



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Graviditet och alkohol

Missbruk - Riskbruk



Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Ingela Allert & Sofie Andersson

Handledare: Ylva Donning

Abstract

Titel: Graviditet och alkohol – Missbruk - Riskbruk

Författare: Ingela Allert och Sofie Andersson

Nyckelord: graviditet, alkohol, missbruk, riskbruk, FASD.

Vi har genom en textanalys studerat artiklar ur tidskrifterna A&N - alkohol & narkotika samt Socionomen - facktidskriften för kvalificerat socialt arbete. Vi har granskat diskussionen kring hur kvinnors nyttjande av alkohol under graviditeten ser ut i Sverige. Hur ser eventuella konsekvenser ut för de barn som utsätts för alkohol som foster? Vad är budskapet i artiklarna för oss som blivande socionomer? Det finns de kvinnor som innan de blir gravida har ett drogberoende och som behöver hjälp för att kunna ge sitt kommande barn en drogfri miljö, men det finns också de kvinnor som anser att de nyttjar en så liten mängd alkohol att de inte behöver ändra på sitt dryckesmönster när de blir gravida. Som metod har vi använt oss av argumentationsanalys för att hitta argumenten i diskussionerna. Vi har sedan analyserat argumenten med teorierna om stämpling, stigmatisering och social konstruktionism.

Vi har funnit att de kvinnor som har ett missbruk när de blir gravida behöver specialistkompetens från sjukvården och ett omfattande stöd från socialarbetare för att kunna ge det väntade barnet en drogfri miljö. Som ett stöd för fortsatt drogfrihet behöver insatserna från socialtjänsten finnas kvar i form av uppföljning ett par år men insatsen skall då främst ha fokus på barnet, dess uppväxtmiljö och vara ett stöd i föräldrarollen. För de kvinnor som har ett riskbruk, då de väljer att dricka alkohol under graviditeten, räcker det många gånger att ge adekvat information om alkoholens påverkan på fostret för att få dem att ändra sina alkoholvanor. Alkoholskador på barnen är svårdiagnostiserade bland annat eftersom mammans alkoholkonsumtion under graviditeten måste vara dokumenterad och att många av symptomen även kan ha andra orsaker. Om barnet inte får en diagnos är det också svårt att få tillgång till rätt hjälp och stöd.

Innehåll

1. Inledning.....	1
1.1 Syfte och frågeställning.....	2
1.2 Bakgrund.....	2
1.2.2 FASD, FAS och FAE.....	3
1.2.3 CAN – centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.....	3
1.2.4 Socionomen.....	4
1.2.5 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.....	4
1.3 Begrepp.....	7
2. Tidigare forskning.....	9
3. Teorier.....	12
3.1 (Symbolisk) interaktionism.....	12
3.1.1 Stämplingsteorin.....	12
3.1.2 Stigmatisering.....	13
3.2 Social konstruktionism.....	14
4. Metod.....	15
4.1 Inledning.....	15
4.1.1 Avgränsning.....	15
4.2 Materialinsamling.....	15
4.3 Argumentationsanalys.....	16
4.4 Bearbetning av artiklarna.....	17
4.5 Resultat och analys.....	17
4.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.....	18
4.7 Etiska frågor.....	19
5. Resultat och analys.....	19
5.1 Vilka är utgångspunkterna/Vem har fått uttala sig i artiklarna?.....	19
5.2 Kvinnan.....	19
5.2.1 Missbruk - prevention, behandling och stöd för drogfrihet.....	1919
5.2.1.1 Före förlossningen.....	1919
5.2.1.2 Efter förlossningen.....	2121
5.2.2 Riskbruk - prevention.....	22
5.3 Det skadade barnet.....	23
5.4 Slutreflektion.....	24
5.5 Budskapet för oss.....	25
6. Slutdiskussion.....	27
Referenslista.....	28

Borttaget: 20

Borttaget: 20

Borttaget: 22

1. Inledning

Vi bestämde oss i ett tidigt stadium att skriva om missbruk eftersom vi ville fördjupa oss i ämnet och senare även kunna använda oss av kunskapen i vårt kommande yrkesliv. Ingela hade läst målgruppkursen "Alkohol- och narkotikamissbruk – teoretiska perspektiv och sociala interventioner" och ville fortsätta att fördjupa sina kunskaper där. Sofie har inte läst den kursen men ville lära sig mer i ämnet.

Vår föreställning och utgångspunkt i uppsatsen var att alla kvinnor i Sverige slutar dricka alkohol när de blir gravida. Vi tänkte därför att den grupp vi ville titta på redan har ett etablerat missbruk innan de blir gravida och därför inte slutar dricka alkohol. Vad som kom upp när vi började titta på tidigare forskning var att 30 % av kvinnorna i en studie fortsatte att dricka alkohol under graviditeten (Göransson et al, 2003). Det visade sig att många kvinnor fortsätter att konsumera alkohol efter att de blivit gravida eftersom de anser att de har ett kontrollerat drickande, i små mängder, som inte skadar barnet. Ett nytt ord, riskbruk, dök upp för oss. En i vanliga fall acceptabel mängd alkohol blir en riskfylld mängd under graviditeten. Vi fann därmed två nyckelbegrepp för vår uppsats, *missbruk* och *riskbruk*.

Den totala alkoholkonsumtionen ökar stadigt i Sverige, mellan 1995 och 2005 ökade den med 30 %. Män dricker mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor men sett i ett längre tidsperspektiv står kvinnornas andel av den totala alkoholkonsumtionen för den största ökningen. När totalkonsumtionen stiger så ökar också antalet som får problem på grund av alkoholen. De flesta riskkonsumenterna finns i åldern 18-29 år där 25 % av kvinnorna har en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion (SOU 2006:57). Berusningsdrickande, minst fem standarddrinkar vid ett och samma tillfälle, förekommer bland 5-20 % av kvinnorna i fertil ålder. En omfattande litteratur visar att alkohol har ogynnsamma effekter på fostrets utveckling. Skador kan uppkomma även vid en liten alkoholkonsumtion eftersom fostret har en hög känslighet för alkohol vid olika perioder i utvecklingen. Eftersom det inte finns någon säker gräns för hur mycket alkohol en kvinna kan dricka innan fostret riskerar att skadas är rekommendationerna i Sverige att avstå helt från alkohol under graviditeten (Sarman, 2009).

De flesta minskar sin alkoholkonsumtion först när de vet att de är gravida, vilket för många är först i sjätte veckan eller senare. Det innebär att en sen upptäckt av graviditeten många gånger utsätter fostret för stora risker. Idag är de flesta forskare överens om att en konsumtion på 10-12 gram alkohol, en standarddrink (33cl starköl eller ett glas vin), om dagen är tillräckligt för att skada fostret. En ökad risk för missfall under den första tredjedelen av graviditeten, tillväxthämning av fostret, minskad födelsevikt samt försämrad tillväxt och intellektuell utveckling efter födseln är konsekvenser som kunnat fastställas efter denna konsumtion (Sarman, 2009). Mödravårdscentralerna (MVC) utför en screening om alkoholvanor bland alla som söker sig till dem. Det innebär att de ställer frågor om kvinnans alkoholkonsumtion för att sedan göra en bedömning om eventuella insatser behövs. Om ett missbruk identifieras ska barnmorskan tillsammans med kvinnan ta kontakt med socialtjänsten för vidare utredning om hjälpbehovet. Omvänt ska även socialtjänsten som har kontakt med en gravid kvinna förmedla en kontakt med MVC om en sådan inte redan finns. De flesta gravida kvinnor vill ta emot stöd och hjälp för att skydda det väntande barnet. Många uppskattar även ett fortsatt stöd efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2007).

1.1 Syfte och frågeställning

Vi vill hitta argumenten i diskussionen kring kvinnors nyttjande av alkohol under graviditeten och senare eventuella konsekvenser för barnet. Detta tänker vi göra genom att studera artiklar, ur tidskrifterna A&N - alkohol & narkotika samt Socionomen - facktidskriften för kvalificerat socialt arbete, som är skrivna under 2000-talet i Skandinavien.

