



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik

En kvalitativ intervjustudie

Midwives experience of caring for pregnant women with substance abuse

A qualitative interview study

Författare: Amanda Schaffrin och Maria Williamsson

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik

En kvalitativ intervjustudie

Midwives experience of caring for pregnant women with substance abuse

A qualitative interview study

Författare: Amanda Schaffrin och Maria Williamsson

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Missbruksproblematik under graviditeten innebär ökad risk för skadeverkningar hos fostret. Vården av kvinnor med denna problematik ställer höga krav på barnmorskorna.

Syfte: Studiens syfte var att undersöka barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik inom svensk mödrahälsovård. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med en kvalitativ innehållsanalys tillämpades i analysen. **Resultat:** Fyra huvudkategorier framkom: *Att vara hängiven, att arbeta med utsatta, att bli känslomässigt engagerad och vård på olika villkor.* Resultatet visar på vikten av en förtroendefull relation som förutsättning för att kunna vårda kvinnan. Även vikten av att ställa rätt frågor för att

upptäcka ett missbruk. Det ansågs vara särskilt svårt att vårda kvinnor som saknade insikt om sin problematik. **Konklusion:** För att kunna upptäcka fler gravida kvinnor med missbruksproblematik är det av vikt att se över hur frågor om missbruk ställs inom basmödrahälsovården.

Nyckelord

Barnmorska, erfarenhet, gravid, missbruk, vårda

Innehållsförteckning

Problemområde	6
Bakgrund	6
Missbruk under graviditet	6
Definition.....	6
Missbruksrelaterade skador	7
Prevalens av missbruk och beroende	8
Kvinnans perspektiv.....	8
Barnmorskans perspektiv	9
Lagstiftning.....	9
Arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik.....	9
Barnmorskans erfarenheter.....	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	12
Datainsamling	12
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat.....	16
Att vara hängiven.....	16
Personliga egenskaper	17
Förhållningssätt och kommunikation	17
Specifika arbetsmetoder	18
Att arbeta med utsatta	20
Att se människan bakom missbruket.....	20
Att skapa en tillitsfull relation	21
Att bli känslomässigt engagerad	22
Ett utvecklande arbete	23
Glädje och sorg.....	23
Vård på olika villkor	24
Samarbete med olika instanser	24
Att möta fördomar och okunskap	24
Diskussion	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion.....	28

Konklusion och implikationer.....	31
Referenser.....	32
Bilaga 1 (1).....	37

Problemområde

Att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik har visat sig vara komplext och har inneburit svårigheter (Williams et al., 2015; Miles, Chapman, Francis & Taylor, 2014). I barnmorskans profession finns ett ansvar att bemöta individen med respekt, jämlikhet och med hänsyn till människans egenvärde (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2018; International Confederation of Midwives [ICM], 2014). Vid vårdandet av gravida kvinnor med missbruksproblematik är det betydelsefullt att finna en balans mellan stöd och kontroll samt att ha en icke dömande attityd. Detta för att bygga upp en förtroendefull relation med kvinnan (Nordenfors & Höjer, 2017). Att skapa denna balans kan vara en utmaning för barnmorskan. I Sverige är forskning om barnmorskors erfarenheter inom området begränsad. Barnmorskans roll i arbetet med att upptäcka och förhindra missbruk under graviditeten behöver lyftas, då barnmorskan kan möta kvinnor med denna problematik i samtliga verksamheter inom kvinnosjukvården. Barnmorskor som arbetar inom mödrahälsovård, med specifik inriktning att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik, har med sin erfarenhet kunskap som kan vara värdefull att dela.

Bakgrund

Missbruk under graviditet

Definition

Det saknas en allmänt vedertagen definition av missbruk. I detta arbete kommer missbruk att definieras som fortsatt intag av skadliga substanser trots allvarliga konsekvenser. För gravida kvinnor innebär allt intag av alkohol och droger en risk för allvarliga konsekvenser i form av bland annat fosterskador (Floyd et al., 2008), då det inte finns någon fastställd gräns för ett riskfritt intag (Singer et al., 2018). Detta innebär att en gravid kvinna som saknar förmåga att upphöra med sitt intag av dessa substanser under graviditeten kan antas ha ett missbruk.

Missbruksrelaterade skador

Missbruksproblematik under graviditeten innebär allvarliga risker (Floyd et al., 2008). Missbruk ger skadliga effekter på fostret, därav är det av vikt att den blivande mamman rehabiliteras tidigt under graviditeten och får kontakt med mödrahälsovården (a.a.). Beroende på vilka substanser som fostret utsätts för under graviditeten kan skadeverkningarna se olika ut. Kända skadliga effekter vid intag av alkohol under graviditeten, oavsett vilken trimester, är fetal alcohol spectrum disorder [FASD] som är ett samlingsnamn för de sjukdomar, beteende- och inlärningsproblem som associeras till alkoholintag under graviditet. Den svåraste och mest visuellt identifierbara sjukdomen under detta begrepp är fetal alcohol syndrome [FAS] med ett specifikt avvikande utseende i ansiktet (Popova, Lange, Pobst, Gmel & Rehm, 2018; Wilhoit, Scott & Simecka, 2017; Gupta, Gupta & Shirasaka, 2016). Varje år föds det cirka 119 000 barn i världen med FAS (Popova, Lange, Pobst, Gmel & Rehm, 2017). Enligt en kanadensisk prevalensstudie från 2019 är förekomsten av FASD hos barn i åldern 7-9 år högre än förekomsten av andra vanliga avvikelser vid födelsen som Downs Syndrom, trisomi 18, spina bifida och autism spectrum disorder [ASD] (Popova et al, 2019).

Effekter som påvisats av illegalt opiatmissbruk under graviditet är defekter med bland annat medfödda hjärtfel, ryggmärgsbräck och gastroschis (defekt av bukväggen med tarm liggandes utanför bukhålan). Några av komplikationerna till följd av opiatmissbruk är prematuritet, neonatalt abstinenssyndrom (NAS), tillväxthämning och intrauterin fosterdöd (Roper & Cox, 2017). Läkemedelsbehandling relaterat till missbruk kan vara motiverat under graviditet även om det innebär en risk att utveckla fosterskador (Socialstyrelsen, u.å.). Effekter som kan uppkomma hos barn som tagit del av substitutionsbehandling av opiater (metadon och buprenorfin) i moderlivet är bland andra NAS, plötslig spädbarnsdöd, lägre födelsevikt än genomsnittet och framtida utvecklingsstörning (Sandtorv, Reigstad, Bruarøy, Elgen & Lægreid, 2009). Om fostret exponeras för cannabis under graviditeten ökar risken för prematur förlossning (Corsi et al., 2019), låg födelsevikt (Fergusson, Horwood & Northstone, 2002) och intrauterin fosterdöd (Varner et al., 2014). Ny forskning visar även på att cannabisanvändande under graviditeten skulle kunna leda till att fostret drabbas av *Cannabis fetal spectrum disorder*, som dock ännu inte är en fastställd diagnos (Schreiber & Pick, 2019).

Prevalens av missbruk och beroende

Prevalensen av alkoholmissbruk hos kvinnor i åldern 17–19 år beräknas vara 4,9% och för alkoholberoende 7,5%. Förekomsten hos kvinnor i åldern 20–29 år har beräknats uppgå till 2,2% gällande missbruk och 7,6% gällande beroende (Ramstedt, Sundin, Landberg & Raninen, 2014). I Sverige ökar alkoholkonsumtionen bland kvinnor i åldern 26–36 år, ett tidsspann då störst andel kvinnor blir gravida och föder barn (Socialstyrelsen, u.å.).

Prevalensen av narkotikamissbruk hos kvinnor i åldern 17–19 år beräknas vara 0,9% och 1,1% i denna åldersgrupp beräknas vara beroende. Förekomsten av narkotikamissbruk hos kvinnor i åldern 20–29 år beräknas vara 0,1% och 1,2% uppskattas vara beroende (Ramstedt et al., 2014).

Kvinnans perspektiv

Inte sällan finns det bakomliggande faktorer till att ett missbruk utvecklas. Historik med drog- och alkoholmissbruk i familjen, instabila familjeförhållanden, sexuellt utnyttjande i barndomen, partner med kemiskt beroende eller en kombination av ett drogberoende och en psykisk sjukdom är exempel på orsaker (Morris, Seibold & Webber, 2012).

Det finns beskrivet att gravida kvinnor med ett missbruk upplever en rädsla att uppsöka prenatal vård på grund av stigmatisering och detta utgör därmed en barriär mellan kvinnorna och vården (Stone, 2015; Roper & Cox, 2017). Kvinnor undviker även att uppsöka vård på grund av rädsla för att bli av med vårdnaden eller omhändertagande av det väntade barnet. En annan anledning är för att det är kriminellt att missbruka narkotika (Stone, 2015). Att bruka och inneha narkotika är även illegalt i Sverige (NSL, SFS 1968:64, 1§). Genom en icke dömande attityd i vården uppmuntras kvinnorna till att söka vård under graviditeten och etablera en förtroendefull och ärlig kontakt (Jones et al., 2014; Roper & Cox, 2017, Nordenfors & Höjer, 2017). Kvinnor som bemöts med en icke dömande attityd upplever en minskad stigmatisering, skuld och skam. Kvinnorna vågar då öppna upp sig och känner sig inte som offer (Nordenfors & Höjer, 2017).

