarna.

Många kvinnor uttrycker dåligt självförtroende grundat i att känna sig misslyckad och utanför, och de uttrycker ofta ett behov av kunskap om vanligt liv och att få träna på vanliga situationer.

Prostitution, övergrepp, familjevåld, relationer till sin ursprungsfamilj och sin egen föräldroll är problematiska områden för dessa kvinnor, något som det verkar vara svårt att få hjälp med. Det finns så mycket skuld som kvinnorna behöver hjälp att "lasta av". Det vi i en grupp kan hjälpa till med är att lyfta fram olika teman och visa att de går att tala om, visa att vi inte blir rädda och backar eller dömer.

Tankar om vidareutveckling

Strax efter årsskiftet 2002/03 träffades barnmorska (Birthe) och behandlingspersonal (Katrin) för att diskutera aktuella teman till barnmorskegruppen/tisdagsträffarna. Tanken var att barnmorskan skulle hålla i träffarna var tredje vecka och att behandlingspersonal skulle ansvara för de övriga träffarna. Vi fick vetskap om hur ungdomshemmet skulle lägga upp sina träffar, modifierade utifrån vår enhet och kom fram till att ett tolv veckors rullande schema skulle passa vår verksamhet. Samtidigt tyckte vi att eftersom barnmorsketräffarna skulle få förändrad karaktär var ett namnbyte nödvändigt. Gemensamt med personalgruppen togs beslut om att tisdagsträffarna numera skall heta Kvinnoforum.

Vid de tillfällen som barnmorskan ansvarar för Kvinnoforum ligger fokus på anatomi, preventivmedel, graviditet, könssjukdomar, prostitution och övergrepp. De övriga träffarna tar man upp allt från anknytningsteorier till social färdighetsträning.

Vid en träff med kvinnorna framkom en mängd idéer om vilka teman de skulle tycka vara intressanta att lära mer om och diskutera. Jämförelsen mellan personalens tankar och kvinnornas spontana önskemål visade att vi hade liknande tankegångar. Utifrån detta bestämdes att agendan enligt nedan skulle följas under tolv veckor för att sedan utvärderas. När vi la fram förslaget till gruppen om vilket innehåll agendan skulle ha blev kvinnornas reaktion positiv och de uttryckte "har vi varit med och sagt allt detta". Deras förvåning över att blivit tagna på allvar var stor.

V 1	Anatomi, könssjukdomar	Barnmorska
V 2	Anknytningsteorier	Behandlingspersonal
V 3	Uppföljning anknytningsteorier, självförtroende	Behandlingspersonal
V 4	Preventivmedel, graviditet, abort	Barnmorska
V 5	Diskussion "det vanliga livet"	Behandlingspersonal
V 6	Familjerelationer, föräldrar, vara förälder	Behandlingspersonal
V 7	Prostitution, övergrepp	Barnmorska
V 8	Vänskaps- och kärleksrelationer	Behandlingspersonal
V 9	Värderingar – klädsel, språk, kvinnosyn	Behandlingspersonal
V 10	Sexualitet – olika perspektiv	Barnmorska
V 11	Etik och moral	Behandlingspersonal
V 12	Social träning – rollspel söka jobb	Behandlingspersonal

Erfarenheter från enskilda kontakter med barnmorskor

Barnmorskornas berättelse och kvinnornas kommentarer

Personalen men framförallt Lundens sjuksköterska informerar kvinnorna om möjligheten att träffa barnmorska för undersökning när de kommer till LVM-hemmet. Många gånger har besökstider bokats efter gruppträffar. I anslutning till träffarna tar många tillfället i akt att tala med barnmorskan enskilt en stund och boka tid. Undersökningarna gjordes till och med 2001 på den mödravårdscentral där en av barnmorskorna hade sin huvudsakliga anställning. Från

och med januari 2002 fick vi tillgång till ett rum på kvinnoklinikens mottagning vid Universitetssjukhuset i Lund.

De flesta kvinnorna har tidigare mest gjort akuta besök på kvinnokliniker och få har erfarenhet av bra möten. De har ofta upplevt bemötandet som kränkande eller nonchalant utan att riktigt förstå vad som hade gjorts och för det mesta har de varit påverkade vid undersökningen. I den situationen är det lätt att upprepa, reaktivera känslan av kränkningar som många bär med sig efter att i enstaka eller flera situationer i livet ha varit utsatt för våld och övergrepp. Även den omedvetenhet som ofta finns hos undersökaren förstärker och bekräftar kvinnans känsla av värdelöshet och därmed ökar hennes ångest ytterligare.

”Jag var på gynekologisk kontroll en gång och tog cancerprov (cellprov). Det var jobbigt, de skickade ett brev att jag skulle opereras och jag sövdes ner, men vet inte riktigt vad de gjorde. Jag har många oklarheter runt det, och det fanns ingen att prata med eller som förklarade vad det var eller vad som skulle hända. Jag var helt inställd på cancer.”

Kvinnors tidigare upplevelser av utsatthet har medfört att de undvikit gynekologbesök eller har upplevt stort obehag. Därför reserverades alltid god tid för besöken. Vi betonar att kvinnan inte var tvungen att genomgå en undersökning vid barnmorskebesök. Ofta vill de ändå få det gjort när de väl var där, men en del får en ny tid. Kvinnorna får styra undersökningssituationen, bestämma om undersökningen skall ske eller inte. För att kvinnan skall få full kontroll över den för henne obehagliga situationen får hon noggrann information om hur undersökningen går till. Vad som sker och känns vid en undersökning benämns konsekvent med kvinnans språk för att hon själv skall få ord för att kunna ställa frågor och öka sina kunskaper. Att ”serva dem”, att de får bestämma in i minsta till synes oväsentliga detaljer och att se till att det blir så bekvämt som möjligt är symboliskt viktigt för att visa respekt och att markera kvinnans rätt till egen kontroll på vad som sker. Som undersökare skall man vara lyhörd och låta kvinnan styra takten, vänta in, för att hon inte skall återuppleva eller öka hennes utsatthet. Om något gör ont skall barnmorskan bekräfta hennes upplevelse och fråga om kvinnan vill att undersökningen fortsätter. Att ge kvinnan kontroll över undersökningssituationen ger henne en möjlighet till en slags upprättelse, och kan ses som en maktförskjutning som bidrar att hon kan känna ett ökat värde.

Att våga fråga om tidigare upplevelser av utsatthet, av våld i olika situationer eller övergrepp visar respekt och förmedlar att hennes upplevelse av sin kropp och sexualitet har ett värde.

”Det är bra med pratbesök först, att det är OK. Det kändes bra att ha sett henne, hört om henne innan, fast det var jobbigt att komma till sjukhusmiljön på KK.”

”Bra att ha träffat barnmorskan före besöket. Barnmorskan ger mycket information och man kan fråga saker som man inte frågar vanlig personal.”

”Jag hade flera tider som jag avbokade, jag har svårt för undersökning, fast barnmorskan var jättebra, försiktig och noga. Hon var bra att tala med och jag vet att jag kan söka upp henne om jag behöver något.”

”OK, barnmorskan var bra, jag tycker inte att undersökningen är så jobbig, har gjort det så många gånger.”

Många av besöken känns som en uppföljning av sådant som startat tidigare men som man inte fullföljt på grund av missbruket. Efter undersökning är kvinnorna ofta oerhört lättade och förvånade att det inte var som förut, att det ändå kunde kännas okej. Ofta berättar kvinnorna om upplevda kränkningar och vad de varit med om. Jag har lärt mig mycket av deras berättelser, som även har hjälpt mig att hela tiden reflektera och få större förståelse för deras situation.

”Det är viktigt att man vågar prata om svåra saker som prostitution ... vad som kan ha hänt en, om jag har fått någon skada ... Det gör att det på ett sätt kan kännas lite lättare efteråt.”

”Bra att man får mer information. Det är pinsamt att fråga vanlig personal, och många frågor undviks annars. Och så är det viktigt med en mänsklig barnmorska, att det inte blir stelt.”

Graviditetstester, cellprovtagning, provtagning för eventuella sexuellt överförbara sjukdomar, preventivmedel är de vanligaste orsakerna till besök.

Graviditetstester och preventivmedel. Flera kvinnor har barn och uttrycker stor stolthet över dessa. Det finns en längtan hos flera kvinnor efter graviditet och barn, men ett samtidigt ansvarstagande att detta inte är rätt tillfälle i livet.

Sexuellt överförbara sjukdomar. Kvinnorna är rädda för könssjukdomar, tycker att det är äckligt. Det blir viktigt att förklara att smitta kan vem som helst råka ut för, och att bekräfta dem som kvinnor och mammor.

Cellprovtagning (screening för förstadium till cervixcancer). Flera av kvinnorna har inte deltagit i den allmänna provtagningen på grund av sin livssituation. Med prostitution och våld har kvinnorna en ökad risk för infektioner och därmed cellförändringar och vi tar frikostigt prover även på de yngre kvinnorna.

Efter en undersökning som upplevs acceptabel eller positiv är det många kvinnor som berättar om svåra saker de varit med om såsom separationer, misshandel, våldtäkter och övergrepp. De flesta kvinnorna har prostituerat sig, och många har utsatts för sexuella övergrepp och våld både som barn och vuxna. Det blir ofta ett längre samtal om skuld känslor, att 'kunna lätta på' och sätta in dessa i ett vidare sammanhang. Det kan även bli samtal för att kunna motivera kvinnan att våga tala mer om vad som hänt och våga begära behandling eller terapi för dessa trauman speciellt vilka möjligheter som finns vid deras val av familjehem respektive behandlingshem.

Personalens syn på gruppverksamheten och enskilda kontakter

Om gruppträffarna

Inom LVM har barnmorskeprojektet funnit sin form successivt under projektiden. Barnmorskorna har varit den fasta punkten och upplägget har under projektet varit baserat på teman men vi har låtit kvinnorna styra mycket själva. De i personalen som också är kontaktpersoner för gravida har engagerats i gruppträffarna.

”Det är bra med kontinuitet, en och samma barnmorska. Det underlättar dessutom att personalen får tid till annat under gruppträffarna.”

”Det var svårare i början när det inte ingick naturligt, nu är det självklart med barnmorskans närvaro. Vi pratar inte så mycket i personalgruppen om det, det blir inte av, det är så mycket annat som avhandlas.”