Hur går diskussionen kring prevention, behandling och stöd för kvinnorna gällande drogfrihet¹?

Hur diskuteras det kring barnen som har fått skador på grund av moderns nyttjande av alkohol under graviditeten?

Vilket är budskapet i artiklarna för yrkesverksamma samt blivande socionomer?

1.2 Bakgrund

I det här avsnittet presenterar vi fakta som vi anser är relevant för att öka förståelsen för vår studie.

1.2.1 Alkoholkonsumtion under graviditeten

Det saknas studier som visar att små mängder alkohol verkligen ger bestående skador på fostret. Motsatsen är dock inte fastslagen och senare års forskning visar snarare på att även små mängder alkohol kan ge skador på fostret. Det finns många olika faktorer som påverkar skaderisken på fostret, t ex mammans hälsotillstånd och fostrets känslighet. Det är därför omöjligt att säga något om den individuella risken vid alkoholkonsumtion under graviditeten och att fastställa någon säker konsumtionsnivå (Sarman, 2009).

Alkoholkonsumtionen bland kvinnor ökar successivt och berusningsdrickande, minst fem standarddrinkar vid ett och samma tillfälle, förekommer bland 5-20 % av kvinnorna i fertil ålder. Den generella uppfattningen bland läkare, barnmorskor och forskare är att de flesta kvinnor drar ner på sin alkoholkonsumtion under graviditeten. När minskningen sker varierar dock. De flesta minskar sin alkoholkonsumtion först när de vet att de är gravida, vilket för många är först i sjätte veckan eller senare. Det innebär att en sen upptäckt av graviditeten många gånger utsätter fostret för stora risker genom en hög alkoholnivå (Sarman, 2009).

Idag är de flesta forskare överens om att en konsumtion på 10-12 gram alkohol, en standarddrink (33cl starköl eller ett glas vin), om dagen är tillräckligt för att skada fostret. Den nivån av alkoholkonsumtion har kunnat relateras till en ökad risk för missfall under den första tredjedelen av graviditeten. Tillväxthämning av fostret, minskad födelsevikt samt försämrad tillväxt och intellektuell utveckling efter födseln är andra konsekvenser för barnet som denna konsumtionsnivå kan ge. Djurförsök på gnagare och apor har visat att fostrets hjärna är känsligt för exponering av alkohol under hela dess utveckling, vilket sker under hela graviditeten. Det finns studier som tydligt visar att en regelbunden alkoholkonsumtion i små mängder eller av större mängder, minst fem standarddrinkar, vid enstaka tillfällen ger skador på nervcellerna. Djurförsök på apor har visat att om mamman drack 1-2 standarddrinkar per dag under graviditeten fick ungarna problemen hyperaktivitet och försämrad uppmärksamhet under uppväxten. Om mamman istället fick alkohol motsvarande ett berusningsdrickande, minst fem standarddrinkar, en gång i veckan under de första sex veckorna av graviditeten uppkom avvikelser i beteende och kognitiv utveckling hos ungarna. I studier gjorda på barn som varit utsatta för alkohol under mammans graviditet fann man att alkoholkonsumtion

¹ Med drogfrihet menar vi total avhållsamhet från alkohol.

tidigt i graviditeten gav allvarligare effekter på barnets utveckling än konsumtion av alkohol senare under graviditeten. Med dessa resultat i åtanke är det inte svårt att dra slutsatsen att total avhållsamhet från alkohol under graviditeten är det säkraste skyddet för fostret (Sarman, 2009).

1.2.2 FASD, FAS och FAE

FASD, Fetal Alcohol Spectrum Disorders, är samlingsbeteckningen för alkoholrelaterade fosterskador. Skadorna hos barnet kan vara mer eller mindre omfattande och ge såväl fysiska som psykiska missbildningar, t ex utvecklingsstörning. Exempel på problem som barn med alkoholskador kan få är koncentrations- samt inlärningssvårigheter, hyperaktivitet, aggressivitet, minnesstörningar, överkänslighet mot intryck, problem med mat och sömn samt sociala svårigheter. De psykiska störningarna ger funktionsnedsättningar som inte är synliga men bestående för hela livet. Många gånger ställs, på grund av okunskap, för höga krav på dessa barn som de inte klarar att leva upp till. Följden kan bli dåligt självförtroende och psykosociala problem eftersom livet ofta präglas av misslyckanden. Personer med alkoholskador hamnar därför ofta i missbruk och kriminalitet (fasforeningen.nu). Det är även vanligt med svårigheter i skolan och med depression, ångest och självmordstankar. Det är svårt att diagnostisera alkoholskador då symptomen även kan ha andra orsaker men förekomsten av barn med FASD uppskattas till omkring 10 barn per 1000 födda (Sarman, 2009).

En del barn som föds med alkoholskador uppfyller även kriterierna för FAS, fetalt alkoholsyndrom. För att diagnosen FAS ska kunna ställas måste moderns missbruk under graviditeten vara konstaterat. De tre kriterierna för diagnosen FAS är tillväxthämning på barnet, påverkan på hjärnan och centrala nervsystemet samt missbildningar som ger specifika ansiktsdrag (fasforeningen.nu). Det beräknas vara ungefär 0,5 -1,5 barn på 1000 födda i västvärlden som är drabbade av FAS (Sarman, 2009). Barn med FAS har ett speciellt utseende med platt ansikte, kort och bred näsa, tunn underläpp, underutvecklad käke och ett extra veck i ögonvrån. De barn som inte har lika stora skador kan istället ha FAE, fetala alkoholeffekter. För att få diagnosen FAE behöver bara två av kriterierna ovan vara uppfyllda (medicallink.se). Föräldrar till barn med alkoholskador behöver information och kunskap eftersom dessa barn kräver mer och för att barnet ska få en gynnsam utveckling och uppväxt. Ett barn med FAS kostar samhället omkring tio gånger mer än ett friskt barn. Det finns en ideell organisation, FAS-föreningen, som ger stöd och råd i frågor som rör barn med alkoholskador. Föreningen är också en kunskapsbank med information och fakta om alkoholrelaterade fosterskador. Den arbetar även för att barn ska få en diagnos och på så vis öka förståelsen för barnens svårigheter (fasforeningen.nu).

1.2.3 CAN – centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

CAN är en organisation som grundades 1901 och har drygt 40 organisationer som medlemmar. Uppgiften är att sprida information om alkohol och narkotika. Detta görs genom konferenser, kurser, publikationer, webbsidor samt CANs eget bibliotek. CAN tar inte ställning i politiska frågor gällande alkohol- och narkotika. Det finns länsombud för CAN, i Sveriges alla län, som har en bra kännedom om situationen i regionen och kontakter med dem som arbetar drogforebyggande. Varje år gör CAN en rikstäckande enkätundersökning på skolorna om drogvänor bland elever i årskurs nio och andra året på gymnasiet. CAN ger också ut en rapport, Drogutvecklingen i Sverige, varje år som är en betydande statistiksamling på drogområdet (can.se).

A&N - Alkohol och narkotika

CAN ger ut tidskriften, A&N – alkohol och narkotika, som utkommer sex gånger per år. Det är en populärvetenskaplig tidskrift som bevakar forskning, statistiska nyheter, lagstiftning och andra aktuella händelser inom drogområdet. A&N är en drogpolitiskt oberoende tidskrift där du kan hitta både faktaartiklar och sociala reportage. I de flesta nummer ägnas innehållet åt att generellt belysa ett aktuellt tema, t ex missbruksvård för kvinnor, barn och droger, metadonbehandling mm. (can.se).