Barnmorskans perspektiv

Lagstiftning

Enligt Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, SFS 1988:870) kan en person tvångsvårdas om denne, till följd av missbruk, är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk eller om vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt. LVM kan också komma ifråga om personen till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (*Lag om vård av missbrukare i vissa fall* [LVM], SFS 1988:870).

Det har tidigare föreslagits att lagtexten skulle ändras till att även innefatta specifikt gravida personer. Formuleringen som skulle läggas till var att tvångsvård ska beslutas om denne, till följd av missbruket, *utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket* (Socialdepartementet, 2009). I utredningen framgick bland annat att gravida kvinnor i större utsträckning skulle undvika att söka vård på grund av otrygghet och rädsla för oberättigade ingripanden. Utredningen konstaterade också att det i praktiken handlar om en liten grupp kvinnor som inte inser de negativa konsekvenserna av sitt missbruk eller inte förmår att sluta missbruka. Dessa kvinnor kunde antas uppfylla något av kriterierna för tvångsvård enligt nuvarande lagstiftning. Dessutom fördes argument för att det är svårt att lagstiftningsmässigt ange förutsättningarna för tvångsomhändertagande. Detta då det inte finns ett exakt gränsvärde för när det föreligger några skaderisker för fostret. Utredningen beskrev vidare att fostrets rätt till skydd måste vägas mot moderns rätt till självbestämmande (a.a.).

Arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik

I Sverige finns ingen central styrning av hur vården av gravida kvinnor med missbruk ska se ut. Det finns däremot i Danmark där vården av dessa kvinnor och deras familjer är väl etablerad och centralt organiserad (Sundhedsstyrelsen, 2009). Familjeambulatorie som ombesörjer denna vård, ska finnas tillgänglig i alla Danmarks fem regioner. På de danska familjeambulatorierna arbetar barnmorskor, läkare, socialarbetare och psykologer tvärprofessionellt (Sundhedsstyrelsen, 2018). De bistår gravida kvinnor som har eller har haft

konsumtion av alkohol och andra droger under graviditeten samt barn som har utsatts för detta under fosterlivet. Barnen följs fram till skolåldern. Familjeambulatorierna i Danmark kan också stötta gravida kvinnor vars partner har problem med alkohol och andra droger (a.a.).

I Sverige finns ett fåtal mödravårdscentraler som riktar sig specifikt till gravida kvinnor som har ett alkohol- och eller drogmissbruk (Nordenfors & Höjer, 2017). Dessa verksamheter är organiserade på olika sätt i olika regioner. Ett exempel är Mödra- och barnhälsovårdsteamet i Haga som finns i Västra Götalandsregionen och är ett samarbete mellan Primärvården Göteborg, Södra Bohuslän och Beroendekliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vården bedrivs tvärprofessionellt med bland annat barnmorskor, barnsjuksköterska, socionom, psykiatrisjuksköterska, gynekolog, barnläkare och psykiatriker. Kvinnan har täta besök hos barnmorskan, vars stöd samordnas med insatser från övriga professioner. Barnet följs också upp under de första levnads månaderna efter förlossningen, utifrån sina specifika omständigheter och behov (a.a.).

Ett annat exempel på en mödravårdscentral med specifikt fokus på gravida kvinnor med missbruksproblematik är ambulatoriegruppen i Malmö. Ambulatoriegruppen är resultatet av ett samarbete mellan Region Skåne och Malmö Stad. Verksamheten består av barnmorskor och socionomer som samverkar kring gravida kvinnor med beroendeproblematik och erbjuder stöd till en drogfri graviditet och föräldraskap (Region Skåne & Malmö Stad, u.å.). Under de senaste 15 åren har Ambulatoriegruppen i Malmö haft cirka 40 gravida kvinnor inskrivna per år i verksamheten. Cirka en tredjedel av de 40 kvinnor som är inskrivna brukar antingen få missfall eller väljer att avbryta sin graviditet (J. Krantz, personlig kommunikation, den 18 december 2019).

Barnmorskans erfarenheter

Under en kvinnas graviditet och dess process fungerar barnmorskans profession som en stärkande funktion. Detta är Halldordottir och Karlsdottirs (2011) slutsats utifrån den barnmorsketeori som utvecklats med utgångspunkt i barnmorskans profession. Teorin utgår från att kärnan av barnmorskans arbete utgörs av professionell omvårdnad tillsammans med *professionell kompetens och vishet, mellanmänsklig kompetens och barnmorskans personliga och professionella utveckling* (a.a.).

Att vårda gravida kvinnor som missbrukar innebär en svår situation och ställer höga krav på vårdgivarna (Socialstyrelsen, u.å.). Brist på kunskap om missbruk av alkohol och droger vid graviditet visades av Williams et al. (2015) som intervjuade 43 vårdgivare, varav 20 barnmorskor, som arbetade inom antenatal vård i Sydafrika. Det identifierades även barriärer som karakteriserades av oärlighet i patienternas erkännande av missbruk och personalens fördömande attityd. Deltagarna insåg behovet av förändring av kommunikation och bemötande för att kvinnorna skulle bekänna sitt missbruk för personalen (Williams et al., 2015). Det har påvisats en komplexitet i relationen mellan barnmorska och den vårdande gravida kvinnan som missbrukar (Miles, Chapman, Francis & Taylor, 2014). För barnmorskorna var det av vikt att ha en fungerande kommunikation med kvinnorna angående deras missbruksproblematik. Att etablera ett ömsesidigt engagemang var avgörande för att kunna bygga upp en relation med kvinnan. Barnmorskorna konfronteras med de barriärer som byggdes upp av de kvinnor som inte var medgörliga, vilket försvårade vårdandet. Det krävdes ett respektfullt bemötande med öppenhet och ärlighet för att kunna se förbi missbruket, förstå och lära sig om dess komplexitet och samtidigt tillåta sig att bli frustrerad, besviken och utmanad (a.a.).

Syfte

Studiens syfte var att undersöka barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik inom svensk mödrahälsovård.

Metod

En intervjustudie valdes som metod för att studiens syfte skulle besvaras utifrån barnmorskans individuella erfarenheter från dennes livsvärld. Med livsvärld menas människans inre värld och hur den erfar och uppfattar omvärlden (Olsson & Sörensen, 2011). Den kvalitativa forskningsintervjun vill skapa en förståelse utifrån intervjupersonens perspektiv, forma en betydelse utifrån dennes erfarenheter och livsvärld (Kvale & Brinkman 2014).

Urval

Inklusionskriterierna för att kunna medverka i intervjustudien var legitimerade barnmorskor med specifik erfarenhet av att vårda gravida kvinnor med missbruk inom mödrahälsovården i Sverige. För att få ett bra resultat är en förutsättning att intervjupersonerna bedöms ha erfarenhet av det som ska studeras, vill dela med sig och berätta (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Intervjupersonerna valdes ut genom att personlig kontakt etablerades med ett par barnmorskor med denna specifika erfarenhet med aktivt uppsökande av författarna. Ett strategiskt urval användes initialt för att finna erfarenheter som omfattar ett djup och en bredd av det fenomen som skulle studeras (Malterud, 2014). På grund av att antalet möjliga intervjupersoner var förhållandevis få övergick strategiskt urval till ett tillgänglighetsurval med snöbollsteknik (a.a.). Barnmorskorna som söktes upp och önskade delta i studien tillfrågades i sin tur om de kände till flera barnmorskor med liknande erfarenhet som skulle kunna tänka sig att vara med i studien. Kontakt togs sedan med de rekommenderade intervjupersonerna. På så sätt inkluderades flera barnmorskor med denna specifika erfarenhet.

Tolv intervjupersoner med 3–25 års erfarenhet inom området inkluderades och kom från flertalet städer i södra och mellersta Sverige med syfte att bidra till en variationsbredd av erfarenheter. Samtliga intervjupersoner var kvinnor. En intervjuperson planerade att medverka i studien men valde senare att inte delta av oklar anledning. Därmed genomfördes elva intervjuer. Barnmorskorna var vid intervjutillfället antingen verksamma eller hade varit verksamma inom det aktuella området. För att få en så bred bild som möjligt av det som ska undersökas bör urvalet vara varierat. Datakvaliteten behöver inte öka med antalet intervjuer, den optimala mängden data beror snarare på studiens syfte och kvaliteten på datamaterialet (Lundman och Graneheim, 2017).