”Nu är det mer självklart, accepterat än i början av projektet. Kanske beror det också på personalens attityd, sätt att informera, tala om det som något som självklart ingår i verksamheten.”

Vi frågade om personalen får kommentarer från kvinnorna och vad de uppfattade att kvinnorna själva tyckte, både positivt och negativt.

”Mest är det positiva kommentarer om grupperna.”

”Ibland är klienterna allmänt struliga och negativa, det beror mycket på gruppkonstellationen. Men det uppskattas att sitta i grupp, det är en bra träning och de kan stärka varandra.”

”De behöver mer än ’det vanliga’. Barnmorskan kan svara på alla frågor och på ett djupare plan än vi kan med våra egna erfarenheter att ha fått barn, vara kvinna etc.”

Personalens uppfattning om de ämnen som diskuteras är att det är lättare att börja tala om utifrån barnmorskans yrkesroll och kunskapsområde. Ämnen som tas upp gör att fler vågar, det blir mer tillåtet för kvinnorna och underlättar när de hör att andra har liknande problem.

”Gruppdiskussionerna är viktiga, att någon annan beskriver känslor och situationer som de inte kan sätta ord på, och de nickar med, vågar tänka på det.”

”Viktigt att de hör att andra har liknande problem.”

”Det kan öppna för att tala om känsliga saker, att lyfta på locket. Det kan vara övergrepp, deras skuld känslor, problem med sexualitet. Att höra om andras liknande erfarenheter, att det är tillåtet att tala om, får finnas med.”

”Jag har mest varit kontaktperson åt dem som också är sjuka psykiskt. De har ofta dålig kontakt med sitt inre och vad de tidigare har upplevt som kanske är bara alldeles för mycket för att överhuvudtaget kunna ta upp det till medvetandet/ytan.”

Vi frågade också om både positiva och negativa reaktioner efter gruppträffarna.

”Barnmorskorna kan svara på alla frågor och har ett naturligt sätt att relatera till tjejernas situation/erfarenheter och missbruk, de vet att de vet och de tycker ofta att det känns bra ...”

”Vi har haft kvällar då det har blivit diskussion om prostitution, det har varit bra. Det negativa är mest att de tycker att det känns pinsamt att tala om, t ex vissa preventivmedel. För att inte tala om könssjukdomar, som de ofta tycker är äckligt.”

”Det blir en annan roll kvinnor emellan, personalen blir mänsklig i det sammanhanget. Kvinnorna har ofta en snedvriden bild om ’normala kvinnor’, de får se likheter, ser att vi inte skiljer oss åt så mycket.”

Slutligen efterfrågade vi idéer, deras tankar för att utveckla och förbättra.

”Barnmorskorna skulle kunna användas i utbildningar av personalen.”

”Barnmorskorna är en resurs, som kunde vara mer med i verksamheten, som i graviditetsgruppen. Ett kunskapsutbyte, kanske behövs en samtalsgrupp med personalen, ett forum för möten och utvärdering.”

Om enskilda kontakter

Personalen betonar att det är bra att undersökningarna sker skilt från verksamheten, att barnmorskorna är vana, kända och att kvinnorna oftast har träffat dem innan. Kvinnorna kan bara komma dit och prata i en avslappnad och tillåtande atmosfär utan att känna något tvång att undersökas. Sjuksköterskan betonar även tryggheten att ha barnmorskorna att konsultera speciellt vid akuta behov.

”Det är bra att de vet att de inte måste undersökas, att det är OK med nytt besök ... och att de oftast har träffat barnmorskan i gruppverksamheten.”

”Många av kvinnorna har aldrig tidigare frivilligt genomgått en gynekologisk undersökning utan enbart i ett akut skede. De fasar ibland för undersökning, men uttrycker efteråt en lättnad över att ha blivit väl behandlade. De övervinner en svårighet och det tror jag påverkar deras självkänsla.”

Kvinnorna talar ibland efteråt om besöken med sin kontaktperson eller den som följt med till mottagningen. Men det är mest någon enstaka kommentar om hur de har känt sig bemötta.

”Nej, de brukar inte säga så mycket, kanske någon direkt praktisk information till sjuksköterskan. De vill ha det diskret och håller det för sig själva, men ibland kanske informationen behöver upprepas.”

”Efteråt har de ofta berömt barnmorskan, att de känt sig bemötta med respekt, att hon var försiktig ”nätt på händerna” och att det var inte så farligt eller så jobbigt som de hade föreställt sig eller upplevt tidigare.”

Vi frågade också om förslag till förbättring och egna reflektioner.

”Det är ett bra samarbete, det har blivit ännu bättre med barnmorskornas tillgänglighet i och med mobiltelefonerna, det är möjligt att ringa utanför vanliga tider och ställa frågor.”

”Det är viktigt att kommunicera om det är något speciellt, men samarbetet flyter bra, det känns tryggt.”

”Personlig lämplighet viktig, en fingertoppskänsla, respekt, hanterbarheten, visa att man står kvar.”

”Det positiva som projektet har medfört är att barnmorskorna har blivit kända av flera klienter på Lunden. De har fått ett ansikte på barnmorskan, kan komma med frågor innan, eller efter träffarna, ta upp olika problem generellt sett som inte var knutna till deras egna personer. Även att få respons och höra att de andra tjejerna också hade funderat på samma sak. Jag tror att det underlättar för kvinnorna när de sedan åker för undersökning. Barnmorskan är en verklig person och de har redan mött henne.”

Det framgår av intervjuerna att det har tagit tid för personalen att se träffarna som en resurs och som ett självklart inslag i verksamheten. Träffarna ses som en avlastning för personalen och ett sätt att få en ingång, en öppnare atmosfär för att tala med kvinnorna om ämnen som sexualitet, övergrepp och relationer som annars inte faller sig naturligt. Även att rollerna i gruppträffen blir annorlunda, både för kvinnorna och för personalen, det blir mer prat kvinna till kvinna. Det ger möjligheter till öppenhet, en annan relation än den vardagliga personal-klient. Det kan underlätta i motivationsarbetet och även påverka acceptansen i gruppen av intagna kvinnor, vad man får prata öppet och med personalen om. Det beror också på gruppkonstellationen. Men även när det har varit stökiga grupper och mer hotfull stämning har gruppträffarna kommenterats av både personal och kvinnor som något positivt, något som trots allt lättar på stämningen.

De enskilda kontakterna sköts diskret och få är inblandade. Mest blir det praktiska saker med sjuksköterskan eller läkaren. Samtidigt blir det en trygghet att personalen känner till hur det fungerar och rutiner runt omkring. Personalen betonar också vikten av att barnmorskan är känd på Lunden, att de andra kvinnorna kommenterar att barnmorskorna är okej och att det dessutom finns möjlighet att tala enskilt med henne i samband med gruppträffarna.

6 Gruppverksamhet och enskilda kontakter; LVU

Erfarenheter från gruppverksamheter: Inledning av behandlingspersonal

Barnmorskeprojektet har möjliggjort att en samtalsgrupp kring sex och samlevnad, könsroller, relationer etc. har kunnat ingå som en gruppaktivitet inom den verksamhet som benämns Pedagogiskt Centrum inom Lundens ungdomshem. Gruppträffarna har kallats barnmorskegruppen och har pågått regelbundet 1½ timme i veckan sedan april 2001. Gruppen flickor har varierat över tid och ämnesval och ämnesnivå anpassats efter rådande förutsättningar. Barnmorskegruppen har vid vissa tillfällen fått ställas in p g a oroligheter på avdelningen.

Barnmorskegruppens form och innehåll diskuterades fram i en mindre arbetsgrupp där barnmorskor, lärare och behandlingsutvecklare ingick. Det skulle tillföra flickorna kunskaper men även engagera dem i samtal och diskussioner och det lämnades utrymme till dem för egna initiativ till samtalsämnena. Samtalsgruppen tog fasta på tidigare erfarenheter av flickornas behov, vad barnmorskeprojektet ville främja och vad respektive yrkeskategori i arbetsgruppen ansåg vara viktiga utgångspunkter. Efter 4 veckor utvärderade arbetsgruppen sitt arbete och fann att konceptet var hållbart men att vissa förändringar i strukturen var nödvändiga. Det var t ex nödvändigt att det var en och samma barnmorska som kom till samtalsgruppen för att flickorna skulle lära känna henne och kunna känna tillit till forumet. Det behövdes en tydligare återspeglning till övrig personal om vad som hände i barnmorskegruppen för att de skulle kunna känna delaktighet, förstå forumets syfte och kunna motivera klienterna till att delta.

Barnmorskornas berättelse med flickornas kommentarer från intervjuer

Tisdagar kl 10.30–12.00 har tiden varit avsatt för barnmorsketräffar. Flickorna har samlats tillsammans med en eller två ur den ordinarie personalen och barnmorska för att ta upp aktuella ämnen som rör sex och samlevnad.

”Det skulle vara bra med att barnmorskan var mer på Lunden, för hon kan mycket om sjukdomar och om den kvinnliga kroppen.”

”Inget sådant prat med barnmorska på de andra ställena jag har varit.”

”Det borde vara mer information om att barnmorskan finns även för prat och de tankar som dyker upp som man inte alltid vill/vågar tala med personalen om.”

Oftast har det inte funnits speciella önskemål utan vi har haft ett ämne med för dagen. I genomsnitt har barnmorskan kommit tre gånger i månaden, vissa gånger har fallit bort på grund av annat arbete. Andra gånger har träffarna blivit inställda då det varit turbulent på avdelningen eller att flickorna varit borta på grund av andra aktiviteter.

”Bra idé och ämnen, man behöver veta mer, som man tänker på, inte vågar fråga om eller sådant som inte riktigt är tillåtet att fråga om. Annars är det svårt att få till det, kommer aldrig till skott.”

”Ja, man vågar, det blir inte så pinsamt.”

”Kul att sitta och prata, och även att få tänka efter vad man egentligen tycker.”

Träffarna har sett olika ut beroende på flickornas olika bakgrund och hur de har fungerat ihop som grupp. Träffarna har därför inte kunnat följas efter strikt upplagt mönster, utan har anpassats efter dagsformen. Så har t ex träffarna under hösten 2002 förkortats till en timme eftersom det visade sig att en och en halv timme var för länge för gruppen.

”Jag pratade mest med sjuksköterskan Marie-Louise och med kontaktpersonen som jag har förtroende för.”