1.2.4 Socionomen

Socionomen – facktidskriften för kvalificerat socialt arbete, ägs av akademikerförbundet SSR och utkommer åtta gånger per år. Den startades 1987 och har utvecklats med hjälp av frilansjournalister som är väl insatta i det sociala arbetet och dess problematik. Många artiklar är idag skrivna av yrkesverksamma socialarbetare. Tidskriften har också flera recensenter (akademssr.se).

1.2.5 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik

Under senare år har Socialstyrelsen konstaterat att antalet personer med missbruk- och beroendeproblematik ökat och att strukturen i vården för denna grupp har förändrats. Dessutom kan man se att det finns stora skillnader i hur man bedriver vården runt om i landet. Därför har Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för området för att göra vården tydligare och mer enhetlig. Arbetet att ta fram riktlinjer är ett gemensamt samarbete mellan forskare och olika experter inom medicinska, psykologiska och sociala områden. Arbetet leds av Socialstyrelsen och riktlinjerna ges ut som stöd till de beslutsfattare (t ex politiker och verksamhetschefer) som har ansvar över hur Sveriges gemensamma resurser skall fördelas. En nationell riktlinje visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är en garanti för att aktuell forskning är genomgången och värderad (socialstyrelsen.se).

I de nationella riktlinjerna finns ett eget kapitel där problematiken kring och konsekvenserna av användning av alkohol och narkotika under graviditeten lyfts fram. Den expertgrupp som tillsammans har författat texten har kommit fram till vissa slutsatser t ex att alkoholintag under graviditeten har skadliga effekter på fostret och att det inte finns någon bevisad ofarlig mängd alkohol för fostret. En annan slutsats pekar på att det saknas evidens för specifika test för gravida kvinnors alkoholintag men säger ändå att det psykologiska testet AUDIT kan användas för utredning av gravida kvinnors alkoholbruk. Vidare har de kommit fram till att det är viktigt att erbjuda olika typer av socialt stöd till denna grupp som komplement till behandlingsinsatser. Där ser man också att den eventuellt involverade partners bruk har stor avgörande inverkan på den blivande modern (Socialstyrelsen, 2007).

När det gäller gravida kvinnor får begreppen missbruk och riskbruk en speciell innebörd. Alkoholkonsumtionen som för en icke gravid kvinna kan bedömas som ofarlig, kan när hon blir gravid bedömas som farlig, i förhållande till fostret. Det kan därmed komma att betraktas som ett riskbruk. Detta måste tas i beaktande vid samtal om eventuell behandling. Där måste utgångspunkten bli att det är fostret och det blivande barnet som måste skyddas. Det har länge varit en hörnsten i svensk alkohol- politik att skydda tredje man, den som indirekt drabbas av negativa effekter av missbruk. Det gäller även våld, rattfylleri och annan kriminalitet. Här

måste problematiken kring det ofödda barnets risk för skador av moders beteende lyftas fram. Bruket av alkohol under graviditeten har många sidor eftersom det utgör en stor fysisk belastning på både modern och fostret och därför är det angeläget att rehabilitera den blivande modern. Man vet inte helt säkert än hur fostrets hjärna påverkas av alkohol. Det är svårt att bedriva studier av fosterhjärnan hos människor men det har bedrivits studier på djur. Man vet att olika organ anläggs vid olika tidpunkter i fosterutvecklingen under de första 80 dagarna av graviditeten (den första tredjedelen). Den biologiska sårbarheten börjar vid 28 dagar efter befruktningen, då anlagen till centrala nervsystemet bildas. Vidare utvecklas och förfinas fosterhjärnan under den sista tremånadersperioden av graviditeten och under nyföddhetsperioden. Därför kan alkoholkonsumtion under amningen också skada barnets hjärna (Socialstyrelsen, 2007).

Det finns ganska lite information från Sverige om konsumtion av alkohol bland gravida kvinnor. Vad man vet är dock att konsumtionen av alkohol har ökat kraftigt i Sverige sedan 1997. I sammanhanget är det också oroande att konsumtionen har ökat bland kvinnor i åldersgruppen 26-36 år, eftersom det är i den ålder de flesta födslar sker. Det saknas uppgifter om gravida kvinnors konsumtionsmängd och dryckesmönster i ett längre tidsintervall. Enligt utländska studier verkar inte graviditeten ha något inflytande på kvinnors alkoholkonsumtion på längre sikt. Samtliga studier visar att många avstår helt eller minskar på sin konsumtion under graviditeten för att sedan återgå till sina tidigare vanor. Tyvärr visar det sig också att det finns kvinnor som inte ändrar sina dryckesvanor alls under graviditeten (Socialstyrelsen, 2007).

Det är svårt att få tag på uppgifter om prevalens (antalet som finns vid ett givet tillfälle) och incidens (antalet nya fall som inträffar under en specifik period) av alkoholskadade barn. Det kan bland annat bero på svårigheterna med att ställa diagnos. Dels syns inte skadorna direkt vid förlösningen utan visar sig först då barnet växer och utvecklas och dels kan det finnas likartade syndrom hos barnet som inte beror på moderns alkoholkonsumtion. Man måste därför veta om moderns konsumtion för att kunna ställa rätt diagnos. Alkohol är alltså en yttre faktor som ger upphov till missbildningar hos fostret. Effekt på fostret är dosrelaterade, ju högre dos desto större skador. Den svåraste skadan är reducerad hjärnvikt på grund av celldöd. Alkoholskador på fostret kan resultera i fetalt alkoholsyndrom (FAS) eller fetala alkoholeffekter (FAE). Man har också funnit att barnet kan få neuropsykologiska störningar t.ex. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Det är först när barnet är 4-5 år som FAS och andra diagnoser kan ställas (Socialstyrelsen, 2007).

I djurförsök har man visat att alkoholen påverkar arvsmassan. Därför har observationer kunnats göra som visar att samma mängd alkohol verkar medföra olika risker för fosterskador hos olika individer. Man har föreslagit att såväl olika ärftliga (genetiska) faktorer som alkoholens påverkan under olika kritiska skeden i fosterutvecklingen skulle kunna förklara skilda verkningar och risker. Såväl som alkohol bryts ner som hur den verkar kan vara olika hos olika individer. Dessa observationer talar för att liknande skador kan uppkomma på människor (Socialstyrelsen, 2007).

Vidare visas i en översikt bl. a. hur en enstaka kraftig överkonsumtion av alkohol (som förorsakar förgiftning) kan räcka för att döda en miljon hjärnceller hos ett foster. Skademönstret kan då efter resonemanget ovan bli olika beroende på när under graviditeten alkoholen tillförs. Man har funnit inlärningssvårigheter hos skolbarn vars mödrar uppgivit att de har druckit fem drinkar eller fler vid ett tillfälle och man har i en annan studie på spädbarn (6,5 mån), vars mödrar uppgivit att de druckit i genomsnitt en drink per dag, sett att de

uppvisat brister i ett intelligenstest. Man vet inte exakt vilka koncentrationer av alkohol som är skadliga för fostret och därför finns ingen god evidens om riskfri konsumtionsnivå och hur man kan bruka alkohol så det blir ofarligt för fostret (Socialstyrelsen, 2007).

Psykosociala riskfaktorer ökar alkoholkonsumtionen under graviditeten. Det finns starka skäl att utreda psykosociala riskfaktorer hos den gravida kvinnan eftersom riskfaktorerna ofta är kopplade till en högre konsumtion av alkohol. Riskfaktorer kan vara psykosociala och/eller medicinska som t ex våld, psykisk sjukdom eller HIV-infektion. Här finns det en oklarhet om vad som orsakar vad. Har beroendet lett till eller förstärkt uppkomsten av vissa av de bristsituationer kvinnan lever i, eller är det tvärtom? Det är dock så att de kvinnor som utsätts för våld har en ökad benägenhet att använda alkohol. Här uppkommer den svåra situationen då man vill ge behandling till den gravida kvinnan och hon dessutom är omgiven av en mängd riskfaktorer. En behandling kräver en stabil miljö för att bli verksam (Socialstyrelsen, 2007).