Datainsamling

Utlåtandet från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN 2–19) hade inga invändningar mot att studien genomfördes. Tillstånd från verksamhetscheferna inhämtades skriftligt via email innan intervjuerna påbörjades. För de barnmorskor som inte var verksamma vid intervjutillfället krävdes inget tillstånd från programansvarig enligt VEN. De tilltänkta intervjupersonerna kontaktades via telefon eller email. Om de önskade delta i studien skickades informationsbrev, samtyckesblankett och intervjuguide via email. Samtyckesblanketten skrevs under i samband med intervjutillfället.

I samband med utformningen av projektplanen sammanställdes ett email till barnmorskor som var verksamma inom svensk mödrahälsovård med inriktning på att vårda gravida kvinnor med missbruk. Anledningen var att få en kontakt med de fåtal barnmorskor som arbetar inom området för att se om intresse fanns att delta i studien.

En intervjuguide (bilaga 1) användes under intervjuerna och formulerades med öppna frågor. Intervjuerna var halvstrukturerade med öppenhet för nya riktningar och frågor beroende på svaren som gavs (Kvale & Brinkman, 2014). Frågorna utformades utifrån relevans till syftet. En pilotintervju genomfördes med en intervjuperson med anledning att testa och utvärdera intervjuguiden (Olsson & Sörensen, 2011). Detaljer i frågorna ändrades för att få bredare och djupare svar i förhållande till syftet. Den pilotintervju som genomfördes ansågs svara till syftet och kom till att bli en del av datamaterialet till studien. Intervjuguiden tilldelades intervjupersonerna skriftligen på förhand efter önskemål. Detta ger intervjupersonen tid och möjlighet att ta ställning till deltagande i studien (Bell & Waters, 2016). Det var inte alla intervjupersoner som tog del av den inför intervjun då behovet inte fanns.

Det kan ge större möjligheter att fånga upp olika erfarenheter om flera personer utför intervjuerna (Lundman & Graneheim, 2017). Således var båda författarna med under samtliga intervjuer för att möjliggöra fler infallsvinklar. Författarna turades om att ha huvudansvaret genom att ställa frågorna i intervjuguiden under intervjun. Den andra författaren lyssnade aktivt och följde upp med eventuella följdfrågor eller bad om förtydligande av det som intervjupersonen sagt. Samtliga intervjupersoner intervjuades genom ett fysiskt möte. Miljön där intervjun äger rum har betydelse. Det är av vikt att samtalet genomförs ostört och i avskildhet (Olsson & Sörensen, 2011). Därför var deltagarna delaktiga i valet av plats och tid för intervjun. Intervjuerna tog i genomsnitt 40 minuter och spelades in med hjälp av mobiltelefoner för att sedan transkriberas i sin helhet. Författarna transkriberade varannan intervju. Vid intervjuer har forskaren en delaktighet i den text som skapas under intervjuerna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). För en ökad trovärdighet har författarna varit medvetna om betydelsen av att inte delge sina egna tankar till det intervjupersonen berättar utan försökt förhålla sig neutralt (Olsson & Sörensen, 2011).

Analys av data

De transkriberade intervjuerna analyserades med Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Induktiv ansats valdes för att förutsättningslöst kunna analysera datamaterialet utifrån barnmorskornas berättelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Efter varje intervju påbörjades en reflektion i form av en diskussion författarna emellan. Det som framkom från diskussionerna skrevs ner inför kommande analysarbete (Burnard, 1991). Maximalt en intervju per dag utfördes för att ge tid åt reflektion. Det var varierande tidsintervall mellan intervju och transkribering. Innan analysprocessen påbörjades med att ta ut meningsbärande enheter hade författarna en distans till det insamlade datamaterialet.

Analysarbetet inleddes med att författarna gemensamt läste igenom en intervju och lyfte ut de meningsbärande enheterna. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades gemensamt för att ta reda på om författarna hade samma uppfattning om materialets innehåll. Därefter arbetade författarna separat med att läsa igenom datamaterialet och lyfta ut meningsbärande enheter, kondensera och koda materialet. Intervjuerna fördelades jämnt mellan författarna. Latent innehållsanalys valdes för att analysera och komma åt textens innebörd i datamaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). När samtliga intervjuer hade bearbetats framkom 513 koder som lades in i ett dataprogram för att kunna organisera och kategorisera materialet systematiskt. I datorprogrammet arbetade författarna gemensamt med att placera koderna i olika kategorier. Koderna kontrollerades i förhållande till de meningsbärande- och de kondenserade enheterna i samband med kategorisering för att inte förlora sitt sammanhang och giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Fyra huvudkategorier utkristalliserades med två till tre underkategorier vardera. I samband med kategorisering av koderna har författarna fört en kontinuerlig diskussion kring koderna och kategoriernas benämning, placering och innebörd på varierande abstraktions- och tolkningsnivå. Detta kan bidra till en ökad tillförlitlighet av resultatet. För att giltigheten av resultatet ska styrkas presenteras citat från intervjuerna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Exempel på analysprocessen presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Jag gör inget speciellt mer än att jag försöker vara lyhörd för den kvinnan jag har framför mig, vad hennes behov är, vilket kan vara varierande. Det är de som har allting ordnat redan, och det är klart att den kvinnan har kanske inte samma behov som en kvinna som har jättemycket med sig och som kanske inte har ett fast boende, den oron kring det, och... Att kunna förbereda för barnet, och inte veta var ska jag bo? Hur ska jag göra? Det är ju jättemycket ångestpåslag för den kvinnan, då får man ta det för henne... jag har inget speciellt program som jag gör...	Jag är lyhörd för kvinnans behov. Kvinnorna har olika förutsättningar. Vissa har allting ordnat redan, och det är klart att den kvinnan inte har samma behov som en kvinna som inte har ett fast boende, oro kring det... Jag har inget speciellt program som jag gör...	Lyhörd för kvinnans olika behov	Personliga egenskaper	Att vara hängiven

Under arbetsprocessen är det av vikt att ta hänsyn till förförståelsen (Olsson & Sörensen, 2011). Författarna har förförståelse i ämnet på grund av tidigare erfarenheter av att vårda kvinnor med missbruk inom somatisk infektionssjukvård samt beroendecentrum. Denna förförståelse har författarna använt sig av i utformandet av frågorna i intervjuguiden, under analysprocessen och i tolkningen av resultatet. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) kan förförståelsen bidra till att upptäcka ny kunskap, få en djupare förståelse och därmed öka resultatets trovärdighet.

För att öka graden av studiens överförbarhet till andra sammanhang har en noggrann beskrivning av studiens urval, deltagare, datainsamling och analys utförts (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Forskningsetiska avvägningar

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018) har etiska principer beaktats i genomförandet av studien. Den etiska principen om information, följdes genom att intervjupersonerna informerades muntligt och skriftligt om studiens syfte, genomförande, att deltagande var frivilligt och att det när som helst gick att avbryta deltagandet. Samtyckesprincipen följdes genom att en samtyckesblankett undertecknades av de intervjupersoner som önskat delta i studien. Principen om konfidentialitet följdes genom att intervjuerna avidentifierades genom kodning samt att materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga på lösenordskyddade datorer.

De insamlade uppgifterna kommer endast att användas för att besvara studiens syfte och kommer inte lämnas vidare. Efter uppsatsens godkännande kommer allt material destrueras enligt principen om nyttjandekravet. För att sprida studiens resultat kommer uppsatsen att finnas tillgänglig på internet, intervjupersonerna har även erbjudits att ta del av studiens resultat (a.a.).

Resultat

Analysen resulterade i fyra huvudkategorier med två till tre underkategorier vardera. Huvudkategorierna formades enligt följande; *Att vara hängiven*, *Att arbeta med utsatta*, *Att bli känslomässigt engagerad* och *Vård på olika villkor* som presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Sammanställning av huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategorier	Underkategorier
<i>Att vara hängiven</i>	Personliga egenskaper Förhållningssätt och kommunikation Specifika arbetsmetoder
<i>Att arbeta med utsatta</i>	Att se människan bakom missbruket Att skapa en tillitsfull relation
<i>Att bli känslomässigt engagerad</i>	Ett utvecklande arbete Glädje och sorg
<i>Vård på olika villkor</i>	Samarbete med olika instanser Att möta fördomar och okunskap

Att vara hängiven

Att vara hängiven handlade om hur barnmorskan gav sig hän i arbetet med att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik. Det belyser även vilka krav som ställs på barnmorskans *personliga egenskaper*, vikten av *förhållningssätt och kommunikation* för att bygga upp en tillitsfull relation samt *specifika arbetsmetoder* för att uppnå drogfrihet.

Personliga egenskaper

Barnmorskans personliga egenskaper var väsentliga i vårdandet av kvinnorna. Fördelaktiga egenskaper var ärlighet, uppriktighet, mod, att våga vara sårbar, vara genuin och vilja göra gott. Att barnmorskan kände sig trygg och hade sin profession grundad i sig själv, var nyfiken och lyhörd inför kvinnans behov var av vikt. Empati, att känna speciellt för kvinnorna, var en annan egenskap som framkom. Det visade sig att uthållighet och tålmod var betydelsefulla personlighetsdrag i vårdandet av kvinnorna. Andra egenskaper var uppfinningsrikedom och kreativt tänkande. Humor användes för att etablera kontakt med kvinnan.