”Det skrämmer ibland det man pratar om, allt om sjukdomar och det är äckligt.”

”Ibland pratade vi efteråt i rökrummet, eller med andra tjejer beroende på ämnet och stämningen i gruppen. För egen del pratade jag inte med kontaktpersoner, för jag var inte speciellt förtrolig med dem.”

”När barnmorskan kom, var det inte jobbigt, men annars var det svårt att få till det. Jag ville inte ta upp det med personal eller andra tjejer.”

Gruppstorleken har varierat från en till sex deltagare. Det kan kanske tyckas märkligt att ha barnmorskegrupp med en flicka, men då hon själv önskade det fungerade det bra. Deltagandet i diskussioner har också varierat mycket. Alla har getts tillfälle att komma till tals men ingen har pressats. Vi har flera gånger sett en utveckling hos flickorna som från början suttit tysta och till synes sovit, men som har återkommit vecka efter vecka för att efter hand ta allt större del i samtalen.

”Det skulle vara mer. Det är bra att sitta i grupp, ha olika teman, kunna säga vad man tycker och prata om allt möjligt. Även att höra vad de andra tycker och personalen känns också mer som vanliga människor, när de öppnar sig.”

”Jag, var med och hörde mest på. Det är bra att lyssna på vad de andra tyckte också, mycket information. Jag fick veta mycket nytt, det väckte mycket tankar och jag funderade mycket efteråt.”

”Det var bra att höra de andra berätta, att de har liknande problem och tankar.”

Vi som personal har varit öppna och bjudit en hel del på oss själva för att ange tonen och också för att visa på det normala. Ofta har vi varit olika i åldrar, någon 25, någon 35 och någon 50 år vilket har gett en spännande bild av hur inställningen till sexualiteten har förändrats över tid och väldigt konkret hur språket förändras.

”Passar jättebra in med grupper på Lunden. Det skulle vara mer grupper, mer barnmorska på Lunden eftersom hon inte har med personalgruppen att göra. Annars måste man vara försiktig med vad man säger, det förvrängs enkelt av personal.”

”Bra med någon som kommer utifrån, som inte är personal, som man vågar prata med.”

Diskussionsämnen

Könsorganens anatomi: Det har visat sig att flickorna ofta vet väldigt lite om hur kvinnokroppen ser ut och fungerar. Attityden har från början varit: ”äsch, det där vet man ju” men det finns stora luckor i kunskaper om den egna kroppen.

Menscykel, normal mens, mensbesvär: Här gäller samma som ovan. Flickorna har fått veta varför man har ont och att det inte är något farligt eller konstigt och fått kunskap som gällt olika även alternativa smärtstillande behandlingar vid mensvärk.

När och hur sker befruktning: Även här har faktakunskapen varit begränsad. Det har väckt intresse att få veta hur, när och var befruktningen går till. Här har frågan om sterilitet och varför man inte blir gravid fått stort utrymme.

Preventivmedel: Trots att flickorna ofta tror sig veta allt om preventivmedel har det visat sig finnas en hel del kunskapsluckor. Diskussionen om biverkningar har varit viktig och fakta har kunnat ersätta ’sånt som man har hört’ om olika preventivmedel. Rent konkret har en del av flickorna också kommit till insikt om vilket preventivmedel som kan vara lämpligt för dem.

Könssjukdomar: Ett laddat och viktigt ämne om hur man blir smittad, hur man skyddar sig och hur olika sjukdomar behandlas. Här talar vi om eventuella följsjukdomar, om anmälningsplikt och smittspårning.

Kärlek – relationer: Hur ser olika relationer ut, vad betyder det för oss i olika faser i livet?

Vad tänker vi på? Människor är olika och tänker också på olika saker hos andra. Detta blir en viktig diskussion om tolerans för oliktankande.

Homo- och bisexualitet: Detta ämne berör på olika sätt, ibland har många av flickorna definierat sig som bisexuella. Här handlar det också om tolerans för olikheter.

Vad betyder könsorden som blivit skällsord? Hur låter skällsorden i olika öron? Vilka reaktioner och tankar väcker det och hur kan de tolkas av olika generationer?

Sexualitetens historia: Hur har man sett på sexualitet genom tiderna, vad har varit tillåtet? Hur ser det ut i samhället idag? Vi har många olika inriktningar. Här talar vi ibland också om våra egna sexuella historier.

Kroppsuppfattning, mode: Vad är viktigt, för vem, när det gäller utseende och mode? Här kommer vi också in på plastikoperationer av bröst och underliv.

Personalens och barnmorskans reflektioner

För att inte missförstånd skall uppkomma är det av största vikt att ett samtalsforum som innehåller teman som sexualitet och samlevnad, blir förankrat i hela personalgruppen.

Personalens egna känslor inför ämnet kan i sig utgöra hinder. Vid ett tillfälle under inkörningsperioden ville klientgruppen diskutera porrfilm utifrån ett seriöst perspektiv och föreslog att vi kanske gemensamt kunde titta på någon lämplig filmsekvens vid nästkommande tillfälle. Detta förslag väckte känslor i personalgruppen och kunde inte genomföras. Det är troligt att även en bristande tillit till forumet i sig utgjorde hinder för förslaget genomförande.

Det fanns under uppbyggnadsskedet reaktioner från manlig personal på att det endast var kvinnlig personal som skulle delta i samtalsgruppen. De ansåg att det var viktigt med en vinkling utifrån en positiv manlig synvinkel. Dessa åsikter hörsammades men arbetsgruppen ansåg att det fanns fler vinster med deltagande av enbart kvinnlig personal. En manlig personal som uttryckte sitt intresse för att delta inbjöds istället till forumet när klientgruppen var intresserad av att diskutera männens syn på sexualitet. Detta aktivitetstillfälle uppskattades mycket och hade kunnat bli ett stående inslag i barnmorskegruppen om inte personalen ifråga slutat sin anställning.

Vidareutveckling av gruppsamtalen

Efter projektets slut genomfördes en utvärdering som visade vikten av att ha en barnmorskegrupp och den infördes som del i den ordinarie verksamheten. Verksamheten har förändrats så att sjuksköterskan på ungdomshemmet är ansvarig för den tillsammans med två socionomer/ behandlingspersonal.

Ett rullande program som sträcker sig över 16 veckor är lagt och barnmorskan kommer in vid de tre av tillfällena som har direkt med barnmorskefrågor att göra. Flickorna är på Lunden för utredning minst 12 veckor, ofta upp till 16 veckor, varför vi har valt att lägga upp ett 16 veckors program.

Vid de flesta träffarna är vi 2 personal som är med.

Programpunkter:

Relationer

Skönhetsideal

Anatomi, barnmorskan kommer och föreläser

Film om homosexualitet, Beautiful Thing

RFSL kommer och föreläser

Kulturella skillnader. Vi har boken En blomma i Afrikas öken som utgångspunkt.

Mens och mensvärk. Barnmorskan kommer och föreläser

Film Jalla Jalla!. Har denna film som utgångspunkt till de två efterföljande träffarna

RFSU

Sexuella fantasier

Könssjukdomar, barnmorskan kommer och föreläser

Våld och sex

Otrohet, är det ok eller inte? Vad är otrohet? Var går min gräns?

Film Lust och olust. Vad tänker man på?

Sexmissbruk

Sexuella trakasserier. Vi talar om hur svårt det är att säga ifrån och om vart man skall vända sig.

Erfarenheter av enskilda kontakter med barnmorska: Barnmorskeberättelse med referat från intervjuer med flickor.

För de flesta flickor har besöken idag initierats av sjuksköterskan på ungdomshemmet. Några flickor har vi först träffat för ett samtal då de har kunnat ta ställning till om de vill/vågar komma med till Kvinnokliniken. Uppe på KK brukar medföljande personal stanna utanför undersökningsrummet. Vid ett par tillfällen har personal på uppmaning av flickan följt med in som stöd.

Många flickor är spända inför undersökningen och behöver först bli trygga. Besöken är väl tilltagna i tid för att anpassas till flickornas behov. Ibland leder besöket till undersökning beroende på hur flickan mår, ibland blir ett andra besök inplanerat för undersökning. Flickorna är oftast lätta att komma i kontakt med. Den första stunden kan präglas av tonårig trulighet, men förstår flickan att jag tar henne och hennes problem, tankar och liv på allvar så blir kontakten snabbt adekvat.

”OK, men obehagligt, bra att prata med sjuksköterskan om det också.”

”Det var bra att träffa henne innan undersökningen och att kunna träffa henne igen och ställa de frågor som jag glömde.”

Förklaringar och kunskap om undersökning behöver upprepas flera gånger, och ofta meddelas svar, antingen via sjuksköterskan eller direkt till flickan på Lunden, då vi kan sitta ner i lugn och ro och hon får möjlighet att ställa fler frågor.

Efter själva undersökningen kan det ofta bli spontant prat om jobbiga situationer och kränkningar de varit med om. De tar även upp tankar/funderingar som väckts vid grupp-diskussioner eller följdfrågor som de inte velat ställa i gruppen.

Anledningen till besöken skiftade, från flytningar, dålig lukt, mensproblem, oro för könssjukdomar, preventivmedel, graviditetsönskan, smärtor nertill i magen, till att träna på att våga gå till barnmorska.

Mensproblem. Flickorna blir mycket oroliga om inte mensen fungerar klockrent, och man kan lägga ner mycket tid på att förklara att detta inte är så konstigt, att det händer de flesta och att det inte är farligt.

Sexuellt överförbara sjukdomar och cellprov (cancerprov). Man vill gärna kolla sig och är intresserad av vilka sjukdomar som finns och deras konsekvenser. Flickorna tar gärna emot kondomer. Flera av flickorna tillhör en riskgrupp med tidig sexualdebut och många partners. Därför ges noga information och ett cellprov tas för att undersöka eventuellt förstadium till livmoderhalscancer. Den allmänna screening som erbjuds alla kvinnor börjar först i tjugo års ålder. Vi har funnit flera unga flickor med cellförändringar som krävde vidare undersökning och behandling.

Preventivmedel. Flera flickor använder inget preventivmedel och tror inte att de kan bli gravida. En del har inte haft menstruation under missbruket, delvis beroende av droger, men också p g a livsföringen och ätstörningar. Det är svårt att komma fram med information om vikten av att skydda sig. Det verkar finnas ett stort motstånd mot p-piller. Flickorna uttrycker rädsla för läkemedlet i sig. En del flickor verkar också övertygade om att de trots allt inte kan bli med barn.