Att upptäcka och bedöma missbruket – var och hur hittar man klienterna

Det handlar till att börja med om att använda metoder som effektivt identifierar kvinnor med riskfyllda alkoholvanor så tidigt av graviditeten som möjligt. Här är det oftast mödrahälsovården (MVC) som får den första kontakten. De utför screening bland alla kvinnor som söker sig till dem. Screening innebär att hela befolkningsgrupper undersöks för att identifiera speciella symtom och sedan rikta insatser till dem som visar sig behöva. Nästa steg är att bedöma problemet. När det handlar om en kvinna som redan är gravid måste hon erbjudas hjälp med en gång så att fostret inte skadas och att kvinnan är i en sådan kondition när barnets sedan föds att hon klarar av att ge barnet en god omvårdnad. Som tidigare sagts är det viktigt att tänka på de riskfaktorer som finns kopplat till användandet av alkohol. Här är det angeläget att både sociala och medicinska professioner samarbetar kring kvinnan. Barnmorskan måste tillsammans med kvinnan ta kontakt med socialtjänsten om det inte finns en kontakt och socialtjänst skall på samma sätt hjälpa till med kontakt med MVC om kvinnan inte har varit där. Om en person söker hjälp med t ex parrelaterade problem, kriminalitet, rattfylleri eller långvariga ekonomiska problem är det inte orimligt att man ställer frågor om livsstil som inkluderar alkoholvanor. Socialkontor har flera olika kontaktytor där de träffar gravida kvinnor som kan vara aktuella för någon insats. Gravida kvinnor kan även bli föremål för anmälningar där omgivningen reagerar på deras beteende. Det finns även de som på eget initiativ tar kontakt och är oroliga för sina alkoholvanor (Socialstyrelsen, 2007).

Lagar och regler

Om man misstänker att en kvinna missbrukar alkohol skall en utredning påbörjas för att bedöma kvinnans behov av insatser. Det har i olika sammanhang diskuterats om missbruk under graviditet i sig är grund för omhändertagande enligt LVM (lagen om vård av missbrukare) men i dag finns inget stöd i lagen för en sådan åtgärd. Socialtjänsten kan inte vidta åtgärder mot kvinnan för att skydda det väntade barnet. Skyldighet enligt 14kap.1§ socialtjänstlagen att anmäla till socialnämnden omfattar inte ofödda barn. Av 14kap.2§ sjätte stycket sekretesslagen framgår att sekretessen inte hindrar att uppgifter om den gravida kvinnan eller närstående till henne lämnas ut från en socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till en annan sådan myndighet om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Det är främst uppgifter om kvinnan som kan lämnas ut, men kvinnans familjesituation kan vara av stor vikt för hennes möjligheter att skydda fostret och ge barnets den omsorg som senare är nödvändig och då kan även uppgifter om närstående vara betydande. Barnets intresse går här före kvinnans rätt till integritetsskydd (Socialstyrelsen, 2007).

Behandling

Beroende på missbrukets svårighetsgrad bör den gravida kvinnan erbjudas flera olika insatser, från kort rådgivning på MVC till mer omfattande insatser som en längre behandling. Alla former av insatser skall bidra till en total avhållsamhet från alkohol. Klarar inte kvinnan av öppenvårdsinsatser skall hon ges möjlighet till behandling inom slutenvården. Kvinnor med missbruk skall kontinuerligt testas för att erbjudas rätt behandling. Det har också visat sig att de första månaderna efter förlossningen är en särskilt kritisk period för återfall. Insatserna bör också kopplas till de tidigare diskuterade riskfaktorer som kan vara aktuella i den enskildes situation och insatserna bör därför involvera en eventuell partner till kvinnan (Socialstyrelsen, 2007).

Etiska aspekter

En etiskt känslig fråga är att ställa en FAS-diagnos. Flera läkare har varit kritiska till att ställa diagnosen eftersom de inte vill skuldbelägga modern. De föredrar att ställa andra diagnoser som kan uppkomma på grund av alkohol som t ex ADHD. På så sätt hoppas de att barnet ändå skall få tillräcklig hjälp (Socialstyrelsen, 2007).

1.3 Begrepp

Här definierar vi begrepp som vi anser behöver beskrivas för att öka förståelsen för analysen och resultatet.

Barnperspektivet

Varje barn har rätt att behandlas med respekt, oavsett bakgrund. Konventionen om barnets rättigheter antogs av FN:s generalförsamling den 20 november 1989. Det är det viktigaste internationella dokumentet som reglerar barnets rättigheter. På regeringens hemsida finns följande beskrivning av barnkonventionens fyra grundläggande principer.

- Inget barn får diskrimineras på grund av härkomst, kön, religion, funktionshinder eller andra liknande skäl.
- Barnets bästa ska vara vägledande vid allt beslutsfattande och vid alla åtgärder som rör barn och unga.
- Barn och unga ska tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar.
- Barn och unga ska ges möjlighet att framföra och få respekt för sina åsikter i frågor som berör dem (regeringen.se).

Sedan Sverige skrev under barnkonventionen 1990 pågår arbetet med att genomföra konventionen kontinuerligt. Inom socialtjänstens olika områden är det viktigt att integrera barnrättsperspektivet i arbetet. Det innebär exempelvis att barn och unga ska ha rätt att komma till tals i frågor som rör dem och att barnets bästa alltid ska vara avgörande i socialnämndens beslut som rör det enskilda barnet. Socialtjänstlagen och LVU har redan ändrats för att förtydliga barnperspektivet (regeringen.se).

Moderskap

Moderskap innebär mycket mer än att föda och ha ett barn. Det finns en mängd föreställningar om hur en moder ska vara, bete sig, tycka och tänka som den nyblivna mamman har att förhålla sig till. Ett välkänt begrepp är "den goda modern" där en rad föreställningar finns, t ex att medfödd moderskärlek väcks i samma stund som barnet är fött och att en kvinna som har barn först och främst är mamma och därmed alltid sätter barnets och familjens behov före sina egna. Moderskap har inte alltid uppfattats så här utan det kan

ses som ett arv från 1700-talets upplysning. Den tidens borgerliga kvinnor var utestängda från arbetslivet och fann en mening i tillvaron genom att ta hand om barnen och deras uppfostran (Brembeck, 2003). Moderskapet blev som en allmän roll och en plikt i vilken det även låg att undervisa flickorna till att bli goda mödrar (Regnér, 2006). Även idag är föreställningen om "den goda modern" integrerad i vårt samhälle genom exempelvis reklamvärlden där modern ägnar dagarna åt att diska, tvätta och laga mat. En förändring av bilden av moderskapet kan dock urskiljas idag, från att i början av 1900-talet ha varit en plikt till att numer vara något som kvinnan väljer frivilligt. Moderskapet är fortfarande i centrum för diskussion men det håller på att omdefinieras (Brembeck, 2003).

Haavind menar att myten om den goda modern ingår i ett normsystem som samhället byggt upp och som kvinnor anpassat sig till. Samhället förväntar sig att mödrar ska ansvara för barnens liv och utveckling och om de inte klarar av det skuldbelägger de sig själva. Den goda modern har alltid förekommit samtidigt som sin motpol, den onda modern, t ex styvmodern eller modern som gör karriär och inte har tid för sitt barn. Mödrar bär med sig en osäkerhet om vad som är det bästa för barnen samtidigt som de är medvetna om att de själva är viktiga för att barnen ska kunna utvecklas på ett bra sätt (Haavind, 1974).