Förhållningssätt och kommunikation

Barnmorskans förhållningssätt och kommunikation med kvinnan framgick ha en avgörande betydelse för att bygga förtroende och var en förutsättning för vårdandet. Grundläggande var att hålla sina löften, aldrig göra något utan kvinnans vetskap och aldrig svika det förtroende som givits. I mötet behövde barnmorskan vara inlyssnande, bekräftande, närvarande, tydlig, engagerad, öppen och intresserad samt medveten om sitt kroppsspråk. Dessutom lades vikt vid att ha ett rakt språk vid kommunikation med kvinnorna. Samtalen behövde ske på ett respektfullt sätt och på kvinnans villkor. Barnmorskan skulle försöka förstå, tro på kvinnan och hennes historia. Samtidigt var det av vikt att lyssna på magkänslan och inte vara naiv. Det var väsentligt att fokus låg på det positiva, att inge hopp och ha en holistisk, kärleksfull och medmänsklig utgångspunkt. Vikten av att skapa trygghet runt kvinnan, planera långsiktigt och bli oberoende av barnmorskan betonades.

Barnmorskan hade olika förhållningssätt beroende på graviditetens längd. Det var betydelsefullt med balans mellan information om risker och att skrämja upp. Kvinnans beslut ifråga om hon ville behålla barnet eller inte respekterades, det var av vikt att få henne att känna sig värdefull oavsett. Barnmorskorna fick respekt av att ge respekt och att det var respektingivande att vara personlig men inte privat. Vidare var det väsentligt att respektera kvinnans integritet, självbestämmanderätt och låta henne ha kontroll över sitt liv.

Det arbete som utfördes för att uppnå drogfrihet var med fokus på barnets välbefinnande och hälsa både under graviditet men även efteråt. Utgångspunkten var att ingen mamma ville skada sitt barn, fokus låg på det friska samt att stärka kvinnorna. Graviditeten sågs även som kvinnans främsta motivation till förändring. Barnmorskorna arbetade med att förbereda

kvinnorna inför det kommande föräldraskapet genom att uppmuntra till att ta emot stödinsatser.

Att vara flexibel i relationen till kvinnan och i verksamheten var av betydelse. Det innebar att individanpassa vården genom att tänka utanför boxen och ha flexibla mötestider, snabb handläggning och att ta det som det kommer utan specifik agenda.

...alla är ju inte som vi, som är så perfekta med klockslag, som om det nu är det som räknas som perfekt. Det tror jag är viktigt att det finns. Viktigt att göra vården tillgänglig för folk som inte har samma tidsuppfattning...

-Intervjuperson 1

För att kunna skapa en tillitsfull relation var det väsentligt att barnmorskan hade gjort upp med sina egna fördomar och värderingar för att inte döma, moralisera, skam- och skuldbelägga. Barnmorskan såg det som sin uppgift att vara ett språkrör för kvinnan och beskydda henne mot dåligt bemötande och stigmatisering.

Specifika arbetsmetoder

Det kunde vara svårt att upptäcka missbruk, eftersom det ibland var dolt bakom en välfungerande fasad. Kvinnor med missbruksproblematik som levde *Svensson-liv* var svåra att arbeta med. Det kunde vara en utmaning att få kvinnan till insikt beroende på kulturens syn på vad som var accepterat att inta under graviditeten. Genom att ställa specifika frågor om cannabis, läkemedel och alkohol kunde gravida kvinnor med missbruksproblematik identifieras. Barnmorskorna uppgav att eftersom cannabisbruk var accepterat av en del kvinnor, kunde det vara komplicerat att få dem till insikt om missbrukets allvar under graviditeten. Frågorna som ställdes handlade om smärt-, sömn- och ångestproblematik, och hur kvinnorna *hanterade* problemen under graviditeten. Detta som en ingång i att ta reda på om kvinnan använde läkemedel, droger eller alkohol.

Säg att man ska ställa frågan: "Använder du droger?" då kommer den här kvinnan säga: "Nej, det gör jag inte!". Det kan vara att man ska ställa specifikt, använder du cannabis? [...] För cannabis är för många ingen drog. Då det är

*ganska så vanligt förekommande utan att folk ser det som ett drogmissbruk. [...]
Men de ser det på ett annat sätt...*

-Intervjuperson 7

Barnmorskorna gav en bild av det *vanliga* livet genom att använda sig själva som rollförebilder. De lät sig inte bli illa behandlade eftersom de då inte var bra rollförebilder. Under det första mötet var barnmorskorna noga med att ställa krav, sätta gränser och informera om förhållningsregler. Det var väsentligt att informationen till kvinnan var lättförståelig, pedagogisk och tydlig då missbruket kunde ha satt spår hos kvinnan genom en nedsatt kognitiv funktion.

Att få jobba med alla instrument i en själv [...]. Att använda mig själv som rollbild. Jag vet hur jag går och handlar och jag vet vad det ska finnas i ett kylskåp [...]. Jag har en bild av ett hem och hur man tar hand om ett barn [...]. Om man fick sin jungfrusil när man var 13 år av sin pappa, så har man liksom ingen bild av ett normalt liv. Så jag kan använda mig som vanlig, medborgare...

-Intervjuperson 5

Barnmorskorna såg till att kvinnan fick komma på extra ultraljud för att de lättare skulle kunna ta till sig graviditeten. Genom att få kvinnan att visualisera barnet ökade motivationen till drogfrihet. Att kvinnan lämnade drogtester, upplevde barnmorskan, var ett sätt att bevisa att drogfrihet var möjligt, vilket stärkte kvinnan och ökade motivationen ytterligare.

Verksamheterna där barnmorskorna arbetade hade en uppsökande strategi. Om kvinnan inte dök upp eller hörde av sig sökte barnmorskorna upp kvinnorna. Barnmorskorna hade erfarenhet av att det inte fungerade att ha föräldragrupper med kvinnorna. Istället gavs informationen individuellt.

Förberedelser inför kommande föräldraskap innebar samtal om framtidsvisioner, drömmar samt genom reflektion över barndomen. En kartläggning över kvinnans livshistoria var till hjälp för att finna strategier och underlätta bedömningen av kvinnans behov. Det kunde vara en utmaning att få kvinnan till insikt om fördelarna med att ha en kontakt med socialtjänsten. För ökad motivation hos kvinnan att ta emot hjälp gavs saklig information om socialtjänstens roll och uppdrag.

Att arbeta med utsatta

Att arbeta med utsatta beskriver barnmorskornas erfarenheter om vad kvinnorna själva hade berättat om sina liv och *att se människan bakom missbruket*. Det var av en avgörande betydelse *att skapa en tillitsfull relation* som en förutsättning för vårdandet.

Att se människan bakom missbruket

Barnmorskorna hade en bild av att de flesta kvinnorna var utsatta och levde i en subkultur, men att det inte gick att generalisera då gruppen var heterogen. Vikten av att se människan bakom missbruket betonades, kvinnorna för illa, var sköra och blev respektlöst bemötta. Majoriteten av kvinnorna hade dålig självkänsla och var inte vana vid att få respekt, beröm eller ta plats, dock upplevdes de som starka individer.

Det var inte ovanligt att kvinnorna hellre sökte hjälp hos vänner än av samhället, de upplevde att samhället hade omöjliga krav på dem. De hade låg tillit och misstro mot sjukvården, socialtjänsten och myndigheter eftersom de sedan tidigare haft dåliga erfarenheter. För att skydda sig själv kunde kvinnan bete sig manipulativt. Dåliga erfarenheter från sjukvården kunde bestå i, att kvinnan blivit nekad adekvat smärtbehandling.

Det betonades att dessa kvinnor var som alla andra gravida kvinnor med samma frågor och samma oro, de ville inte skada sitt barn men hade inte förutsättningar att låta bli. Ett positivt graviditetstest väckte oftast glädje hos kvinnorna. Drogfrihet under graviditeten brukade uppnås när kvinnan hade regelbunden kontakt med barnmorskan. Kvinnorna var motiverade till förändring när de hade bestämt sig för att behålla barnet, graviditeten sågs av barnmorskan som den avgörande orsaken till förändring.

Kvinnorna som gjorde en helomvändning, kanske har levt i 20 år i missbruk, och sov typ på gatan eller tält [...] och stod helt utanför samhället, men där en graviditet faktiskt innebar en helomvändning i livet. Hon fick möjlighet till lägenhet, till och med praktikplats, ett ordnat liv. Och klarade hela graviditeten och även efteråt.