Träna på att våga gå till barnmorskan. Många flickor upplever undersökningssituationen som jobbig, och vid flera tillfällen kom samtalet att leda vidare till samtal om övergrepp som flickan varit med om. De övergrepp som beskrivs har skett både under barndomen och senare. De flesta flickorna har utsatts för våld och flera flickor har blivit våldtagna.

Här följer beskrivning av två flickors besök hos barnmorskan

En 19-årig flicka som klagar på underlivsbesvär i form av flytningar och klåda. Vid barnmorskebesöket upptäcks först klamydia som behandlas med antibiotika och vid besöket togs cellprov som visade cellförändringar. Vid svarslämningen blir denna annars "tuffa" tjej mycket upprörd, arg, ledsen och rädd. Det krävdes mycket information och samtal. Som uppföljning blev det besök på gynekologmottagningen i Lund där vi har etablerat ett bra samarbete med en speciell kvinnlig doktor. Flickan är lågbegåvad, vilket har gjort att det krävts extra mycket information. Hon hade en stark längtan att bli gravid vilket gjorde hennes oro ännu större. Resultatet av besöket på gynekologiska mottagningen blev operation med uppföljning.

Ett annat exempel är en 19-årig flicka som aldrig hade varit hos en gynekolog eller barnmorska. Denna klient hade varit utsatt för sexuella övergrepp och misshandel, och hon var rädd för att bli undersökt. Vi erbjöd henne samtal med barnmorska till en början för att skapa förtroende. Hon fick komma och titta på ett undersökningsrum, titta på instrumenten utan någon undersökning vid denna tidpunkt. Flickan upplevde det som väldigt positivt och tryggt att kunna ta det i sin egen takt. Hon tyckte också att det var skönt att kunna prata om sina problem utan att bli pressad. Flickan pratade både med sjuksköterskan på Lunden och barnmorskan och sedan kontaktade sjuksköterskan barnmorskan vid ett flertal tillfällen som underlättade för bedömning. Tyvärr kom vi aldrig så långt så att det blev någon undersökning men vi upplevde det som om flickan fick mycket lättare att prata om sina funderingar och problem. Vi tycker att det blev väldigt positivt till slut ändå.

Personalens tankar om barnmorskeprojektet

Initialt krävdes kunskaper i gruppprocesser och gruppdynamik av deltagande personal som komplement till barnmorskans yrkeskunskaper. Det var viktigt att deltagande personal även hade ett eget engagemang för forumets innehåll för att kunna motivera flickorna att delta. Personalens kommentarer vid intervjuer:

"De vuxna sätter normer för vad som är tillåtet att prata om. Det väcker också nya tankar."

Gruppsamtalens innehåll var av den karaktären att flickornas motstånd och rädsla för det okända väcktes och därför krävdes det även att all personal var engagerad i vikten av att flickorna deltog.

"Det tas upp ämnen som man annars aldrig kommer in på, och få höra flickornas åsikter och inställningar."

"Barnmorskan har kunskap om och kan tala om frågor som inte faller sig naturligt för personalen. Flickorna har bristande kunskaper, många funderingar, och de är rädda och osäkra."

"I stort sett är personalen väldigt positiv."

Övrig personal arbetade därmed aktivt med att motivera flickorna till att delta. Forumet strukturerades tydligt för att skapa trygga förutsättningar för en samtalsgrupp.

”Det är bra, flickorna är aktiva, engagerade och nyfikna. Ibland tycker de att det är tråkiga ämnen, men de har ett eget ansvar också, det beror även på gruppkonstellationen.”

”För vissa flickor är en del ämnen tabu och pinsamma. Det beror också på gruppens sammansättning och hur flickorna mår.”

Under första fasen lades stor vikt vid att följa den uppgjorda strukturen för att som forum få barnmorskegruppen att bli en varaktig aktivitet. När formerna för själva forumet var väl inarbetade blev innehållet i barnmorskegruppen det som motiverade klienterna till ett fortsatt deltagande.

”Grupperna blir tillgängliga, det är också bra att de kan komma och gå, om det känns för svårt eller blir för nära. När det blir eftersnack i rökrummet deltar de flesta.”

När barnmorskegruppen var etablerad som en meningsfull aktivitet på ungdomshemmet blev det viktigt att personalen som deltog hade intresse av att utveckla och fördjupa innehållet istället för formen. Därmed blev det mer centralt med en bärkraftig relation mellan personal och flickor än tidigare.

”Det sätter igång en process, det kommer ibland efteråt och de frågar speciellt enskilt om svåra ämnen som övergrepp etc. Det är viktigt att tala om sexualitet, att det blir tillåtet att gå vidare i diskussionen, att skapa en öppenhet.”

Innehållet behövde utformas efter gruppens specifika behov. Deltagande personal måste vara medveten och reflektera över sin egen inställning till sexualitet och trygghet i sin kvinnoroll. Personalen måste kunna bemöta flickornas frågor kring sexualitet och på ett nyanserat och moget sätt använda sig av sina egna kunskaper och erfarenheter som verktyg i de samtal och diskussioner som uppkommer.

”Det känns OK att hålla i grupperna själv, men det är viktigt att vara förberedd. Ibland känns det svårt när frågor blir privata.”

”Det har stor betydelse att ta upp dessa ämnen. Det väcker ofta något hos dem, och de söker sig ibland till dem av personalen som finns med för vidare snack. Det beror också på hur förberedd man är och den egna attityden.”

”Det är roligt att ha hand om grupper i en längre period, tjejerna har mycket föreställningar/myter men har stor nyfikenhet. Det är inte alltid vad de har tänkt sig, då blir man en motpol om man vågar stå emot.”

Naturligtvis måste personalen även kunna hantera den grupprocess som uppstår utifrån forumets strukturerade form.

”Det är viktigt att flickorna får sätta ord på sina upplevelser. Även att lyssna och reflektera, våga prata för då blir personalen mänsklig. Men reaktioner kan komma långt efter.”

”Fast oron kommer, efteråt, de vill ha reda på mer, oron kan också bero på upplägget. Jag tror på kombinationen barnmorska och personal, och det är viktigt med uppföljning och ärlighet, ta reda på det man inte har svar på.”

Personalen betonar också att kunna nivåanpassa ämnesval efter den aktuella gruppen och t ex kunna sätta gränser som skydd för de flickor som har problem med distanslöshet. Personalen talar även om att de måste kunna bedöma om det är av relevans att vidarebefordra kunskaper, observationer eller information om den enskilda klienten som framkommer under aktivitets-tillfället. Olika personalkonstellationer har prövats för att komma fram till den personal som idag har ansvar för barnmorskegruppen utifrån ovanstående faktorer.

”Ibland blir det som de vuxna tar över, ibland är det tvunget för att centrera ämnet. Men det är en balans för om det blir mycket koncentration på det, då tappar man lätt tjejernas intresse. Det är bättre att tjejerna bollar mer sinsemellan, men inte oss och dem. Det är en process att få tjejerna att prata.”

”Det är viktigt med planering, för personalen att veta om temat som är aktuellt och att inte bli överraskade.”

Tillsammans med barnmorskan har personalen kommit fram till diskussionsfrågor och samtalsämnen anpassade efter flickornas behov samtidigt som deras egna förslag på ämnesinnehåll givetvis bejakas.

”Barnmorskan kan tala om sexualitet på ett naturligt sätt, avdramatiserat. Det ger en möjlighet för flickorna att fråga vidare, och en trygghet att kunna ta, tillåta vissa diskussioner ibland mer ytligt och ibland på ett djupare plan. Det ger också en öppning för personalen för fler samtal.”

Reflektioner vid intervjuer av personal om de enskilda kontakterna

I intervjuerna med personal har vi bett om deras reflektioner/kommentarer om de enskilda kontakterna som flickorna/kvinnorna har med barnmorskorna. Ofta beskriver de den oro som finns före besöket hos flickorna och den lättnad som infinner sig efteråt.

”Tjejerna är lättade och oftast nöjda efter.”

”Ibland har de behov att prata efteråt, om vad det betyder, upprepa information, provsvar. Kanske behövs det information i omgångar, annars frågar de mest sjuksköterskan.”

”Att bli undersökt kan innebära en trygghet, att få reda på att allt är OK. Det är även bra att komma upp på kvinnomottagningen och våga prata, sätta ord på oro.”

Vi frågade också om tankar för förbättringar förändringar, vilket ledde till kommentarer om struktur och uppföljning:

”Kanske mer struktur runt enskilda kontakter.”

”Det behövs ett sätt för uppföljning, feedback på de enskilda undersökningarna till sjuksköterskan personal så att de kan följa upp eventuella reaktioner och att informationen inte skiljer sig för mycket.”

Sjuksköterskan på ungdomshemmet upplever att det underlättar mycket med en fast barnmorska till dessa flickor, att kunna ringa till någon som känner till hur saker och ting fungerar. En barnmorska som känner både flickorna och den vårdmiljö de befinner sig i.

7 Diskussion och slutsatser

Utvecklingen av barnmorskans arbete vid LVM-hemmet Lunden har varit en lång process. Den har utvecklats successivt från 1992 till ett mer strukturerat arbetssätt, som också innebär för kvinnorna ett mer individualiserat arbetssätt. Arbetet har vuxit fram utifrån kvinnornas behov och de situationer de befinner sig i. Successivt har personalens och barnmorskornas kunskap ökat utifrån de erfarenheter som gjorts och ett nära samarbete har vuxit fram. Syftet har varit att kvinnan skall bli trygg och vara väl förberedd under graviditeten, inför förlossningen, tiden efter förlossningen och att bli förälder, vilket kräver en noggrann och långsiktig planering.

Barnmorskeresursen har inneburit att barnmorska har funnits tillgänglig för de andra kvinnorna inom LVM-hemmet, och senare även för flickorna på ungdomshemmet. Dessutom har ett forum med gruppverksamhet utvecklats där olika teman tas upp med fokus på sexualitet och samlevnadsfrågor. Här har skett en successiv utveckling med det projekt som drivits de senaste två åren och som har resulterat i ett mer strukturerat arbetssätt, ökat engagemang och delaktighet av personal inom båda enheterna.