Föräldraskap

I Regnérs avhandling (2006) skildras klient- och kontaktfamiljers olika bilder av föräldraskap. Generellt framkommer att tid och tillgänglighet för barnen är viktiga delar i föräldraskapet liksom att ge kärlek och att barnen ska känna sig sedda och önskade. En förälder ska finnas där för sitt barn så att trygghet och förtroende skapas. Det gör att barnet kan och vågar vända sig till sin förälder för att få stöd och hjälp i olika situationer. Det betonas att tillgängligheten inte ska hindra gränssättning, det är viktigt att inte göra allt som barnen säger. Många anser att de får stöd i sitt föräldraskap av sin partner men även föräldrar och vänner anges som viktiga personer. Det framhålls att det ömsesidiga stödet där man har varandra och där man delar på föräldraansvaret är av stor vikt. Något som många också anser viktigt är att ha egen tid tillsammans utan barnen eftersom det visar sig i föräldraskapet hur parrelationen fungerar. Socialsekreterarna i avhandlingen beskriver generellt att en förälder ska tillgodose sitt barns behov och sätta barnet i första hand. Föräldern behöver vara närvarande, ge trygghet och skydd, vara en förebild samt sätta gränser för barnet vilket bland annat handlar om struktur.

Ett jämställt föräldraskap är att kunna särskilja och bryta loss modrandet från moderskapet. Modrandet beskrivs som omvårdnaden om barnet, är könsneutralt och kan utföras även av andra än de biologiska föräldrarna (Brembeck, 2003). Många ser idag föräldraskap som sociala konstruktioner som omskapas för att passa in i dagens samhälle. Det är inte alltid så att dagens föräldrar har några givna förebilder i sina egna föräldrar. Tidigare har man enbart sett föräldraskap som något biologiskt vilket man inte gör i samma utsträckning längre (Franséhn, 2004).

Föräldraskap i familjehem – ett annorlunda föräldraskap

Föräldrar i familjehem beskriver sitt föräldraskap som att de är ett team där båda arbetar mot ett gemensamt mål och där bådas insatser är lika viktiga. Många berättar att detta gemensamma arbete, tillsammans med att de har varit tvungna att börja prata med varandra om saker som de inte tidigare har pratat om, har förstärkt förhållandet. Männen har alltså blivit mer engagerade i omsorgsuppgiften. Det som skiljer föräldraskapet i familjehem mot ett vanligt föräldraskap är exempelvis att föräldrarna i familjehemmet inte har någon juridisk bestämmanderätt, vilket gör att de inte kan fatta vissa beslut. Det innebär också ett delat föräldraskap med barnets biologiska föräldrar samt att de inte kan påverka hur länge

placeringen ska vara. Föräldraskapet är därmed präglad av en oförutsägbarhet och det gäller också barnets reaktioner som kan vara svåra att förutspå. Familjehemsföräldrarna måste många gånger hitta andra föräldrastrategier som kan innebära en extra tydlighet med t ex reglerna i familjen (Höjer, 2003).

Missbruk

Vad som betraktas som ett missbruk är till stor del kulturbestämt. I vår kultur dricker ca 90 % av den vuxna befolkningen alkohol. Det är människor själva som avgör vad som ska betraktas som missbruk, en slag individuell tillämpning. Så att definiera vad som är missbruk blir ett resultat av en "förhandling" inom den grupp man tillhör. "Förhandlingen" kan bestå av reflektioner, diskussioner och berättelser som leder fram till och sätter måttet på vad som är socialt acceptabelt (Svensson, 1998).

DSM IV är en diagnosmanual där man bland annat hittar de kriterier som definierar olika tillstånd och avgränsar dem från andra (alna.se).

Missbruk (enligt DSM IV) – om minst ett av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepat bruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepat bruk i situationer som medför betydande risk för fysisk skada (t ex rattfylleri).
3. Upprepade problem med rättvisan då personen varit påverkad.
4. Fortsatt bruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av berusning (alna.se).

Vi väljer att använda ordet missbruk då vi pratar om de kvinnor som redan innan de blev gravida uppfyllde någon av kriterierna ovan.

Riskbruk

Ordet riskbruk används när man vill beskriva att det ligger nära till hands att en person med hög alkoholkonsumtion inom en snar framtid komma att uppfylla något av kriterierna för *missbruk*. Tecken på att man har en riskbrukskonsumtion är i många fall fysiska effekter/hälsostörningar hos individen, t ex sömnrubbningar, trötthet, magproblem, oro, irritation eller högt blodtryck (alna.se). Därför är riskbruk idag ett använt ord när man samtalar om individens konsumtionsnivå inom vården, från att förr ha pratat om beroende och hänvisat till socialtjänsten (vardförbundet.se).

De nationella riktlinjernas definition av riskbruk är att en alkoholkonsumtion som för en icke gravid kvinna kan bedömas som ofarlig, kan ofta i förhållande till risken för fostret bedömas som farlig för en gravid kvinna, och därmed betraktas som ett riskbruk (Socialstyrelsen, 2007). Alltså, alkoholkonsumtionen ger inte några fysiska effekter hos kvinnan men utsätter fostret för risk.

2. Tidigare forskning

Vi har i följande avsnitt ringat in forskningsområdet kring graviditet och droganvändning. För att bredda kunskapen i uppsatsen ytterligare har vi även tagit fram och använt oss av internationella studier.

I en studie gjord bland 1100 gravida kvinnor i Stockholm visade resultatet att de flesta kvinnor minskade sin alkoholkonsumtion under graviditeten. 30 % av kvinnorna fortsatte dock att dricka alkohol regelbundet och av dessa rapporterade 6 % en alkoholkonsumtion två gånger i månaden eller oftare. 17 % hade en riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion före graviditeten och det visade sig att ett sådant mönster var svårt att förändra speciellt om det hade fortgått under en längre period. En tidig prevention, som användning av instrumentet AUDIT (alcohol use disorder identification test) för att fastställa alkoholkonsumtionen bland gravida kvinnor och i samband med det rådgivning om alkoholens konsekvenser för det ofödda barnet, har visat sig vara effektivt när det gäller en förändring i beteendet hos kvinnan och att minska risken för fosterskador (Göransson et al, 2003).

I en annan studie gjord i Stockholm av samma forskare visar resultatet att 15 % av kvinnorna drack så mycket att det fanns en risk för fosterskada. Kvinnorna hade då konsumerat motsvarande en standarddrink om dagen i minst två veckor eller vid i alla fall två tillfällen druckit fem standarddrickar per gång. Studien visar att de yngsta kvinnorna, de som var drygt tjugo, slutade dricka direkt när de blev gravida. Det kan bero på att de ännu inte har skapat samma alkoholvanor och rutiner som de äldre kvinnorna har. I studien använde forskarna instrumenten AUDIT och sedan TLFB (timeline followback) intervjuer, vilket innebär att kvinnorna fick uppskatta sin egen konsumtion bakåt i tiden. Resultatet visar att långt ifrån alla kvinnor som drack riskfyllt fångades upp med AUDIT-testet. Då AUDIT fångar upp kvinnor med alkoholproblem kunde slutsatsen dras att alla kvinnor som dricker under graviditeten inte har sådana problem. I studien fann forskarna med hjälp av TLFB en särskild kategori med ofta välutbildade och skötsamma kvinnor som fortsatte att dricka under graviditeten. Det här var kvinnor som drack ett par glas vin i veckan och endast ett glas per gång och som ansåg att det lilla de drack bara var bra och nyttigt. De här kvinnornas konsumtion är helt acceptabel i vanliga fall, men blir riskfylld när de väntar barn (Magnusson, Göransson & Heilig, 2005).

De flesta kvinnorna i studien minskade sitt drickande efter sjätte graviditetsveckan men generellt var det inte förrän i graviditetsvecka tolv, vid inskrivningen på mödravårdcentralen, som många av kvinnorna slutade helt med alkoholen. Forskarna anser därför att en tidigareläggning av inskrivningen borde övervägas för att kunna fånga upp kvinnornas alkoholvanor redan då. Vidare visar resultatet i studien att en dags utbildning för barnmorskorna räckte för att kunna använda instrumenten AUDIT och TLFB för att kartlägga alkoholkonsumtion. Bland de kvinnor i studien som fick ett vanligt omhändertagande av mödravården fann barnmorskorna endast fyra kvinnor som alkoholanvändare. När barnmorskorna bedömde de kvinnor som forskarna intervjuat identifierade de bara en kvinna. Studien visar att mödravården med sina vanliga frågor och utan att använda en särskild metod missar dessa riskdrickande kvinnor. I en annan grupp identifierade barnmorskorna med hjälp av verktygen ovan 17 % som riskdrickare under graviditeten (Magnusson, Göransson & Heilig, 2005).