-Intervjuperson 3

Det kunde dock vara svårt för kvinnan att hålla motivationen uppe under längre tid. Svårigheter kunde uppstå när kvinnan fokuserade på sin partner istället för att hålla sig drogfri. Missbruket var ofta en följd av tragiska livsöden. Kvinnorna kunde ha dåliga relationer, präglade av sin uppväxt med störd anknytning till sina föräldrar och saknade goda föräldraförebilder. Detta kunde skapa rädsla och osäkerhet inför kommande föräldraskap. Å andra sidan kunde kvinnorna bli tryggare under graviditeten eftersom de tillbringade mycket tid hos barnmorskan. Graviditeten var en tid för reflektion över sin egen barndom och kommande föräldraförmåga. Kvinnorna saknade ofta trygghet i form av bostad och sysselsättning inför det kommande föräldraskapet vilket var ytterligare stressfaktorer.

Att skapa en tillitsfull relation

Att skapa en tillitsfull relation med kvinnan var kärnan i vårdandet, utan tillit uteblev vårdandet. Barnmorskorna beskrev att relationen och förtroendet testades av kvinnan på olika sätt och att det var väsentligt att barnmorskan alltid stod kvar vid kvinnans sida. Att träffa kvinnan tidigt under graviditeten samt att låta henne komma på täta besök gav barnmorskan och kvinnan tid att lära känna varandra och skapa starka band, en allians. Ett sätt för barnmorskan att skapa förtroende var att gratulera kvinnan till graviditeten vid det första besöket, eftersom graviditeten var ett bevis på kvinnans fertilitet.

De allra flesta har varit utsatta för hur mycket skit som helst. Du får en positiv gravtest på en missbrukare, då ska du säga: -Grattis! Den stunden du säger grattis till henne, så får du automatiskt en tillit. Ett bemötande som du inte alls hade väntat dig, som inte hon hade väntat sig...

-Intervjuperson 4

Det var av vikt att barnmorskan kunde härbärgera både sina egna och kvinnans känslor, det kunde upplevas svårt att hålla masken. En utmaning i relationen var att se oberörd ut inför det som kvinnan berättade och fortfarande vara empatisk. Det fanns erfarenheter av att kvinnorna hade en känslighet i att känna av fördomar och dömande attityder omgående. Kvinnorna tappade förtroendet omedelbart vid minsta dömande, tyckande eller antagande. Barnmorskan var även tvungen att gå framåt i relationen i lagom takt för att ha kvinnan med sig.

Barnmorskorna uppgav att de hade blivit lurade och manipulerade av kvinnorna. Det kunde vara svårt att urskilja gränsen för manipulation, detta var något som blev tydligare med växande erfarenhet. Att ständigt vara medveten om risken för att bli lurad och samtidigt ha ett gott bemötande var väsentligt. Det var påfrestande att hantera besvikelsen vid insikten om manipulation.

Att barnmorskan var tillgänglig skapade trygghet. I relationen mellan barnmorskan och kvinnan fanns oftast en ömsesidig respekt och förståelse. Således uppstod inga problem när barnmorskan gav ut sitt privata telefonnummer, nästan ingen ringde och om någon ringde var det allvar. Under besöken pratade barnmorskan och kvinnan om allt möjligt, relationer med både allvar och skratt formades.

Det var betydelsefullt att ha kunskap om substanserna som kvinnorna missbrukade, det skapade förtroende. Barnmorskorna hade även erfarenheter av att det fanns en klokhet bakom drogerna och att det var av vikt att försöka hitta den.

[...] Då säger hon: "jag vill ha den socialsekreteraren som omhändertog mitt förra barn för henne litar jag på" [...] Det finns oftast bakom drogerna ett klokskap hos de flesta individer, och det är det man får utmana hela tiden, att hitta det klokskapet...

-Intervjuperson 5

Kvinnorna saknade ibland friska sociala nätverk. Barnmorskorna beskrev att relationen då kunde bli för nära och att det var svårt att hålla sin profession. Det betonades att det var skadligt att göra kvinnorna beroende av barnmorskan eftersom det hämmade kvinnorna i deras utveckling mot en stabil och självständig tillvaro. Dock poängterades det även att kvinnorna för det mesta var bra på att avgränsa sin relation till barnmorskan och att när kvinnan mådde bättre, inte sökte någon närmare kontakt.

Att bli känslomässigt engagerad

Barnmorskorna beskrev erfarenheter av *ett utvecklande arbete* på ett personligt plan men som ställde höga krav med behov av handledning. Arbetet engagerade barnmorskan känslomässigt med *glädje och sorg* beroende på hur det gick för kvinnan och graviditeten.

Ett utvecklande arbete

Barnmorskorna upplevde arbetet med kvinnorna som utmanande men samtidigt utvecklande, intressant, lärorikt och givande. Vidare upplevde barnmorskan att arbetet förändrade henne som person och gav nya insikter. Drivkraften bakom att arbeta med kvinnorna var att det kändes meningsfullt, en känsla av att göra gott, göra skillnad, att det inte gick att förutspå hur det skulle bli med kvinnan.

Att ha någon form av handledning i arbetet med kvinnorna beskrevs som en förutsättning för att kunna göra ett bra jobb. Handledningen kunde vara tillsammans med kollegor eller med en psykolog som arbetade utanför barnmorskans verksamhet. Handledningen gav barnmorskorna utrymme för reflektion och emotionell avlastning. Barnmorskorna uppgav att handledningen minskade risken för dem att begå misstag, gav kunskap och stöd i hur barnmorskan skulle förhålla sig till kvinnan samt gjorde arbetet lättare att hantera.

Glädje och sorg

Barnmorskorna upplevde arbetet med kvinnorna som positivt och lustfyllt, det gav glädje och inspiration och de kände tillfredsställelse när kvinnan gjorde framsteg. En känsla av lättnad infann sig när det hade gått bra, kvinnan var förlöst och barnmorskans uppdrag var slutfört. Å andra sidan kunde barnmorskan känna sorg när det inte gick bra för kvinnan. Det var känslomässigt svårt för barnmorskan att lyssna på kvinnornas tragiska livsberättelser när kvinnan berättade utan att involvera några känslor.

...De liksom: ” [...] mamma och pappa skilda och utnyttjade av pappor, våldtagen [...], missbruk, pappa söp, jag blev slagen, [...], jag började röka på då, pojkvän... misshandlad och sen så satt jag i fängelse” ...och det bara liksom kommer[...] de kan prata om det utan något större engagemang [...] och jag som container då med min medelsvensson-uppväxt. Det var svårt att lyssna på...

-Intervjuperson 2

Barnmorskorna kände sorg över det liv som kvinnorna hade gått miste om. Om kvinnan inte lyckades bli drogfri kände barnmorskorna hopplöshet och frustration. Misslyckanden var svåra för barnmorskorna att acceptera och de tog med sig arbetet hem. Det kändes ensamt när kollegor runt barnmorskan saknade kunskap om kvinnor med missbruksproblematik.

Mödravårdsenheter med inriktning att vårda gravida kvinnor med missbruk har utvecklats genom olika projekt i landet. Att bygga upp en enhet tog kraft från barnmorskorna, samtidigt som det upplevdes som positivt att få vara med och utforma verksamheten. Det framkom en besvikelse över organisationen när erfarenheter som byggts upp genom åren inte togs tillvara när projekt lades ner.

Vård på olika villkor

Gravida kvinnor med missbruksproblematik hade behov av stöd genom *samarbete med olika instanser* för en kontinuitet och för ett lyckat resultat. *Att möta fördomar och okunskap* beskrevs av barnmorskorna genom den stigmatisering kvinnorna möter inom vården.

Samarbete med olika instanser

För att kvinnan skulle bli drogfri under graviditeten hade samarbetet med olika instanser en avgörande roll. För barnmorskorna var det värdefullt, avlastande och tryggt att ha ett nära samarbete med en socionom i teamet runt kvinnan. Bristande samarbete med olika instanser, exempelvis socialtjänsten, kunde vara arbetsamt och skapa frustration. Bristande samarbete kunde vara när det inte fanns förståelse för kvinnans behov och när processerna var nedprioriterade.

Samverkan mellan instanser samt regelbundet stöd för kvinnan var en förutsättning för fortsatt drogfrihet efter förlossningen. Att utveckla en vårdplan för kvinnan gav goda förutsättningar för ett gott samarbete mellan instanser och skapade tydlighet och trygghet för kollegor. En del av vårdplanen var att kvinnan fick etablera kontakt med instanser som barnavårdscentral [BVC] och neonatalavdelning [NEO]. Kollegor som arbetade utanför barnmorskornas verksamhetsområde, upplevdes av barnmorskorna bli frustrerade över arbetet med kvinnorna, då de saknade den tid, flexibilitet och kunskap som krävdes.