I projektet ville vi kartlägga vilka behov som finns/kan finnas av barnmorskeresurs inom tvångsvården och om och hur kvinnor och flickor uttrycker sina behov. De erfarenheter vi har gjort visar att det fordras aktivt arbete och öppen attityd till vad som blir tillåtet att tala om och vad som är möjligt att sätta ord på. Det belyser behov av en medvetenhet om maktstrukturer och ifrågasättande av olika professionella kulturers självklara sanningar som vi i personalen tillhör, de olika roller vi medverkar i och vad det betyder i relation till klienterna.

Av egna erfarenheter uttrycker Lindenau (2001) det som ”när man är i desperat behov av hjälp är man samtidigt sämst rustad för att tillvarata sina intressen ... jag utgick ifrån att ingen ville hjälpa mig, räknade inte med att bli hörd och respekterad, utan att mötas av irritation”. Flera kvinnor och flickor uttrycker tidigare erfarenheter av att inte ha blivit sedda eller bemötts dåligt inom vård och omsorg. Hedin (2002) talar i sin forskning om att i utsatta situationer när kvinnor mådde dåligt och sökte hjälp, beskrev de flesta kvinnor incidenter med dåligt bemötande och närmast kränkande behandling.

När kvinnorna får göra sina röster hörda och blir lyssnade till, kan kunskap genereras och möjligheter öppnas att inte främst se dem som ett problem utan som handlande kvinnor med sina egna reflektioner och resurser (Trulsson, 2003). Lindenau (2001) uttrycker det som ”grunden för självkänsla och självförtroende är att man ser sig själv som ett subjekt vars känslor och åsikter är lika mycket värda som någon annans”. Ett förhållningssätt som innebär ett respektfullt och generöst bemötande kan innebära en positiv utvecklingsspiral och kan i förlängningen bidra till att kvinnornas känsla av värdelöshet kan gå över i tilltro till den egna förmågan (jfr Ravndal, 1999).

Att våga och kunna sätta ord på svåra erfarenheter och få kraft att börja bearbeta dessa kan ses som ett mål för flickor/kvinnor inom tvångsvården. Det kan uttryckas som att hjälpa dem mobilisera positiva och självläkande krafter genom att komma i kontakt med sina egna fysiska, psykiska och sociala resurser (Skau, 2001).

I intervjuerna framkommer flickornas och kvinnornas komplexa förhållande till sin kropp och sexualitet. Det belyses även i Trulssons avhandling (2003) där kvinnors strategier reflekteras

utifrån Skeggs (1997) förståelse av kvinnoideal. Skeggs talar om samhällsidealet, den respektabla medelklasskvinnan med en passande femininitet och kontrollerad sexualitet. Där arbetarklasskvinnan ses som oren och sexuellt dekadent. Detta kompenserar kvinnorna genom respektabilitet (Skeggs, 1997). Trulsson belyser detta med hur de intervjuade kvinnorna uttryckte behov av en kontrollerad sexualitet, en respektabilitet men där skam har väckts av de sexuella överträdanden som har skett i samband med missbruk (Trulsson, 2003). Både de unga flickorna inom LVU och kvinnorna inom LVM har ofta arbetarklassbakgrund och delar många erfarenheter med kvinnorna i Trulssons avhandling.

De gravida kvinnorna

Arbetet med de gravida kvinnorna inom LVM-hemmet Lunden har utvecklats till en verksamhet där de egna och andras erfarenheter tillsammans med aktuell forskning tas tillvara.

Graviditetsgruppen är, förutom genom det rent praktiska arbetet runt varje kvinna, ett forum för att integrera två olika synsätt, professionella kulturer, det inom tvångsvården och socialtjänsten med det som finns inom hälso- och sjukvården. I mötet sker ett utbyte av kunskap, reflektioner och därigenom möjlighet till vidareutveckling. Det har inneburit att arbetet med de gravida har fått en klarare struktur samtidigt som det har blivit mer individualiserat.

En medveten fokusering har varit att lyssna till kvinnans berättelse och utifrån den och den samlade kunskap som finns motivera, stötta och förbereda henne i graviditeten, för förlossningen, för barnet och att bli förälder. Att utgå från hennes tankar, önskningar kring graviditeten och barnet blir utgångspunkt för stödet och förberedelserna. Mer tid ges till varje kvinna både av kontaktpersonerna och av barnmorskan.

Genomgående framgår i intervjuerna med kvinnorna, att de ser positivt på tiden de tillbringade på Lunden. De flesta accepterar om än motvilligt tvånget, men det beror även på vilken typ av frivillig vård de eventuellt har blivit erbjudna före tvångsomhändertagandet. Det är tydligt, att de gravida missbrukande kvinnorna har fokus riktat mot barnet och inte bara sin egen situation även om en kluvenhet kan finnas. Stöd är viktigt för att stärka kvinnorna så att de orkar hela vägen, att de vågar ta till sig graviditeten, att vänta barn och sedan ta till sig barnet. Öppenhet för andra kvinnor kan sägas ingå i kvinnornas förberedelse för moderskapet (jfr Bibring et al, 1961; Trulsson, 1999). En ambivalens kan skönjas eftersom kvinnorna samtidigt ser barnet som en räddning från missbruket och anstränger sig för att leva upp till det rådande kvinnoidealet, där moderskap och omsorg om hem och barn värderas högt (jfr Skeggs, 1997). Samtidigt är de rädda för att misslyckas.

En medvetenhet behövs både hos personal och hos kvinnorna om den rädsla, ångest de bär med sig för att ha förorsakat barnet skada oavsett deras inställning till graviditeten. Graviditeten leder ofta till en ökad öppenhet hos kvinnorna för andra kvinnor, ett behov av stöd och vilja att etablera kontakter. Det bekräftar de fyra hörnstenarna, som kvinnor i behandling själva lyft fram som betydelsefulla (Trulsson, 1993, 1998, 2003).

I detta projekt betonar kvinnorna i intervjuerna vikten av *att bli lyssnade på, stöttade*. Det belyser personalens viktiga roll för motivation och stöd för att orka och våga förändra sitt liv. I sjuksköterskans berättelse betonas att *”många av kvinnorna mognar under graviditeten, de ’plockar fram en urkraft’*. *Det blir en positiv kraft som de senare i livet har med sig och visar en styrka hos sig själva som de aldrig upplevt tidigare och är stolta över*”. Vidare har tidigare

forskning visat på vikten av hur stödet förmedlas (Hessle, 1991; Skårner, 2001) och stödpersonernas förmåga att mobilisera resurser åt kvinnan (Hedin & Månsson, 1998).

Kontinuitet och tillgänglighet av barnmorska betonades av kvinnorna vid intervjuerna. Även förberedelsen inför förlossning, föräldraskap och graviditetskontroller skapar en nära relation som ofta blir förtroendefull. Att skapa en egen relation till barnmorska betonar kvinnorna som viktigt, där fokus inte är missbruket utan graviditeten, barnet och föräldraskapet.

Tidigare forskning har visat på den öppenhet och det förtroende som kvinnorna ger i relation till barnmorskan under graviditeten. Den speciella situationen med det ömsesidiga intresset för barnet kan skapa ett genuint möte (Trulsson, 1998, 2003). I arbetet som barnmorska på Lunden har vi kunnat se att genom att inte vara en del av tvångsorganisationen, inte ha någon direkt makt, blir det lättare att hantera kvinnornas egna strategier. I de stunder när den gravida kvinnan upplever att vi kan se hela hennes problematik i form av hennes önskningar kring barnet och hennes missbruksproblem, men att vi inte har någon direkt makt, då kan mötena bli fina och värdefulla och leda till en genuin diskussion kring vad som är viktigt för graviditeten och det väntade barnet.

Kontaktpersonernas arbete har förändrats under årens lopp. Ett arbetssätt har vuxit fram med en av Lunden utarbetad praxismodell som grund. Kontaktpersonerna fungerar som en sammanhållande länk runt kvinnorna. De får ofta en nära relation, som också innebär att vara med och stötta vid förlossningen om kvinnan så önskar. Att ge kvinnan möjlighet till en trygg start med sitt barn med långsiktighet i den planering som hon själv deltagit i. Det kan enligt Trulsson (2003) uttryckas som: ”då kan stärkande eller försvagande vikter i vågskålen vara avgörande”.

Kvinnorna på LVM

Tillgänglighet till en barnmorska med specialkunskap och intresse för kvinnor i missbruk ses både av kvinnorna och av personalen som en viktig resurs.

Kvinnorna betonar att med en barnmorska blir det naturligt att kunna tala om sexualitet. Med den kunskap vi har, att praktiskt taget alla kvinnorna antingen före eller under missbruket har blivit utsatta för sexuellt våld, är det väsentligt att det blir tillåtet att benämna. Att som barnmorska inte bry sig om att fråga/se om våld betyder att vederbörande accepterar att kvinnor utsätts för våld, övergrepp (Wijma, 1998). Att våga tala om kränkningar, utsatthet, våld och övergrepp med kvinnorna är ett sätt att visa respekt och förmedla att kvinnornas upplevelser av sina kroppar och deras sexualitet har ett värde (ibid).

Att kunna gå igenom en gynekologisk undersökning utan att uppleva obehag kan vara en viktig och avgörande erfarenhet. Att den barnmorska som undersöker benämner allt hon gör, ger kvinnan ord för att sedan kunna ställa frågor och på så sätt öka sin kunskap om sin kropp. Att kvinnan hela tiden har kontroll över situationen innebär ett steg i rätt riktning för att hon skall kunna få/erövra makt över sin egen kropp, se sig själv som ett subjekt. När kvinnan får ha kontroll över undersökningssituationen ger det henne en möjlighet till en upprättelse, och det kan ses som en maktförskjutning som bidrar att hon kan känna ett ökat värde (Wijma & Siwe, 2002). I kroppsspråket uttrycks attityder mycket kraftfullare än i ord.

Wijma och Siwe lyfter fram att ”Händernas möjlighet att förskjuta makt är sannolikt en outnyttjad resurs för den vårdpersonal som har privilegiet att få ta i patienten, och som i sitt

kroppsspråk vill uttrycka respekt och aktning för hennes människovärde” (Wijma & Siwe, 2002, s 72).