I en studie har Gunilla Sydsjö och Marie Wadsby under en treårsperiod följt samtliga gravida kvinnor vid mödravårdcentralerna i Linköping för att undersöka psykosociala riskfaktorer. Forskarna har även tittat på hur många av kvinnorna som blev hänvisade till och deltog i ett speciellt träningsprogram på en föräldra- barn klinik. Resultatet visade att det bland de gravida kvinnorna fanns 4-5 % med psykosociala riskfaktorer. Av dessa kvinnor hade 11 % ett drogmissbruk. Enbart en av tre kvinnor med psykosociala riskfaktorer blev hänvisade till kliniken och bara varannan kvinna som hänvisades började programmet. Med vetskapen att tidiga insatser i familjer med psykosociala riskfaktorer kan motverka en ogynnsam utveckling

för barnen är det en utmaning att upptäcka och motivera dessa kvinnor att ta emot stöd samt att delta i träningsprogrammen (Sydsjö & Wadsby, 2003).

En studie av Christina Ottenblad visar att tidig identifiering av drogberoende under graviditeten är avgörande för fostret. Specialister inom vård och socialtjänst måste samarbeta för fostrets/barnets skull. Tidiga stödinsatser är kostnadseffektiva för samhället. Ett långsiktigt stöd förebygger återfall och skapar en bättre uppväxtmiljö för barnet. Förmågan att på lång sikt normalisera livet är begränsade för många av kvinnorna och de som får ett långsiktigt stöd av samma vårdgivare orkar bäst bibehålla drogfriheten (Ottenblad, 2000).

En studie från Australien visar att många kvinnor väljer att inte söka hjälp och försöker att dölja sitt missbruk eftersom de är rädda för att barnet ska bli omhändertaget. De kvinnor som trots allt väljer att söka hjälp anser att förtroendet mellan dem som klienter och behandlaren var viktigt för en lyckad behandling liksom kontinuiteten i behandlingen. Målet med behandlingen var barnets hälsa vilket kvinnorna ansåg motiverade dem (Phillips et al, 2007).

An-Pyng Sun som är professor vid School of social work på universitetet i Las Vegas har i sin studie sammanställt viktiga komponenter för socialt behandlingsarbete med missbrukande gravida kvinnor. Författaren kommer fram till att vissa insatser lägger för stor vikt vid graviditeten och för lite på själva missbruket. Författaren drar slutsatsen att det är viktigt att hitta en balans mellan att vårda graviditeten och att behandla missbruket för att kvinnorna ska kunna förbli drogfria även efter graviditeten (Sun, 2004).

En studie gjord i Boston, USA visar att 23 % av kvinnorna fortsätter att dricka alkohol under graviditeten. Ingen av kvinnorna hade ett pågående missbruk eller någon beroendeproblematik. Slutsatsen är att speciella anledningar eller tillfällen påverkade målet med att dricka alkohol. Bland dem som drack var önskan om att få ett friskt barn en effektiv drivkraft till att minska alkoholkonsumtionen. De kvinnor som var deprimerade eller saknade en positiv attityd till barnet konsumerade i högre grad alkohol, tobak eller andra droger både före och under graviditeten. Forskarna fann även att det sociala stödet verkade ha en inverkan på alkoholkonsumtionen under graviditeten. Att inkludera de gravida kvinnornas partners eller andra viktiga personer i nätverket kan därför öka effekten på utbildningar eller insatser för att minska alkoholkonsumtionen under graviditeten (Chang et al, 2000).

Ett forskarteam i norra USA har studerat ett flerårigt projekt där huvudsyftet med projektet var att förebygga oplanerade graviditeter bland missbrukande kvinnor som redan hade minst ett barn som varit utsatt för droger som foster. Detta gjordes för att man ville stärka kvinnornas föräldraförmåga och stödja dem i att skapa ett hälsosammare och självständigare liv för sig själva och sina barn. Forskarna kom fram till att det fanns mycket att vinna på, förutom att erbjuda dem behandling mot sitt beroende också ge ett omfattande socialt stöd till kvinnorna. Att stötta kvinnorna till drogfrihet innebar dels att man i högre utsträckning undvek att det föddes nya barn med FAS-skador och dels att kvinnorna blev mer motiverade att skyddade sig mot oplanerade graviditeter. Det visade sig vara ekonomiskt försvarbart att ha dessa insatser eftersom de totalt sett blev en mycket lägre kostnad jämfört med de kostnaderna som blir för en person med FAS och dennes hjälpbehov. Forskarna skriver att en person med FAS kostar lika mycket under sin livstid som om 102 kvinnor med missbruksproblematik får tre års sociala insatser av den organisationen (Grant et al, 2005).

Kim Kotrla har forskat kring vilka olika risk- och skyddsfaktorer som kan hjälpa kvinnor att vara drogfria. Hennes undersökning är gjord bland kvinnor i södra USA. Hon har funnit att

riskfaktorer kan vara etnicitet, ålder psykisk hälsa, ekonomisk sårbarhet osv. Skyddsfaktorer kan vara religiositet, personlig kompetens, ekonomisk stabilitet och positiva hemförhållanden. Det finns alltså en antal olika faktorer i kvinnors livsmiljö som kan påverka hennes förhållningssätt till drogerna. Dessa faktorer måste socialarbetare bli medvetna om och de bör alltså utarbeta metoder för att screena efter kvinnors alkoholvanor som en skyddande effekt för foster och barn. Kotrla menar också att hennes resultat visar att man behöver mer utbildning, rådgivning och stöd för blivande mammor före och genom graviditeten (Kotrla, 2008).

Från Uruguay kommer en rapport som fastslår att alkoholens skadeverkningar, det vill säga FAS, är den tredje största orsaken till utvecklingsstörning i världen. Det är också den enda av dessa tre orsaker som går att förhindra och därför är möjlig att undvika. Därför är det betydelsefullt att uppmärksamma alkoholens effekter på fostret, inte bara under de tre första månaderna (embryostadiet) som man trodde förr. Även efter födelsen är nyfödda kapabla att känna igen lukter som redan finns i deras minne. Om det fanns alkohol i fostervattnet kommer den nyfödde att känna igen det. Under amningstiden skapas ett långtidsminne som kommer att påverkas om barnet får alkohol med bröstmjölken (Magri et al, 2008).

3. Teorier

Här beskrivs de teorier vi använder oss av i uppsatsen. För att ge en vidare förståelse för teorierna börjar vi med att beskriva det perspektiv som de två teorierna om stämpling och stigmatisering utvecklats ur.

3.1 (Symbolisk) interaktionism

Den symboliska interaktionismen har sitt ursprung i Chicagoskolan. Språk och symboler är avgörande i allt samspel mellan människor, samspelet innebär en form av symboliskt utbyte. I samspelet letar människan efter tecken för att kunna avgöra vad som är ett lämpligt beteende i den specifika situationen och för att kunna tolka det som andra uttrycker i ord och handling. Fokus i den symboliska interaktionismen ligger på detaljerna i samspelet mellan människor och hur dessa ger handlingarna mening (Giddens, 1998). Symbolerna som vi människor tolkar tillskrivs en betydelse som vi sedan handlar utifrån. Enligt interaktionismen skapar en individ sin identitet i samspelet med andra människor. Interaktionistiska teorier har använts i det sociala arbetet för att förklara stämplingsprocesser och avvikande beteende som exempelvis missbruk. Inom interaktionismen finns ett processtänkande som kan förklara det komplexa i att en människa inleder ett missbruk men även processen där en människa tar sig ur sitt missbruk (Lindqvist & Nygren, 2006).