Att möta fördomar och okunskap

Kvinnorna hade behov av en annan vård än den vård som gavs i basmödrahälsovården. Barnmorskorna upplevde att vården inte var på lika villkor och upprörande att det inte satsades mer på denna grupp. De gravida kvinnorna med missbruk upplevdes missgynnas genom att resurser fördelades ojämlikt:

De ska väl komma till fina lokaler, precis som alla andra. För jag menar, om man har ett missbruk, så ska man ju inte bli behandlad på något annat sätt än alla andra. Man har ett annat vårdbehov men det har man om man har cancer också, eller diabetes.

-Intervjuperson 10

För att undvika att kommande generationer skulle drabbas på samma sätt som sina mödrar uttryckte barnmorskorna betydelsen av att uppmärksamma och prioritera dessa kvinnor i större utsträckning. Barnmorskorna som arbetade riktat med gravida kvinnor med missbruksproblematik var självlärda. De menade att missbruksproblematik hos gravida måste upptäckas i basmödrahälsovården. Detta genom att lägga större fokus på att ställa specifika och fördjupande frågor om alkohol, droger och läkemedel.

Kvinnorna mötte fördomar i sjukvården, blev illa behandlade och stigmatiserade.

Barnmorskorna upplevde att det fanns ett förakt bland övrig personal och var därför måna om att lämna över till *rätt* kollega. Barnmorskorna såg att det fanns en risk att fördomar spreds vid rapportering och journalföring. Det var av yttersta vikt att dokumentation och planering var tydlig och respektfull vid överlämnandet till förlossningen, BB och BVC för att kvinnan inte skulle bli misstänkliggjord. Barnmorskorna uttryckte att det fanns en risk för att de själva blev sedda som märkliga av annan vårdpersonal, då de arbetade med dessa kvinnor. Det var av betydelse för barnmorskorna att inte bli *för* avvikande, eftersom de då inte längre kunde hjälpa kvinnorna i samma utsträckning.

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens val av design med kvalitativ intervjustudie som metod bedömdes vara relevant i förhållande till syftet då studien skulle besvaras utifrån erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2014). Fokusgruppsintervjuer är en metod som också skulle kunna vara lämplig i förhållande till syftet, då det finns flera fördelar, exempelvis att metoden är effektiv gällande att samla in

stora mängder kvalitativa data på kort tid samt att gruppdynamiken kan hjälpa deltagarna att hålla sig till ämnet (Robinson, 1999). Dock valdes individuella intervjuer som metod eftersom det var svårt att hitta tider som passade för intervjupersonerna. Dessutom kräver fokusgruppsintervjuer en högre grad av expertis av samtalsledaren jämfört med vad som krävs vid individuella intervjuer (Robinson, 1999). Vid fokusgruppsintervjuer kan det även bli problematiskt att upprätthålla konfidentialiteten (a.a.).

Urvalets tillvägagångssätt har betydelse för resultatets giltighet, en annan avgörande faktor för ett bra resultat är att intervjupersonerna har erfarenhet av det som ska studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Urvalet i studien kom till att ske med både strategiskt- och tillgänglighetsurval med snöbollsteknik. Detta medförde att intervjupersonerna hade erfarenhet av att vårda gravida kvinnor med missbruk inom svensk mödrahälsovård och därmed ansågs resultatet ha en giltighet i förhållande till syftet.

Urvalet bidrog till en variation av erfarenheter. Dessa variationer var olika städer och olika längd på arbetslivserfarenhet inom området. Även tillgänglighetsurval med snöbollsteknik bidrog till en variation bland barnmorskorna. Detta genom att vissa barnmorskor var verksamma vid intervjutillfället medan andra hade tidigare erfarenhet av att vara verksam inom området. Variationen ansågs bidra till att de verksamma barnmorskorna kunde beskriva erfarenheter utifrån dagens verksamhet och samhällets nuvarande utmaningar. Barnmorskor som inte längre var verksamma inom området upplevdes ha en distans till ämnet med tid för reflektion över det arbete som utförts. Dessa faktorer tros ha bidragit till en variation av djup och bredd i studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2017; Malterud, 2014).

Snöbollstekniken bidrog till att studien utfördes inom ett begränsat geografiskt område i södra Sverige. Målet var att strategiskt urval skulle skapa en geografisk spridning av barnmorskor från olika delar av landet, en variation som uteblev. En intervju var planerad i mellersta Sverige men intervjupersonen avböjde av oklar anledning. Trots den begränsade geografiska spridningen av barnmorskor ansågs materialet hålla en hög kvalitet då det innehöll rikligt med olika nyanser och variationer av erfarenheter. Därav inkluderades inte fler intervjupersoner i studien. Det insamlade materialet bedöms svara mot syftet och hålla en hög kvalitet, vilket ger studien en ökad giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Studiens syfte var utgångspunkt för formulerandet av intervjuguiden men även författarnas förförståelse har påverkat utformningen. Detta gav sig bland annat uttryck i formulerandet av

frågor som berörde barnmorskors utmaningar och förtroende vid vårdandet av gravida kvinnor med missbruk. Lundman & Hällgren Graneheim (2017) menar att förförståelsen inte skall sättas inom parentes utan istället användas i processen för att styrka resultatets trovärdighet. Författarna hade en begränsad erfarenhet av att utforma intervjuguiden. För att styrka intervjuguidens giltighet utfördes en validerande pilotintervju som sedan utgjorde underlaget för den slutgiltiga intervjuguiden (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjupersonerna fick ta del av intervjuguiden skriftligen på förhand enligt önskemål. Det gav intervjupersonerna möjlighet och tid att ta ställning att utföra intervjun eller inte (Bell & Waters, 2016). Detta tros bidra till en mental förberedelse och eftertänksamhet vid de tillfällena intervjupersonerna upplevde behov av att förbereda sig. Det var inte samtliga som hade behovet av att läsa guiden på förhand även om möjlighet gavs.

Det anses vara en styrka att båda författarna var med under samtliga intervjuer, vilket ökade möjligheten till nya infallsvinklar och uppföljningsfrågor. Om fler personer utför intervjuerna är det tänkbart att fler erfarenheter uppmärksammas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Trots detta upptäcktes i efterhand att svaren inte alltid följdes upp med frågor som hade kunnat bidra till svar på studiens syfte. Detta tros bero på författarnas begränsade erfarenhet av intervjumetodik, vilket ses som en svaghet då en större erfarenhet inom området hade kunnat bidra till ett djupare material. Vid datainsamling med intervjuer har forskaren delaktighet i den text som skapas under intervjun (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Under intervjuerna försökte författarna förhålla sig neutralt på så sätt att egna tankar, funderingar eller värderingar inte delgavs intervjupersonerna. Detta anses öka studiens trovärdighet (Olsson & Sörensen, 2011).

Efter varje intervju gavs tid åt reflektion och diskussion författarna emellan och tankar som väcktes skrevs ner inför analysprocessen (Burnard, 1991). Det fanns utrymme att få distans till det transkriberade datamaterialet innan analysprocessen påbörjades, vilket har underlättat arbetet med att hitta mönster i materialet och framhäva intervjupersonernas egna röster (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Författarnas förförståelse för området som studerats tros ha varit en fördel under analysprocessen (a.a.). Fenomenet som studien behandlat anses vara av en komplex natur, författarnas förförståelse bedöms ha skapat en djupare förståelse som underlättat identifieringen av mönster i materialet. Resultatets kategorier har utvecklats med varierande abstraktionsnivå beroende av innehållet och anses ge en ökad tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Likaså har författarna kontinuerligt reflekterat och

diskuterat under processens gång och analyserat delar av materialet gemensamt, vilket också är en fördel för resultatets tillförlitlighet då koder och kategoribenämningar kan bli mer sammanhållna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Gemensam analys, diskussion och reflektion har varit nödvändig på grund av författarnas begränsade erfarenhet, det har även bidragit till att kategorierna har blivit synligare för författarna. Med tanke på författarnas begränsade erfarenhet har studiens handledare tagit del av det råa datamaterialet samt varit delaktig med nya infallsvinklar under analysprocessen. Vid utvecklandet av kategorier har det varit komplext att särskilja de erfarenheter som delgivits barnmorskan av de vårdade kvinnorna och de erfarenheter som barnmorskorna själva upplevt, där båda delar besvarade syftet. Citat har använts som en förstärkande beskrivning av resultatet, detta bidrar till en ökad giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) är det upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart till andra sammanhang eller grupper. Bedömning av studiens överförbarhet ökas med hjälp av den redogörelse som utförts utifrån urval, deltagare, datainsamling och analys (a.a.). Utifrån den kontext fenomenet har studerats och med det resultat som beskrivits är möjliga områden med aktuell överförbarhet exempelvis basmödrahälsovården i Sverige. Överförbarheten borde dock inte vara begränsad till svenska förhållande då resultatet beskriver en individanpassad flexibel vård för gravida kvinnor med missbruk.