Denna maktförskjutning kan även ses utifrån Skeggs (1997) tankegångar, som betonar frigörelse från låsta positioner och kvinnornas aktiva handlande. I kvinnors förhandling om mer makt använder de olika strategier. Detta kan komma till uttryck i kvinnors strävan efter respektabilitet genom moderskap, omsorg och andra kvinnliga strategier för att dra nytta av sitt feminina kulturella kapital i förhandling om mer makt (Skeggs, *ibid*). Enligt Skeggs (1997) sker det i dialog med en granskande omgivning och i kvinnornas kamp för kontroll över sin sexualitet för att visa respektabilitet. Visad sexualitet kan väcka skam och därigenom erkänner sig kvinnan som bristfällig, förminskad och icke respektabel. Samtidigt använder sig kvinnor sexualiteten taktiskt för att tillskansa sig privilegier, dock begränsade av deras klass-tillhörighet.

Kvinnorna påpekar att det lättar på deras ångest att få sätta ord på upplevelser av kränkningar och det hjälper att lyssna på andra kvinnor med liknande erfarenheter. Trulsson (2003) betonar att ta del av varandras berättelser är betydelsefullt för att kvinnorna skall känna igen och få perspektiv på sin situation. Kvinnorna påpekar att ju mer det blir tillåtet att tala om sina upplevelser och på så sätt *lyfta skuldbördan från dem*, ju mer vågar de ställa krav på vidare behandling. Mellberg (2002) talar i sin avhandling om hur vissa erfarenheter får vara ”medvetna” medan andra inte får det, beroende på det historiska, sociala och kulturella sammanhanget. Hon illustrerar detta med ”hur barn som utsatts för sexuella övergrepp kan ”lagra” sin erfarenhet som kroppsliga minnen, minnen som inte kan verbaliseras förrän långt senare, i ett förändrat sammanhang”(Mellberg, 2002, s 57).

Kvinnorna betonar vikten av *barnmorskans roll som utomstående*, någon som kommer in i verksamheten men ändå inte är personal och därmed inte är involverad i bråk eller konflikter. Det ger möjlighet att tala om sådant som inte annars blir av eller är tillåtet. När stämningen är tuff med grupperingar bland kvinnorna blir barnmorskan en ventil, någon som är ”neutral” att tala med även sett med medklienters ögon. I samband med tidigare erfarenheter av utredningar och när kvinnorna har en rädsla att tala förtroendefullt med personalen, kan barnmorskan ge en möjlig ingång för att bryta misstron.

Via det forum för kontakt som gruppverksamheten erbjuder ges en öppen inbjudan till dialog.

Kvinnorna får uppleva att de blir tagna på allvar trots att de befinner sig i tvångsvård. De får bekräftat sitt värde som människor. Tidigare studier har sett att ett respektfullt och generöst bemötande kan göra att kvinnornas känsla av värdelöshet kan gå över i tilltro till den egna förmågan (Ravndal, 1999; Trulsson, 2003). Det ger en möjlighet att lyssna på varandra ur ett mer jämlikt perspektiv ”samspel under dialog” där ny kunskap ständigt skapas (Lundgren, 1992; Mellberg, 2002). Detta bekräftas även av personalen vid intervjuerna, vilket uttrycks som: ”*Det finns så mycket skuld som kvinnorna behöver hjälp att lasta av, och att det vi i en enkel grupp kanske kan hjälpa till med är att lyfta fram teman och visa på att de går att tala om, visa att vi inte blir rädda och backar eller dömer*”. Hedin (2002) påpekar att professionella relationer som är både formella och informella till sin grundkaraktär och inte följer gängse mallar utan har en omgestaltande kapacitet verkar vara betydelsefulla. Dessutom ser vi möjligheter i att kvinnornas upplevelser sätts in i ett större sammanhang, att lyfta dem från den individuella nivån till de mellanmänskliga och samhällliga för att synliggöra maktstrukturer och skapa medvetenhet.

Flickorna på LVU

Vid projektets start planerades att barnmorskeprojektet skulle ingå i det Pedagogiska centrum som finns inom Lundens ungdomshem. Gruppverksamheten styrdes och planerades utifrån detta perspektiv. Barnmorskeprojektet möjliggjorde en samtalsgrupp, barnmorskegruppen, kring sex, samlevnad, könsroller, relationer etc. Dessa teman har formats utifrån tidigare erfarenheter och personalens uppfattning av vilka behov flickorna har, med hänsyn till gruppen och deras egna önskemål.

Barnmorskeprojektet har gett en möjlig öppning att ta upp olika aspekter och frågor om sexualitet och samliv på ett naturligt sätt. I intervjuer med både flickor och personal påpekas att dessa ämnen annars inte kommer upp utan att de snarare undviks. Detta belyser vikten av samarbete och att barnmorskans mera fristående position med ett självklart och tryggt sätt att ta i dessa ämnen. I presentationen betonas även personalens utredningsansvar och att vad som kommer fram under dessa gruppsamtal ingår också i den allmänna bedömningen av flickan.

De två flickor som intervjuades utanför ungdomshemmet betonade vikten av att barnmorskan inte tillhörde personalen och möjligheten att få tala enskilt med henne. Just dessa flickor var avogt inställda till att tala med personal/kontaktpersoner mycket på grund av tidigare dåliga erfarenheter. Då kan det vara viktigt att börja där flickan befinner sig. En mer neutral relation till barnmorskan kan vara ett första öppnande steg. Andra flickor får stort förtroende för sjuksköterskan inom ungdomshemmet, som då fungerar som en lots vidare till barnmorskan. Det ger en möjlighet från ett mer jämlikt perspektiv att lyssna på varandra "samspel under dialog" där djupare förståelse och ny kunskap skapas (Lundgren, 1992; Mellberg, 2002). Detta talar för ett behov av att verka för att stärka flickans självförtroende, och arbeta med motivation, snarare än att prioritera kontroll och repressiva insatser (Trulsson, 2003). Det är en kontrast till det Hilte (1993) benämner som en risk inom de pedagogiska ungdomsinstitutionerna med deras normativa inriktning.

Även här aktualiseras behov och möjlighet att enkelt få ett enskilt samtal med barnmorskan eller att bli undersökt. Av erfarenhet, utifrån flickornas berättelser och från liknande verksamheter vet vi att många flickor undviker eller har dåliga erfarenheter av gynekologiska undersökningar. Även flickornas syn på sin kropp och sexualitet är komplex "Det skrämmer ibland det man pratar om, allt om sjukdomar, det är äckligt." Det kan belysas utifrån Skeggs (1997) förståelse för flickors/kvinnors kamp för kontroll över sexualiteten, för att visa respektabilitet, där visad sexualitet ses som en praktik som väcker skam, samtidigt som sexualiteten är ett redskap för att tillskansa sig privilegier (Trulsson, 2003; Skeggs, 1997).

Att ha en fast barnmorskeresurs underlättar att flickorna får tillgång till enskilda kontakter och eventuellt vid behov även till undersökning. Flickors och kvinnors relation till sin egen kropp är sammanvävd med hennes självaktning och självkänsla. Att bli visad respekt för de gränser kvinnan sätter kan få ett stort inflytande över om hon vågar sätta de gränser hon önskar även i andra penetrationssituationer (Wijma, 1998).

Reflektioner/kommentarer till intervjuer med personal

Som utifrån kommande barnmorska och i de intervjuer som genomförts, kan jag urskilja olika förhållningssätt, kulturer inom LVU och LVM. Sjuksköterskan på LVU associerar till bilden av en skolsköterska som flickorna vänder sig till och hon kan få stort förtroende av flickorna. I det Pedagogiska Centrum där barnmorskeprojektet har ingått betonas en formaliserad och strukturerad behandlingsmodell. Flickorna befinner sig alltid i fokus för personalens upp-

märksamhet och bedömningar. Den formellt organiserade behandlingen på ungdomsinstitutioner med syfte att hjälpa, förändra ungdomar, är förbunden med en kontrollfunktion. Gruppens ålder med tonårig strulighet kan lätt förstärka roller och bli lärare/elevförhållande, en slags fostran. Detta kommenteras av personalen som motstånd till grupper, ämnen, pinsamhet etc. En del av personalen betonar i intervjuerna struktur och tydlighet att sätta gränser, medan andra betonar öppenhet och att personalen framstår som mer 'mänsklig'. Även flickorna betonar att "personalen blir som vanliga människor om de öppnar sig", men en del har en misstro att tala öppet inför personalen och rädsla för att ord skall förvrängas och användas i andra sammanhang. Då kan barnmorskan vara en neutral person som kan bli ett första steg för att våga öppna sig. Inom LVM-vården har barnmorskeprojektet varit mer fristående och självständigt. Projektet har styrts i högre grad av gruppen, kvinnor, där man låtit dem prata på, mer famlat sig fram, utifrån ett mer relationellt förhållningssätt. Det är också mer möjligt i en äldre grupp kvinnor. En förtrolig stödjande mer jämställd relation har eftersträvat. Men den lösa strukturen ger också problem, speciellt i situationer av motsättningar bland kvinnorna i gruppen. Då visar sig den fasta och formaliserade strukturen vara en nödvändighet och trygghet. Barnmorskorna kan vara ett stöd för personalen då det gäller att ta upp och tala om sexualitet, eftersom det kan upplevas som svårt (jfr Överlien, 2004).

Att bli lyssnad på, att få lov att vara med och bestämma och styra diskussioner har belysts som positivt av kvinnorna vid intervjuerna " *bra att prata av sig, allt togs upp, ibland mer fasta ämnen teman men det var vi som styrde*".

Men även här fanns kvinnor som var rädda för att tala öppet inför personalen:

"Personalen som satt med var OK, det var bra, de lät oss ha ordet. Vi fick styra och personalen la sig inte i som personal utan talade enbart som kvinnor de också. Annars ser man lätt personalen 'som ett jävla hot' speciellt i början, men det blev bättre mot slutet."

Reflektioner över flickornas och kvinnornas bild

Den bild som flickor och kvinnor gav vid intervjuerna av barnmorskeprojektet är övervägande positiv. De flesta tyckte att det borde utökas. Barnmorskans position som utomstående, en som inte har nycklar och inte tillhör personalen, är neutral och kan bli en 'ventil'.

Barnmorskans medverkan vid gruppträffarna gör att personalen som deltar blir 'som vanliga kvinnor', lyssnar, blir mer personliga. De får en annan roll för gruppen än den roll som personalen annars har på Lunden. Det upplevs av kvinnorna som en öppen attityd, och lättar även på trycket i klientgruppen, men är också beroende av hur konstellationen i gruppen ser ut. Är det en tuff stämning, vågar man inte bli alltför 'trevlig' mot personal utan håller sig mer för sig själv. Barnmorskan är neutral, mer tillåten att tala med sett ur de andra klienternas ögon.