3.1.1 Stämplingsteorin

Stämplingsteorin är en inriktning inom interaktionismen som fokuserar på varför en handling definieras som avvikande och inte varför människor utför avvikande handlingar. De avvikande handlingarna är sociala konstruktioner som skapas av samhället. Det är andra människor och samhället som har makten att fastställa regler och besluta vad som är avvikande. Makten används sedan för stämpla andra maktlösa människor och grupper. Samhället skapar alltså det avvikande beteendet. Det är en process som leder till att den eller de drabbade till slut uppfattas som avvikande både av omgivningen och av sig själva (Angelöw & Jonsson, 1990).

En annan beskrivning av stämpling är etikettering av personer, genom att få en etikett stämplas personen som avvikande. När individer väl har fått en etikett kommer de troligtvis att försöka leva upp till förväntningarna som etiketten innebär (Payne, 2008). Många avvikare har en positiv inställning till sin avvikelse eftersom de har funnit sin identitet i den grupp där avvikelsen inte uppfattas som negativ. Detta gör att moraliska pekpinor oftast inte har någon effekt när det gäller att skapa förändring hos avvikaren. För att komma till rätta med stämpling är det viktigt att granska vem som har makten att stämpla och angripa problemet utifrån det (Angelöw & Jonsson, 1990).

Goldberg (2005) har tagit fram en stämplingsteoretisk modell som beskriver stämpling så här: En individs självbild är dess uppfattning om sig själv i förhållande till samhällets ideal om hur man bör vara. Självbilden skapas i relation till andra människor. Föräldrarna eller de som har ansvaret för barnets uppfostran spelar en stor roll för grundandet, upprätthållandet och omformuleringen av självbilden. Det är genom dem som barnet börjar skapa sin självbild. När barnet blir äldre och träffar fler människor kommer även dessa att påverka självbilden men grunden är då redan lagd. En människa med negativ självbild vet att hennes person inte stämmer överens med samhällets ideal om hur man ska vara. Det har hon lärt sig genom negativa reaktioner från viktiga personer i sin närhet, t ex föräldrar eller kompisar. När en person har utsatts för ständiga negativa reaktioner från sin omgivning omdefinierar hon sin självbild så att den blir mer negativ än tidigare. Denna process kallas stämpling och det är en process som pågår under en längre tid. Den negativa självbilden skapas sakta men säkert genom ett flertal negativa händelser och reaktioner under lång tid. De negativa reaktionerna provoceras många gånger fram och de blir inte en hjälp i rätt riktning utan tolkas istället som ytterligare bekräftelser på hur dålig man är. När den negativa självbilden väl har upprättats tar det lång tid att omformulera och förändra den.

Goldbergs modell (2005) beskriver en process med fyra stadier: föräldrars stämpling, samhällelig stämpling, sekundär avvikelse och avvikelsspiralen. *Föräldrarnas stämpling* är det första stadiet och *samhällelig stämpling* det andra. Ett barn som har blivit stämplat av sina föräldrar löper stor risk för att även bli stämplat av samhället. Efter en lång tids stämpling av föräldrar och samhälle infinner sig den *sekundära avvikelsten* vilken är ett beteende som strider mot de kulturella normerna eftersom individen är medveten om att hon bryter mot reglerna, t ex missbruk, stölder, prostitution och arbetslöshet. Individens beteende styrs mer och mer av den negativa självbilden. *Avvikelsspiralen* är en försämring av den sekundära avvikelsten och en ond spiral. Genom upprepade negativa reaktioner och misslyckanden omdefinierar individen sin självbild mer och mer vilket leder till ytterligare sekundär avvikelse, fler misslyckanden, mer stämpling, en ny omdefiniering av självbilden och värre normstridigt beteende.

Giddens (1998) beskriver stämplingsteori som ett perspektiv på studien om avvikelse, vilket innebär att människor blir avvikare genom att samhället, myndigheter och enskilda människor sätter etiketter på dem. De blir då stämplade eller stigmatiserade.

3.1.2 Stigmatisering

En annan inriktning inom interaktionismen är stigmatisering. Begreppet stigma är benämningen på en egenskap som är mycket nedsättande. Goffman (1972) specificerar tre olika stigman; *kroppsliga missbildningar*, *fläckar på den personliga karaktären* som t ex alkoholism, arbetslöshet, psykiska rubbningar m fl. samt *sambetingade stigman* som ras, religion och nationalitet. Dessa stigman har det gemensamt att den person som har en negativ

egenskap eller ett drag, som inte undgår omgivningens uppmärksamhet, har ett stigma och avviker därmed från förväntningarna. Många personer är beredda att medge att de har ett stigma men försöker ändå att i möjligaste mån dölja det. En person som i vanliga fall skulle ha passat in i det sociala samspelet kan på grund av sitt stigma bli exkluderad. De som exkluderas från en grupp söker sig till andra som på likande sätt befinner sig i samma situation. I deras samvaro blir egenskapen eller "fläckarna" inte avvikande. Goffman menar att stigmatiserade personer många gånger får även andra tillskrivningar, som t ex att skrika åt en blind i tron att personen även hör dåligt, samt att andra beteenden hos en person också förklaras utifrån stigmat, t ex att ett agerande från en psykiskt sjuk person förklaras utifrån den psykiska sjukdomen. Vidare säger Goffman att läkare genom att diagnostisera kan bidra till att patienten dras in i en utstötningprocess. Goffman säger att det är de icke stigmatiserade personerna som diskriminerar de stigmatiserade (Goffman, 1972). Stigma innebär enligt Giddens (1998) varje form av fysisk eller social egenskap som antas vara negativ eller förnedrande.

3.2 Social konstruktionism

Den sociala konstruktionismen utvecklade på 90-talet ett stort inflytande på socialpsykologin inom socialt arbete. Den sociala arbetets användning av ett socialkonstruktionistiskt perspektiv har grundat sig på lösningsfokuserad och narrativ terapi samt möjlighetstänkande. I huvudsak går arbetet ut på att genom en förståelse av språkliga mönster skildra hur människor konstruerar sin sociala värld. Det handlar även om att hjälpa människor att rekonstruera sin värld genom att använda språket på ett annat sätt för att hitta möjligheter till förändring. Payne beskriver att "Verkligheten är en social konstruktion i ett historiskt och socialt sammanhang; därigenom är många kulturella och sociala former möjliga" (Payne, 2008).

Sociala konstruktioner kan beskrivas som de delade eller gemensamma uppfattningar om världen som människor skapar genom sitt samspel med varandra i sociala och historiska sammanhang. Det innebär att människors kunskaper härstammar från tolkningar av individens språkliga samspel. Genom en analys av samspelet kan en större förståelse uppnås för sociala relationer och hur individens identitet och beteende påverkas av dessa. I det sociala arbetet kan detta samspel även användas för att förändra en individs inställning och sociala konstruktioner och därmed också deras beteende och sociala relationer. I ett socialkonstruktionistiskt perspektiv på socialt arbete ses relationen mellan klient och socialarbetare som reflexiv, d v s de påverkar och förändrar varandra. Parton & O'Byrne beskriver att konstruktionistiskt socialt arbete har en strävan efter att skapa möjligheter, det försöker att bygga på det positiva i en människas liv och erfarenheter. Fördelen med socialkonstruktionistiska teorier i socialt arbete är att de är både psykologiska och sociala, att de kan förklara såväl personliga som sociala faktorer samt att de inbegriper en analys av språk och beteende som är lätt att koppla samman med det praktiska sociala arbetet (Payne, 2008).

Här beskrivs två områden i teorin om social konstruktionism som är viktiga för det sociala arbetet. *Social konstruktion av verkligheten* innebär att gemensamma sociala konstruktioner gynnar människors socialisation in i samhället och till olika grupper genom att de blir allmänt betydande och en verklighet för medlemmarna i samhället. *Social konstruktion av mänskliga kategorier*, t ex kvinna och man, sker genom sociala antaganden och beteenden. Det antas exempelvis många gånger att omsorg är något kvinnligt och flickor blir i regel socialiserade in i omsorgsrollen eftersom det ses som naturligt (Payne, 2008).

