



Stockholm 2013-09-17

Socialstyrelsen

Remissvar – Socialstyrelsens Vägledning för mödrahälsovården.

Sveriges Psykologförbund har fått ovan rubricerade förslag på remiss. Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas förening har lämnat synpunkter som förbundet bifogar i sin helhet. Även habiliteringspsykologernas förening (POMS) har lämnat särskilda synpunkter på de delar som rör mödrar med funktionsnedsättning.

Det är mycket positivt att vägledningen innehåller ett särskilt avsnitt rörande blivande mödrar med funktionsnedsättning och det särskilda stödbehovet hos dessa mödrar och deras partners. Bra är att man uppmärksammar behovet av anpassning av information om undersökningar och anpassning av informationsmaterial, liksom behovet av fler undersökningar hos barnmorska.

I vägledningen pekar man även på behovet av samverkan mellan verksamheter kring kvinnan, hennes partner och barnet både före och efter förlossning. I vägledningen nämns samverkan mellan mödrahälsovården, barnhälsovården och socialtjänst. POMS vill tillägga att även landets habiliteringar, med sina kunskaper om funktionshinder och deras konsekvenser i vardagen, torde vara viktiga samarbetspartners.

Sveriges Psykologförbund

Lars Ahlin
Förbundsordförande

Camilla Damell
Förbundsjurist



2013-09-12

Sveriges Psykologförbund

Synpunkter på Socialstyrelsens remiss: Vägledning för Mödrahälsovården

Generella kommentarer

Berörda professioner har länge efterfrågat nya riktlinjer från Socialstyrelsen och välkomnar därför det aktuella dokumentet, även om det mer har karaktären av en beskrivning av existerande mödrahälsovård än av styrande regler för innehållet i verksamheten.

Vad gäller dokumentets skrivningar runt psykisk hälsa är vi något undrande över att det ses som ett "Särskilt arbetsområde" och inte som en motsvarighet till det medicinska arbetsområdet. Mot bakgrund av det nutida (och förväntade framtida) sjukdomspanoramat i befolkningen vore det logiskt att ha en mödrahälsovård med dels ett medicinskt, dels ett psykologiskt och socialt basprogram, med sina respektive generella och riktade insatser, inte minst för verksamhetens måluppfyllnad.

Avsnittet om psykisk hälsa ger vidare intryck av ett olyckligt likställande av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom bland gravida och nyförlösta kvinnor. Just i den populationen är det extra problematiskt då det är en period i livet när det är vanligt med belastande men ändå normalpsykologiska reaktioner och symtom, vilka upplevs och beskrivs som psykisk ohälsa men knappast kan kallas patologiska. Psykisk sjukdom däremot innebär en drastisk riskökning i samband med graviditet, förlossning och föräldraskap, och bör tas på största allvar inom mödrahälsovården. Vi önskar därför en större tydlighet i kapitlet, och något lite mer text om psykiskt sjuka gravida som en grupp som kräver särskild uppmärksamhet och särskilt omhändertagande.

På sid 17 påpekas att barnmorskan bör ha stöd i form av konsultationsmöjlighet med psykolog. Vi är mycket glada för det ställningstagandet, då psykolog inte används inom all mödrahälsovård i Sverige. Huvudmannen har ofta inte kännedom om att psykologer och socionomer/kuratorer har helt olika utbildning, och att de senare på intet sätt har kompetens för bedömning och behandling i en mödrahälsovård med allt högre ambitionsnivå kring psykologiska faktorer. Föreningen kan inte acceptera att professionerna likställs i dessa sammanhang, utan de fyller olika behov. Organisationsmodeller inom hälso- och sjukvården kan inte bygga på att det på många håll finns uppskattade, erfarna och duktiga medarbetare, utan måste ställa formella kompetenskrav. Att just psykologprofession valts i detta sammanhang är ett historiskt ställningstagande från SoS, som då betonat nödvändigheten av en utvecklingspsykologisk kompetens.

Vi vill dessutom i sammanhanget framhålla att mödra- och barnhälsovårdspsykologer är särskilt fortbildade i psykologiska frågor kring graviditet, föräldraskap och folkhälsoarbete;

särskilt i psykosocial konsultationsteknik. De är därför inte utbytbara mot psykologer med annan inriktning om man önskat maximalt utbyte av kompetensen.