Om betydelsen av att kunna sätta ord på erfarenheter uttrycker Lindenau (2001) "makten att benämna vem man är ... att kunna se och ha makten att benämna, sätta ord på situationer ger ett obeskrivligt överläge". Därutöver att vi belyser och ifrågasätter de strukturella maktrelationerna, vem/vilka som har makt att definiera, om och hur vi överhuvudtaget kan tänka och får tala om vissa fenomen, såsom sexuellt våld (Mellberg, 2002).

Det finns en rädsla hos många kvinnor för att bli förtrolig med personalen, även med kontaktpersonerna. Det gäller speciellt för de kvinnor som har dåliga erfarenheter av att bli omhändertagna av samhället. De uttrycker det som en rädsla för att det som sägs kan förvrängas och användas på ett för kvinnan negativt sätt. Då kan samtalet med barnmorskan bli en möjlighet att tala om det som tynger, att få berätta och formulera sig. Barnmorskan är inte en del av tvångsvården och dess ”maktfunktion”, vilket betyder att för kvinnorna blir det en klarare och tydligare ”hjälpfunktion”. Det kan också vara lättare att möta kvinnorna och inte feltolka patienters/klienters reaktioner eller beteende som i förhållande till kontroll- och maktaspekten kan vara helt förståeliga och adekvata (Skau, 2001).

Med kända lättillgängliga barnmorskor kan även en gynekologisk undersökningssituation bli kunskapsförmedlande, läkande och reparerande och i sin förlängning förskjuta makt och handlingspotential till kvinnan (Wijma & Siwe, 2002). Detta genom att barnmorskan väljer att ge makt åt kvinnan genom att själv inta en tjänande position, ge kunskap om underlivet och förmedla en stolthet och respekt till kvinnan (ibid).

En viktig erfarenhet är att förtroendet för personalen blir självklart när det gäller de gravida klienterna, där relationen också blir både närmare och mer intensiv. Det gäller inte bara kvinnan själv, utan handlar om att fokus även ligger på graviditeten och barnet. Det uttrycks också klart i intervjuerna, att kvinnorna ser både personal och barnmorska som en resurs.

Visioner

I alla verksamheter inom ramen för barnmorskeprojektet har ständig utvärdering och en vidareutveckling skett. Gruppverksamheterna både inom ungdomshemmet och inom LVM-hemmet har utvecklats till att barnmorskorna kommer in som resurspersoner vid speciella tillfällen med barnmorskefrågor. Forumet hålls av personal på avdelningarna som är speciellt intresserad av verksamheten och att utveckla den. Fokus riktar sig även på andra frågor som handlar om relationer, till exempel anknytningsteorier. På ungdomshemmet har RFSU bjudits in och filmer används som diskussionsunderlag.

Graviditetsgruppen arbetar för att bli ännu bättre stöd för både kvinnorna och personalen, med att vidga sina kunskaper och utveckla arbetsmetoderna. Gruppen syftar också till att samarbetet med socialtjänsten utökas och att tätare kontakt hålls med behandlingsinstitutioner för mamma–barn- och utredningshem. Nätverket kring kvinnan behöver stärkas ytterligare men även arbetet för pappans delaktighet. Socialtjänsten har en viktig roll i detta arbete. Samarbetet med barnmorska och övrig personal från kvinnokliniken är viktigt och behöver mer utrymme i arbetet med gravida missbrukare. En vision är en egen liten enhet för gravida kvinnor.

Att ha fått vara med som barnmorska praktiskt taget från starten av verksamheten till projektets slut, att ha deltagit och till väsentliga delar ha följt den utveckling av arbetssätt som skett, känns som en förmån. Detta trots att vi periodvis undrat vad vi håller på med, om vi har gjort rätt och om man hade kunnat hjälpa på ett annorlunda sätt. En regelbunden uppföljning är viktig för att kunna utvärdera och att få kvinnornas och flickornas syn på tiden vid Lunden. Detta kan ske genom en långsiktig planering där kvinnorna/flickorna har en möjlighet till uppföljande kontakt, få stöd och känna att det finns ett medmänskligt engagemang som inte slutar vid Lundens port. Ett beslut inom graviditetsgruppen att utöka uppföljningstiden är ett uttryck för detta.

Utifrån de erfarenheter vi har fått av att ha en barnmorskeresurs knuten till tvångsvård gynnas framförallt flickorna/kvinnorna i sin syn på sig själva och på sin kropp, men även personalen i sitt arbete. Detta samarbete innebär utvecklingsmöjligheter även fortsättningsvis. Men det kräver engagemang och att tid ges för reflektion och fortlöpande utvärdering.

Att sätta in flickors och kvinnors individuella förhållanden/villkor i ett samhällsperspektiv kan väcka en medvetenhet om de maktstrukturer som finns. Då kan det individuella 'skuldbeläggandet' lyftas till en strukturell nivå och därmed skapa möjlighet till förändring ('vi sitter alla i samma båt'). Dessa erfarenheter är också mycket värdefulla i det förebyggande arbetet som borde få utrymme i upplysande verksamhet inom socialtjänsten, sjukvård, skolor och föreningar. Grunden är det medmänskliga mötet, att kvinnorna blir sedda och bekräftade, genom att få som Lindenau (2001) uttrycker det "uppmuntran att hitta den egna rösten".

Referenser

- Andersson, B. (1998) *Ett § 12-hem för flickor – Omdefinitioner i ungdomsvården*. Statens institutionsstyrelse, Forskningsrapport nr 2.
- Barnmorskeförbundet, www.barnmorskeforbundet.se.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. & Valenstein A. F. (1961) A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 16, s. 162–186.
- Bjerrum Nielsen, H. & Rudberg, M. (1991) Jenters vej till rusmidler, et socialiseringsperspektiv, i Järvinen, M. & Rosenqvist, P. (red.) *Kön, rus och disciplin. En nordisk antologi*. NAD publikation nr. 20.
- Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, FoU-rapport 2002:2.
- Davies, K. & Esseveld, J. (1989) *Kvalitativ kvinnoforskning*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Esseveld, J. (1997) Att söka förändra vårt tänkande om kvinnlighet och kön/genus – analys av tre texter, i Lundqvist, Å. & Mulinari, D (red.) *Sociologisk kvinnoforskning*, s. 27–53.
- Hedin, U-C. & Månsson, S-A. (1998). *Vägen ut! – Om kvinnors uppbrott ur prostitution*, Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Hedin, U-C. (2002) Uppbrott från missbruk, i Leissner, T. & Hedin, U-C (red.) *Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Hessle, S. (1991). Social support och sociala nätverk. Några tankar om dagsläget och frågeställningar i nätverksforskningen, i Bergsten, B. m.fl. (red.) *Etik, solidaritet och välfärd*. Göteborg: Daidalos.
- Hilte, M. (1993) Drug abuse paradigms and Social World. *Scandinavian Journal of Social Work*. Nr. 2; 167–171.
- Jansson, I. (2002) Ann – en kvinna med dubbla diagnoser och hennes möjligheter till vård. i Leissner, T. & Hedin, U-C (red.): *Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Johnsson, E. (2002) *Självordsförsök bland narkotikamissbrukare*. Lund Dissertations in Social Work. Nr 10, Lunds universitet.
- Kindstrand, A., & Theorin, T. (2002) *Barfotabarn, Flickors vandring från LVU till LVM*. Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 3/02.
- Lindenau, L. (2001) *Ägget. Om läkning efter traumatiska upplevelser*. Stockholm: Egalité.
- Lundgren, E. (1992) Att uppenbara det dolda, *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, Nr 3,1992,3–14.
- Maher, L. (1997) *Sexed Work, Gender, Race, and Resistance in a Brooklyn Drug Market*. Oxford: Clarendon Studies in Criminology.
- Mellberg, N. (2000) *När det överkliga blir verklighet. Mödrars situation när deras barn utsätts för sexuella övergrepp av fäder*. Akademisk avhandling, Umeå universitet, Boréa.
- Mulinari, D. (1996) Kvinnoprojekt och feminism, i Sahlin, I. (red.) *Projektets paradoxer*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordvall, U-K, & Thalén, E. (1997) Uppföljning av LVM-hemmet Lundens gravida missbrukare. *Stencil*. LVM-hemmet Lunden.
- Ravndal, E. (1999) Narkotikabruk blant kvinner og menn. *Kvinnens helse i Norge*. NOU 1999:13; 518–521.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1991) *Behandling av kvinnelige stoffmissbrukere i ett hierarkisk terapeutisk samfunn: Betydningen av relasjoner till foreldre, partnere og veninner*, Universitetet i Oslo, Institutt for medicinske adferdsfag.

- Rohsenow, D. J., Corbett, R. & Devine, D. (1988) Molested as children. A hidden contribution to substance abuse? *Journal of substance abuse treatment*, vol. 5; 13–18.
- SiS (1997) *Interna allmänna råd för verksamheten vid LVM-hemmen*, nr 2, Statens institutionsstyrelse.
- Skau, G-M. (2001) *Mellan makt och hjälp: förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Skeggs, B. (1997) *Formations of class and gender: becoming respectable*. London: Sage.
- Skårner, A. (2001) *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Institutionen för socialt arbete, Skriftserien Nr. 2001:5, Göteborgs universitet.
- SOSFS 1995:5 Socialstyrelsens Allmänna Råd
- Svensson, B. (2001) *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Statens institutionsstyrelse, Forskningsrapport nr 1.
- Thalén, E. (2001) *Att vårda gravida missbrukare inom LVM-vården – Hur fungerar det?* Rapport, Forskningscirkel, Kommunförbundet Skåne, 2000/2001.
- Trulsson, K. (1993) *Kvinnorummet – Vision, verklighet, vardag. Rapport från ett behandlingshem för kvinnor*. Stockholm: Kvinnoforum Utbildning AB.
- Trulsson, K. (1998) *"Det är i alla fall mitt barn" – En studie om att vara missbrukare och mamma*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Trulsson, K. (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält. Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Akademisk avhandling, Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Trulsson, K. & Nötesjö, G. (2000) *Semillan ett frö i god jord – Om öppenvård för gravida missbrukare och småbarnsfamiljer*. Stockholm: Qlara Management AB.
- Vaglun P. & Vaglun S. (1986) Partnerrelasjoner og alkoholmisbruk i en gruppe kvinnelige alkoholmisbrukende psykiatriske pasienter – Noen forelopige resultater. *Kvinnoforskning kring rusmedel 2*. NAD-publikation. Nr 14.
- Wijma, B. (1998) Maktasymmetri vid gynekologisk konsultation. *Socialmedicinsk tidskrift* 1–2.
- Wijma, B. & Siwe, K. (2002) Empowerment i gynstolen. Teori. Empiri och möjligheter. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nummer 2–3; 61–73.
- Öjehagen, A. (1994) Kvinnor och alkoholmissbruk, i Berglund et al. (red) *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Överlien, C. (2004) *Girls on the Verge of Exploding: Voices of sexual abuse, agency and sexuality at a youth detention home*. Doctoral Dissertation. Department of Child Studies, Linköping Studies in Arts and Science 301.