Resultatdiskussion

Ett betydelsefullt resultat, var vikten av att bygga upp en tillitsfull relation med kvinnan. Detta fynd stämmer väl överens med tidigare forskning som bedrivits ur kvinnans perspektiv med betoning av vikten av en förtroendefull relation (Jones et al., 2014; Roper & Cox, 2017, Nordenfors & Höjer, 2017) En tillitsfull relation var även en förutsättning för vårdandet och anses visa på de krav som ställs på barnmorskan med den komplicerade vård det innebär att vårda gravida kvinnor med missbruk (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011; Miles, Chapman, Francis & Taylor, 2014). Ett sätt att skapa en tillitsfull relation mellan kvinnan och barnmorskan skulle kunna vara att arbeta enligt arbetsmodellen caseload. Caseload innebär att en barnmorska tar hand om ett visst antal gravida kvinnor per år; kvinnorna följs sedan under hela graviditeten, förlossningen och under puerperium (Ricchi et al, 2019). Det har visat sig att caseload kan förebygga FASD i samband med vård av gravida kvinnor med missbruksproblematik (Reid, Gamble, Creedy, & Finlay-Jones, 2019). Detta genom att

arbetsmodellen ökar graden av kontinuitet som i sin tur främjar tillit i den vårdande relationen (a.a.).

Barnmorskornas syn på deras egna personliga egenskaper och den kompetens som krävs i vårdandet av gravida kvinnor med missbruk stämde överens med vikten av att barnmorskan ska vara genuin, icke dömande, utvisa empati samt ha en vilja att göra gott (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011). Dessutom visade resultatet att det var av betydelse att barnmorskan kunde kommunicera på ett sätt som kvinnan förstod och att barnmorskan strävade efter att skapa en trygg och säker miljö för mor och barn. Det var även av vikt för barnmorskan att kunna upprätthålla en professionell relation med kvinnan och att barnmorskan var medveten om sina egna attityder och känslor (a.a.).

Ett fynd pekar på att det kunde vara problematiskt att arbeta med kvinnor som inte identifierade sig som *missbrukare*. Kvinnor som utåt sett levde *vanliga* liv med sysselsättning och bostad men där cannabis och alkohol var förekommande var svåra att få till insikt om situationens allvar. Detta ligger i linje med resultat från en amerikansk intervjustudie (Holland et al., 2016) som visar på att sjukvårdspersonal upplever att gravida kvinnor som använder cannabis inte ser användandet som ett drogmissbruk. Kvinnans kultur framkom även ha betydelse för synen på användande av en viss substans. Med kultur menas de normer, värderingar, attityder och beteenden som är typiska för en viss kultur och som överförs över generationer (Phinney, 1996). Kulturens betydelse stämmer överens med tidigare forskning som visar på att det finns skillnader i risken att hamna i ett missbruk beroende på kulturell tillhörighet (Fisher, Zapolski, Sheehan & Barnes-Najor, 2017). Att flera länder i världen har legaliserat användande av cannabis (Chang et al., 2019; Hakkarainen, 2016; Holland et al., 2016) och att unga personer idag ser cannabis som mindre skadligt (Burdzovic Andreas, 2019) skulle kunna tolkas som en ökande acceptans i samhället. En ökande acceptans skulle i sin tur kunna göra att andelen kvinnor som fortsätter att använda cannabis under graviditeten ökar. Förutom kulturens och samhällets inverkan på substansanvändandet, är korrekt information av betydelse. Det verkar dock inte endast vara gravida kvinnor som saknar kunskap om substansers skadeverkningar under graviditeten. Enligt Chiodo et al (2019) uppgav mer än en tredjedel av tillfrågade barnmorskorna och sjuksköterskorna som arbetade inom prenatal vård i USA, att det var riskfritt att dricka alkohol under åtminstone en av graviditetens trimestrar. Studier rapporterar att det finns en kunskapsbrist bland sjukvårdspersonal om skadeverkningar av cannabisanvändande under graviditeten. Enligt

Holland et al (2016) upplevde sjukvårdspersonal att de inte hade tillräcklig kunskap om cannabisanvändande under graviditeten för att kunna ge gravida kvinnor adekvat information. Det har även visat sig att kvinnor upplever bristande och tvetydig information från sjukvården angående alkoholintag under graviditeten (Crawford-Williams, Steen, Esterman, Fielder, & Mikocka-Walus, 2015). Dessa resultat pekar på att fosterskador kanske hade kunnat förhindras med bättre information om de faktiska skadeverkningarna.

Ett intressant fynd var hur barnmorskorna tänkte kring att ställa frågor om alkohol, droger och läkemedel. De uppgav att det var betydelsefullt att inte fråga generellt om droganvändande, utan att istället specifikt fråga om den gravida kvinnan använde cannabis, för att upptäcka ett missbruk. Detta resultat stämmer väl överens med tidigare forskning (Holland et al., 2016). Barnmorskorna som intervjuades, menade att hälsosamtals primära syfte hade varit att säkerställa att kvinnan informerades om sådant som kunde vara skadligt för graviditeten och även ett sätt för barnmorskan att upptäcka och förebygga risker relaterat till intag av skadliga substanser. Att inte ställa dessa frågor kunde få förödande konsekvenser (Floyd et al., 2008). Resultat från en icke-randomiserad studie från Australien visar på att 25% av kvinnorna i mödrahälsovården screenas inadekvat eller inte alls angående deras alkohol- och drogvanor, trots att detta är starkt rekommenderat (Seib et al., 2012). Studiens resultat visade på att frågor, med syfte att upptäcka missbruk, hade en tendens att komma bort bland allt annat arbete som skulle utföras inom basmödrahälsovården. Att förekomsten av FASD har visats vara högre än förekomsten av Downs Syndrom, trisomi 18, spina bifida och autism spectrum disorder [ASD] (Popova et al., 2019) kan ses som ett tecken på att missbruksproblematik hos gravida kvinnor är ett område som inte är tillräckligt uppmärksammat. Detta indikerar även på en ojämlik vård, då vissa barn riskerar att få livslånga skador, redan innan de föds (Williams & Smith, 2016). Barnmorskors arbetsmiljö påverkar möjligheten att upptäcka gravida kvinnor med missbruksproblematik (Oni, Buultjens, Blandthorn, Davis, Abdel-latif & Islam, 2020). Således borde det vara av högsta prioritet att säkerställa att barnmorskors arbetsmiljö och kunskap gör det möjligt att identifiera gravida kvinnor med missbruksproblematik. Detta för att kunna ge rätt stöd till kvinnor och förhindra att deras barn skadas.

Konklusion och implikationer

Resultatet visar på att en av de viktigaste beståndsdelarna i att vårda gravida kvinnor med missbruksproblematik är att bygga upp en förtroendefull relation, det är en förutsättning för vårdandet. Det är av stor vikt att se över hur frågor om missbruk ställs till gravida kvinnor inom basmödrahälsovården. Detta, för att i större utsträckning kunna förebygga och förhindra att barn drabbas av substansrelaterade skador. Studiens resultat pekar även på en snedfördelning av samhällets resurser, och att gravida kvinnor med missbruksproblematik inte är en prioriterad fråga. Det är rimligt att anta att det finns en vinst i att vårda de gravida kvinnorna istället för barn med substansrelaterade skador, både vad gäller ett samhällsekonomiskt perspektiv och mänskligt lidande. Ett sätt att ge frågan en ökad prioritet och skapa större möjligheter för en jämlik vård skulle vara en nationell samordning inom området. Vidare finns det behov av ytterligare forskning inom området då det verkar finnas ett stort mörkertal och det inte är känt hur problematiken ser ut i Sverige.

Referenser

- Bell, J. & Waters, S. (2016). Att planera och genomföra intervjuer. *Introduktion till forskningsmetodik*. (5.uppl. s.189–206). Lund: Studentlitteratur.
- Burdzovic Andreas, J. (2019). Perceived harmfulness of various alcohol- and cannabis use modes: Secular trends, differences, and associations with actual substance use behaviors among Norwegian adolescents, 2007-2015. *Drug & Alcohol Dependence*, 197, 280–287. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.003>
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 1991(11). 461-466.
- Chang, J. C., Tarr, J. A., Holland, C. L., De Genna, N. M., Richardson, G. A., Rodriguez, K. L., ... Arnold, R. M. (2019). Beliefs and attitudes regarding prenatal marijuana use: Perspectives of pregnant women who report use. *Drug & Alcohol Dependence*, 196, 14–20. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.drugalcdep.2018.11.028>
- Chiodo, L. M., Cosmian, C., Pereira, K., Kent, N., Sokol, R. J. & Hannigan, J. H. (2019). Prenatal Alcohol Screening During Pregnancy by Midwives and Nurses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43, 8. 1747-1758. doi: 10.1111/acer.14114
- Corsi, D. J., Walsh, L., Weiss, D., Hsu, H., El-Chaar, D., Hawken, S., & Walker, M. (2019). Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 322(2), 145–152. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1001/jama.2019.8734>
- Crawford-Williams, F., Steen, M., Esterman, A., Fielder, A. & Mikocka-Walus, A. (2015). "My midwife said that having a glass of red wine was actually better for the baby": a focus group study of women and their partner's knowledge and experiences relating to alcohol consumption in pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 79. 1-11. doi: 10.1186/s12884-015-0506-3
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Northstone, K. (2002). Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109: 21-27. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01020.x
- Fisher S., Zapolski, T. C. B., Sheehan, C. & Barnes-Najor, J. (2017). Pathway of protection: Ethnic identity, self-esteem, and substance use among multiracial youth. *Addictive Behaviors*. 72, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.003>
- Floyd, L., Jack, B. W., Cefalo, R., Atrash, H., Mahoney, J., Herron, A., & Sokol, R. J. (2008). The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 199, 6, 333-339. doi: [org/10.1016/j.ajog.2008.09.018](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.09.018)
- Gupta, K. K., Gupta, V. K. & Shirasaka, T. (2016). An Update on Fetal Alcohol Syndrome Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40 (8). 1594–1602. doi: 10.1111/acer.13135