Specifika förslag

Organisation och förutsättningar

Ang LOV, sid 16, 1:a stycket

Texten om LOV är förvirrande då den bara i förbigående nämner det som professionerna ser som de egentliga problemen med lagen. Problemet är inte att den ger rätt att fritt välja Barnmorskemottagning (vilket redan var genomfört på frivillig väg) utan att lagen innebär fri etableringsrätt för vårdgivare och tar bort det geografiska områdesansvaret. Det har skapat en ryckighet i vårdkedjan då BMM snabbt kan öppnas och lika snabbt stängas, innebär patientsäkerhetsrisker pga svårigheter att föra över journaler och annan relevant information elektroniskt, samt framför allt försvårar samverkan då det blir många fler samverkanspartners inom ett geografiskt område. Kommunala verksamheter har ett självklart områdesansvar, liksom många sjukvårdsverksamheter, vilket skapar frustration hos dessa i samverkan med en primärvård utan områdesansvar. Områdesansvarets borttagande är även problematiskt ur ett barnperspektiv. De flesta landsting hade redan tidigare kombinerat fritt val av mottagning med ett grundansvar för ett visst geografiskt område, vilket förhindrade att resurssvaga familjer ”föll mellan stolarna”.

Man har tyvärr heller inte betonat kvalitén i de flesta befintliga kravspecifikationer för MHV inom Vårdvalet. Kontakten med en och samma barnmorska är viktigt ur processutvecklingsperspektiv och för att skapa en relation där familjen vågar ta upp känsliga frågor. Det innebär en otrygghet för blivande föräldrar att de kan få byta barnmorska åtskilliga gånger, vilket försvårar måluppfyllelsen. Det vore önskvärt med en reflektion kring nyttan av största möjliga kontinuitet i barnmorskekontakten för att upptäcka och åtgärda psykologisk och social problematik.

Sammanfattningsvis är det önskvärt att förutsättningarna för arbetet bör tas upp tydligare och problematiseras ur ett verksamhets-, utvecklings- och tillsynsperspektiv.

Ang MHV-team, sid 16, 4:e stycket

Det är mycket bra att dokumentet tar upp behovet av ett centralt team som leder fortbildning och metodutveckling. Vi finner det däremot anmärkningsvärt att man inte alls förordar att det ska finnas mödra- och barnhälsovårdpsykolog i teamet som ämnes- och områdessakkunniga. Det behövs för att säkerställa en lika god kvalitet inom det psykologiska och sociala området som inom det medicinska. Med tanke på att SoS påpekar senare i skriften att den psykiska ohälsan bland gravida kan bli en utmaning i framtiden borde det vara extra angeläget att verka för att psykologisk kompetens finns representerat i det centrala teamet.

Ang MHV-journal, sid 17, 1:a stycket

Man skriver att ”Journalen är gemensam för de yrkesgrupper som träffar patienten inom mödrahälsovården...”. I dagsläget för dock mödra- och barnhälsovårdpsykologer egna separata journaler på de blivande föräldrar som de träffar enskilt. Vi förordar starkt att den ordningen bibehålls då vår erfarenhet är att patienter i allmänhet önskar det extra sekretesskyddet kring känsliga samtal om psykisk ohälsa, föräldrablivande och nära relationer.

Mödrahälsovården – en del av folkhälsoarbetet

Ang Särskilda gruppers ohälsa, sid 32, 2:a stycket

Ang tolkanvändning vill vi påpeka att främsta skälet till att inte använda släktingar som tolkar ingalunda är bristande översättning. Det strider mot kravet på sekretess i vården, hotar patientens integritet, kan orsaka att väsentlig medicinsk och psykologisk information undanhålls, samt belastar barn som används som tolkar på ett oacceptabelt sätt.

Särskilda arbetsområden

Psykisk hälsa under graviditet, sid 42, 6:e stycket

Senare forskning pekar på en betydligt större påverkan på fostret vid en hög och konstant ångest än av rent depressiva symtom, varför vi finner det oklokt att fokusera så mycket på depression i kapitlet. Man bör avvakta ytterligare forskning inom området, som just nu utvecklas mycket snabbt.

Konsekvenser för modern och barnet, sid 43, 2:a stycket

Om man ska ta upp konsekvenser för barnen, vilket i och för sig är både adekvat och intressant, bör det gälla alla typer av psykisk sjukdom hos föräldrarna, inte bara depression. Till exempel tvångssyndrom, personlighetsstörningar, ätstörningsproblematik, emotionellt instabil personlighetsstörning (borderline), beroendesjukdomar och generaliserat ångestsyndrom (GAD), liksom neuropsykiatriska funktionshinder och utvecklingsstörning, kan ha mycket allvarigare konsekvenser för anpassning till moderskapet, mor-barn-interaktionen, parrelationen och klimatet i hela familjen. Detsamma gäller våld i nära relationer och generell omsorgssvikt. Om frågan om konsekvenser för barnet ska dryftas i dokumentet kanske det bör stå under en egen rubrik, förslagsvis i samband med texten om föräldrastöd, som ju också ska ske individuellt och riktat.

För föreningen styrelse,

Kerstin Johannesson
ordförande

Inger Nordenhem
styrelseledamot