Bilaga 1

Praxismodellen

Erfarenheterna med gravida har sammanställts som en praxismodell för omhändertagande av gravida missbrukare (Thalén, 2001):

Så snart klienten skrivits in på Lunden, tas kontakt med ansvarig socialsekreterare och vi sammankallar till ett möte tillsammans med klienten/kvinnan. Syftet med detta första möte är att klargöra socialtjänstens uppdrag till Lunden. Till exempel om en utredning ska göras, i så fall vilka delar. Man gör upp en behandlingsplan där det tydligt framgår vilka de första delmålen är och vilka aktörer som ansvarar för vilka delar. Vidare behöver man diskutera hur socialtjänsten ser på ett eventuellt omhändertagande av barnet jml LVU. Om socialtjänsten planerar att göra ett omhändertagande av det nyfödda barnet, behöver man vid upprepade tillfällen förklara för den blivande mamman vad det konkret innebär. Vi har alltid samtalat med socialtjänsten om vinsterna av att placera mamman och barnet på ett utredningshem, där man kan få en fullständig, professionell utredning och bedömning gjord.

Lundens läkare och sjuksköterska ansvarar för avgiftningen av mamman, vilket medicinskt är mycket viktigt då man hela tiden måste ta hänsyn till fostrets välbefinnande/mående samt i vilken graviditetsvecka kvinnan befinner sig i. Kontinuerligt är det läkarens ansvar att bedöma kvinnans fysiska och psykiska hälsotillstånd kontra hennes medicinbehov. Då en gravid kvinna har varit avviken och kommer åter till Lunden, gör sjuksköterska och läkare en kartläggning av hur stora mängder droger kvinnan har tagit under avvikningen och gör sedan upp ett avgiftningsschema.

Kontaktpersonen (behandlingsassistenten) arbetar steg för steg med kvinnan och håller tillsammans med sjuksköterskan kontakterna med barnmorska och obstetriker. Barnmorskan erbjuder samtal (mödravård) samt hjälper den blivande mamman med förberedelser inför förlossningen.

Kontaktpersonen arbetar med praktiska och psykologiska förberedelser inför förlossningen, närvarar, om behov finns för klienten vid ultraljudsundersökningar, vid inköp av babyutrustning etc.

Kontaktpersonen dokumenterar kontinuerligt sådant som skall ingå antingen i vårdtidssammanfattningen eller i utredningen.

Inför förlossningen kan kontaktpersonen ha en minicall på sig om hon ska närvara under förlossningen (ges jourtillägg). Klienten och kontaktpersonen har under en längre tid före förlossningen diskuterat skälen till varför kontaktpersonen ska närvara, oftast har det varit efter kvinnans uttalade önskan om detta. Därefter finns Lundens personal hos den nyblivna mamman i den utsträckning som krävs, beroende på hur stora misstankar det finns om droganvändning, behov av stöd etc. Ofta får Lundens personal ha flera samtal med sjukhuspersonalen då man där inte har så stor erfarenhet av narkotikamissbrukande kvinnor.

Relativt snart efter förlossningen behövs ett nytt planeringsmöte tillsammans med ansvarig socialsekreterare och eventuellt ansvarig barnläkare. Klienten/mamman, och i de fall det finns en pappa med, är ofta osäkra och oroliga för hur den fortsatta planeringen ska se ut. Tydlighet samt konkret planering blir extra viktiga under denna period!

I vissa fall träffar kontaktpersonen klienten på behandlingshemmet under en efterföljande period om behov finns. Det har genom åren sett väldigt olika ut, delvis beroende på var geografiskt klienten befinner sig.

Eftersom kvinnan är extra känslig som gravid och missbrukare, krävs alltid en öppenhet och tydlighet, då hon oftast bär på mycket oro både för om barnet är skadat och om man avser att omhänderta barnet och/eller separera henne från barnet. Det är alltid viktigt att på ett så tidigt stadium som möjligt samarbeta med kvinnan. Kvinnan ser oftast Lundens personal som en länk mellan henne och socialtjänsten.

Bilaga 2

Frågemall till kontaktpersoner och utredningssekreterare

Vad är det som lockar/attraherar personal till att arbeta som kontaktperson för gravida missbrukare?

Vilka egenskaper/erfarenheter anser du är viktiga i arbetet som kontaktperson för gravida missbrukare?

På vilka sätt skulle personalen kunna utöka sina kunskaper?

Vilka skillnader upplever du att det finns med att arbeta som kontaktperson för gravida respektive icke gravida missbrukare?

Vilken uppföljning/utvärdering av klienten respektive egen arbetsinsats efter tiden på Lunden anser du är viktigt?

Vilka förbättringar/förändringar skulle du vilja ha för att kunna göra ett bättre arbete?
Möjligheter/ Svårigheter /Förbättringar

Vilka kontakter med yttvärlden är viktiga?

Vilka mål har du haft i arbetet som kontaktperson till gravida missbrukare?
Vilka mål har kunnat uppfyllas?

Bilaga 3

Intervjufrågor

Intervjufrågor till tjejer/kvinnor:

Hur har din kontakt med barnmorskan sett ut, enskilt/i grupp?

Har Du varit hos någon barnmorska förut?

Hur var det?

Fick du hjälp med vad du behövde?

Vad fick du hjälp med, vad saknade du?

Hur liknar det/skiljer det sig från andra kontakter på Lunden?

Barnmorskorna på Lunden:

Tjej/kvinnosnack, vad tycker du om idén? bra ämnen?

Jobbigt? väcker tankar?

blir det prat efteråt med kontaktpersoner/ de andra tjejerna/kvinnorna?

((Blir ämnen som diskuteras lättare/mer tillåtna att prata om (att man hör att andra har liknande problem))

Vad betyder det för dig att träffas och ha sådana diskussioner, bra/dåligt/förändra?

Enskilda kontakter/ samtal /us hur har det varit (us upplevs ju ofta som jobbig)

Vad tycker du själv? vad är bra? vad är inte bra?

Pratar ni med varandra om det? med kontaktpersoner?

Hur ser du på kontakterna i jämförelse med annan behandling på Lunden Likheter/skillnader?

Tankar och förslag om förbättringar eller annat sätt att arbeta på?

Tilläggsfrågor till de gravida kvinnorna:

Hur ser du på kontakten med barnmorskan under tiden du väntade barn? Bra/dåligt/förändra?

Hur ser du på kontakten med kontaktpersonen..... ”-” ?

Vad betydde det för dig att vara på Lunden under graviditeten?

Hur ser du på tiden efteråt?

Intervjufrågor till personal:

Vad tycker personalen i stort om Barnmorskeprojektet/insatserna?

Vilken uppfattning har ni om vad de intagna tjejerna/kvinnorna tycker?

Vad tycker Du?

Talar de intagna tjejerna/kvinnorna om kontakterna, i grupp o de enskilda?

Vad betyder kontakterna för tjejerna?

Gruppträffarna: Blir ämnen som diskuteras lättare/mer tillåtna att ventilera för tjejerna?

(att man hör att andra har liknande problem)

Kommer det reaktioner efteråt- positiva? negativa?

Dina egna reflektioner? förslag?

Enskilda kontakter: Hur fungerar de, tycker du?

Kommenterar/berättar tjejerna om samtalen/undersökningen?

Dina egna reflektioner, förslag?

Hur ser du på samarbetet mellan dig och barnmorskan?

Vad har barnmorskeresursen gett för reaktion hos personalen, genomslag?

Hur kan den eventuellt utnyttjas/utvecklas bättre/eventuellt integreras?

Frågor till kontaktpersoner till de gravida kvinnorna:

Hur ser du på arbetet med gravida missbrukare, bra/dåligt/förändras?

Hur ser du på din roll? Hur ser du på barnmorskans roll?

Hur ser du på samverkan kring kvinnorna inne på Lunden/med utomstående?

Hur skulle arbetet med gravida missbrukare kunna vidareutvecklas på lång sikt finns det något speciellt du tänker skulle behövas i sammanhanget?

Bilaga 4

Enkätfrågor

Att besvaras vid intagningen:

HAR DU VARIT HOS EN BARNMORSKA FÖRUT? (ex. för underlivsbesvär, få recept på p-piller, dagen-efter-piller eller rådgivning, prat om sexualitet, information i grupp)

OM JA ÄR DET LÄNGE SEDAN?

HUR MÅNGA GÅNGER?

FICK DU HJÄLP MED VAD DU BEHÖVDE?

VILL DU TRÄFFA EN BARNMORSKA HÄR? (för undersökning/provtagning, ”kolla att allt är bra”, för att prata, om skydd, t ex p-piller eller andra preventivmedel, för att få hjälp med besvär av olika sort, mensrubbingar, flytningar etc.)

TACK FÖR HJÄLPEN!

Att besvaras vid utskrivning:

HAR DU TRÄFFAT EN BARNMORSKA UNDER TIDEN DU HAR VARIT PÅ LUNDEN?

OM JA HUR MÅNGA GÅNGER?

FICK DU HJÄLP MED VAD DU BEHÖVDE?

VAD VAR BRA ELLER DÅLIGT?

GAV BESÖKET DIG NÅGOT MER ÄN DET DU VILLE HA HJÄLP MED?

EGNA FÖRSLAG TILL HUR BARNMORSKAN KAN GE TJEJERNA/KVINNORNA PÅ LUNDEN MER HJÄLP!

TACK FÖR HJÄLPEN!