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hakkarainen, P. (2016). Vaporizing the pot world – easy, healthy, and cool. *Drugs & Alcohol Today*, 16(3), 185–193. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1108/DAT-10-2015-0062>
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 806–817. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x.
- Holland, C. L., Abena Nkumsah, M., Morrison, P., Tarr, J. A., Rubio, D., Rodriguez, K. L., ... Chang, J. C. (2016). “Anything above marijuana takes priority”: Obstetric providers’ attitudes and counseling strategies regarding perinatal marijuana use. *Patient Education and Counseling*, 99, (9), 1446-1451 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.003>
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Codes of Ethics for Midwives*. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jones, E. H., Deppen, K., Hudak, L. M., Leffert, L., McClelland, C., Sahin, L. & Creanga A. A. (2014). Clinical care for opioid-using pregnant and postpartum women: the role of obstetric providers. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, April, 302–310. doi: 10.1016/j.ajog.2013.10.010
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). Introduktion till intervjuforskning. *Den Kvalitativa forskningsintervjun*. (3:3. uppl. s. 17–37). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). Karakterisering av den kvalitativa forskningsintervjun. *Den Kvalitativa forskningsintervjun*. (3:1. uppl. s. 41–68). Lund: Studentlitteratur.
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall* (SFS 1988:870). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:2. uppl. 219–234). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). Urval. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3.uppl. S. 65-77). Lund: Studentlitteratur.
- Miles, M., Chapman, Y., Frances, K. & Taylor, B. (2014). Midwives experiences of establishing partnerships: Working with Pregnant women who use illicit drugs. *Midwifery*, 30, 1082–1087. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.020
- Morris, M., Seibold, C. & Webber, R. (2012). Drugs and having babies: An exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women. *Midwifery*, 28, 163–172. doi: 10.1016/j.midw.2011.03.002

Narkotikastrafflag. (SFS 1968:64). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/narkotikastrafflag-196864_sfs-1968-64

Nordenfors, M., & Höjer, I. (2017). Mothers with substance and alcohol abuse-support through pregnancy and early infancy. *Social Work in Health Care*, 56(5), 381–399. doi:10.1080/00981389.2017.1299072

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). Metoder för datainsamling. *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv- Forskningsprocessen*. (3. Uppl.s. 129–155). Stockholm: Liber.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). Vetenskaplig arbetsmetod. *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv- Forskningsprocessen*. (3. Uppl. s. 35-41). Stockholm: Liber.

Oni, H. T., Buultjens, M., Blandthorn, J., Davis, D., Abdel-latif, M., & Islam, M. M. (2020). Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. *Midwifery*, 81, N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2019.102595>

Phinney, J., (1996). When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *American Psychologist*, 51 (9), 918–927.

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G. & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5, 290–99. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30021-9

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G. & Rehm, J. (2018). Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. *Biochemistry Cell Biology*, 96, 237–240. doi.org/10.1139/bcb-2017-0077

Popova, S., Lange, S., Poznyak, V., Chudley, A. E., Shield, K. D., Reynolds, J. N., & Rehm, J. (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health*, 19(1), 1–12. doi: org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12889-019-7213-3

Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J. & Raninen, J. (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013: en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak*. (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem, STAD- rapport nr. 55). Hämtad från <http://stad.org/sites/default/files/media/STAD-rapport-nr-55-ANDT-feb-20141.pdf>

Region Skåne & Malmö Stad (u.å.). *Ambulatoriet - För en drogfri och nykter graviditet och stöd i föräldraskapet*. Hämtad från https://malmo.se/download/18.693435e1616fea8abd74afc/1518794019639/ambulatoriet_folder.pdf

Reid, N., Gamble, J., Creedy, D. K., & Finlay-Jones, A. (2019). Benefits of caseload midwifery to prevent fetal alcohol spectrum disorder: A discussion paper. *Women and Birth*, 32(1), 3-5. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.002>

Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C. & Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed for Health Professions*, 90 (6) 41-52 DOI: 10.23750/abm.v90i6-S.8621

Robinson N. (1999). The use of focus group methodology -- with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 29(4), 905–913. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1046/j.1365-2648.1999.00966.x>

Roper, V. & Cox, J. K. (2017). Opioid Use Disorder in Pregnancy. *Journal of Midwifery Womens Health* 62, 329–340. doi:10.1111/jmwh.12619

Sandtorv, L., Reigstad, H., Bruarøy, S., Elgen, I. & Lægreid, L-M. (2009). Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 4 (129), 287–9. doi: 10.4045/tidsskr.09.33335

Schreibera, S. & Pick, C. G. (2019). Cannabis use during pregnancy: Are we at the verge of defining a “fetal cannabis spectrum disorder”? *Medical Hypotheses*, 124, 53-55. doi: [org/10.1016/j.mehy.2019.02.017](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.02.017)

Seib, C. A., Daglish, M., Heath, R., Booker, C., Reid, C. & Fraser, J. (2012). Screening for alcohol and drug use in pregnancy. *Midwifery*, 28, 760-764. doi: 10.1016/j.midw.2011.08.003

Singer, L. T., Min, M. O., Minnes, S., Short, E., Lewis, B., Lang, A. & Wu, M. (2018). Prenatal and concurrent cocaine, alcohol, marijuana, and tobacco effects on adolescent cognition and attention. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 37-44. doi: [org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.022](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.022)

Socialdepartementet. (2009). *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet* (Ds 2009:19). Stockholm: Edita Sverige AB.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Missbruk under graviditeten*. Hämtad 2018-12-12 från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/missbrukundergraviditeten>

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health and Justice*, 3 (2), 1-15. doi: 10.1186/s40352-015-0015-5

Sundhedsstyrelsen. (2018). Familieambulatorier. Hämtad 2018-12-17 från <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/familieambulatorier>

Sundhedsstyrelsen. (2009). *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier - med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer - og specialiseret opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler*. (VEJ nr. 49). Hämtad från <http://www.sst.dk/~media/649543453E604015A9295BA614082A72.ashx>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Varner, M., Silver, R., Rowland Hogue, C., Willinger, M., Parker, C., Thorsten, V., & Goldenberg, R., (2014). Association Between Stillbirth and Illicit Drug Use and Smoking During Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 123(1):113–125. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000052

Williams, J. F., & Smith, V. C. (2016). Fetal alcohol spectrum disorders. *MIDIRS Midwifery Digest*, 26(1), 112. Retrieved from <https://search-ebshost-com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=127645672&site=ehost-live>

Williams, P. P., Petersen, Z., Sorsdahl, K., Mathews, C., Murphy, K. E. & Parry, D. H. C. (2015). Screening and Brief Interventions for Alcohol and Other Drug Use Among Pregnant Women Attending Midwife Obstetric Units in Cape Town, South Africa: A Qualitative Study of the Views of Health Care Professionals. *Journal of Midwifery Womens Health* 60, 401–409. doi: 10.1111/jmwh.12328

Wilhoit, L. F., Scott, D. A. & Simecka, B. A. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Characteristics, Complications, and Treatment. (2017). *Community Mental Health Journal* 53, 711–718. doi: 10.1007/s10597-017-0104-0

Båda författarna har fördelat arbetet lika mellan varandra under hela arbetsprocessen. Från datasökningar, insamling och analys av data till skrivande och slutsatser. Båda har läst och godkänt den slutgiltiga versionen.

Intervjuguide

Inledande frågor

1. Hur länge har du arbetat med gravida kvinnor som missbrukar?
2. Under vilken period?
3. Vad var det som fick dig till att vilja arbeta med gravida kvinnor som missbrukar?

4. Hur har det varit att arbeta med gravida kvinnor som missbrukar?
5. Vad är speciellt med att vårda gravida kvinnor som missbrukar jämfört med gravida kvinnor som inte missbrukar?
6. Vad är utmaningen som barnmorska med att arbeta med gravida kvinnor som missbrukar?
7. Hur gör du för att vinna kvinnornas förtroende?
8. Vad bär du med dig från dina erfarenheter?
9. Vad är det viktigaste som barnmorska i arbetet med dessa kvinnor?