4. Metod

4.1 Inledning

Vi bestämde oss i ett tidigt skede att vi i vår uppsats ville skriva om missbruk och analysera artiklar som vänder sig till vår yrkesgrupp. Vi har hela tiden varit intresserade av att titta på innehållet och budskapet i texten i artiklarna. Vi läste litteratur om olika slags textanalyser och hittade då metoden argumentationsanalys som vi kände passade in på våra tankar och idéer. Det vill säga att vi vill ha en evidensbaserad grund och kunskap vilket vi anser att vi hittar i argumenten. Vi valde att använda oss av teorierna om stämpling, stigma och social konstruktionism eftersom vi anser att de förklarar och belyser förändringsarbete, dess process och eventuella svårigheter kring det.

Vår uppsats är en kvalitativ studie i vilken vi använder oss av ett hermeneutiskt tolkningssätt. Det innebär att vi vill uppfatta *vad* texten säger, genom att se efter *hur* den säger det. Hermeneutiken är klar över att kommunikationen mellan texten och läsaren inte är en mekanisk transport av ett färdigt innehåll utan det som sägs kräver en tolkning. Hermeneutiken kan också ses som läran om läsandet konst där det ställs fyra krav på en god läsare; läs uppmärksam, ansträng dig att förstå, var öppen med vad texten har att säga och reagera på det – tillämpa, pröva och ta upp det i ditt tänkande. Tolkningen är en situationsanpassad handling och ägs av läsaren. Läsaren blir då inte bara mottagare av författarens text utan medskapare av något nytt. Som läsare vill vi göra texten meningsfull för oss, i den situation där vi läser den. Eftersom vi alla har tillgång till olika erfarenheter så kommer tolkningarna att skifta efter vilka vi är. Att tolka en text kan kräva både eftertanke och metod (Hellspong & Ledin, 1997).

4.1.1 Avgränsning

Först hade vi en tanke om att läsa artiklar om missbruk i tidskriften *Socionomen* men insåg att det blev för stort för ett uppsatsarbete och att vi var tvungna att avgränsa oss. På inrådan från vår handledare läste vi de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård riktade till socialtjänst samt hälso- och sjukvård som Socialstyrelsen gav ut 2007. När vi läst dem väcktes ett intresse för att lära oss mer samt läsa artiklar enbart om gravida kvinnor som fått ett eget kapitel i riktlinjerna. Vi har valt att enbart använda oss av artiklar som handlar om företeelser i Skandinavien och är skrivna under 2000-talet. Detta för att innehållet ska vara så aktuellt och relevant som möjligt för oss i det kommande yrkeslivet. Vi tänker oss att både synsätt och arbetssätt har förändrats mycket bara under 2000-talet.

4.2 Materialinsamling

Vi tog kontakt med biblioteket på Campus (högskolan) i Varberg och fick där hjälp med att söka artiklar i databasen Artikelsök. Vi har hela tiden tänkt att vi vill använda oss av artiklar som vänder sig till vår yrkeskår. Vi sökte med hjälp av nyckelorden gravid* och missbruk* och fann då många artiklar om alkoholkonsumtion under graviditeten samt barn med alkoholskador i en tidskrift vid namn A&N – alkohol och narkotika samt Jordemodern. Jordemodern vänder sig till barnmorskor och därför valde vi bort den och bestämde oss för att enbart använda oss av tidskriften A&N i vår uppsats. A&N finns på Campus bibliotek så det var lätt för oss att hitta artiklarna och kopiera dem. Efter samråd med vår handledare bestämde vi oss för att också använda oss av artiklar ur facktidskriften Socionomen för att garantera att få med socialarbetarperspektivet. Vi gjorde en ny sökning med samma nyckelord i databasen Artikelsök och fann ett fåtal artiklar som handlade om alkoholkonsumtion under

graviditeten samt om barn med alkoholskador även i Socionomen. Inget bibliotek som vi var i kontakt med hade Socionomen i sitt sortiment så vi läste på hemsidan att vi kunde beställa kopior på de aktuella artiklarna från TAM-arkivet. Vi gjorde en beställning från dem och två dagar senare fick vi de kopierade artiklarna med posten.

Eftersom flera av artiklarna handlade om barn som fått alkoholskador och hur deras vardag påverkas samt problematiken med att få en rättvis diagnos valde vi att använda oss av artiklar som handlar om alkoholkonsumtion under graviditeten samt efterföljande konsekvenser för barnet, t ex FAS. Vi startade med att läsa alla artiklar vi hittat i A&N och Socionomen förutsättningslöst eftersom vi inte ville vara påverkade av våra teorier och vår metod. För att se vilken infallsvinkel artiklarna hade, kvinnan eller det ofödda barnet, använde vi oss av gula och rosa färgpennor. De artiklar som hade kvinnans perspektiv markerade vi med gult och de artiklar som hade det ofödda barnets perspektiv markerades med rosa.

På Campus bibliotek fick vi också en introduktion av personalen på hur vi skulle leta efter tidigare forskning i olika databaser. Det tog tid att hitta rätt artiklar och vi fick testa många olika sökvägar innan vi fann ett material som vi blev nöjda med. Vi fann våra artiklar i databasen Social Services Abstracts och vi använde oss till en början av följande sökord som huvudord; abuse, pregnancy och Sweden som vi sedan kombinerade i en sökning. Vi fick inga träffar och bytte ut abuse mot addiction, då fann vi en artikel. Vi tog sedan bort Sweden och hittade då ett antal relevanta artiklar. Vi gjorde även en kombination med orden *pregnan**, *addict** och *drinking behaviour* och fann tre artiklar. Vi har använt samma sökord på Google men har bara funnit samma artiklar där. Vi har sökt efter och hittat vår övriga litteratur i databasen LIBRIS, på huvudbiblioteken i Varberg och Falkenberg, Campus i Varberg samt Kurs- och Tidningsbiblioteket i Göteborg. Vi har också funnit mycket information på internet.

4.3 Argumentationsanalys

Här beskrivs den analysmetod vi har använt oss av när vi har bearbetat artiklarna.

Om man vill få gehör för sin åsikt måste man i de allra flesta fall motivera och argumentera för den. För att ett *argument/skäl* skall göra intryck på oss måste vi uppfatta det som trovärdigt, hållbart och att det har en rimlighetens prägel. En argumentation tar sig an en öppen fråga utan ett säkert svar. Syftet är att underbygga, undergräva eller undersöka en *ståndpunkt*. Det sker genom att dra fram skäl för eller mot ståndpunkten med utgångspunkt i vissa givna förutsättningar. En ståndpunkt är; en helhet av tankar, känslor och handlingspositioner som hjälper oss i vår verklighetsorientering (Hellspong, 2001). För att argumenten skall kännas meningsfulla för läsaren krävs det att man uppfattar att de på något sätt angår den aktuella ståndpunkten (Hellspong & Ledin, 1997). När man skriver en text får man prövat sina egna tankar genom att hävda en ståndpunkt, och kanske måste man leta efter sina skäl till varför man har den åsikten. Det är bara från vissa *utgångspunkter* som våra skäl för en uppfattning blir meningsfulla. Att bestämma utgångspunkterna för en argumentation hjälper till att förstå dess inriktning. Som läsare av texten kan man leta efter de argument och skäl som författaren använder för att hävda sin åsikt. För att kunna bedöma värdet på ståndpunkten måste man se om argumenten håller. Detta kan uttryckas som ett samspel mellan författare och läsare, där läsaren kan väga författarens ståndpunkter, argument och skäl för att hitta dess svaga och starka sidor (Hellspong, 2001).

Man kan använda analysmetoden för att få fram ett underlag för att avgöra en fråga. Man kan också leta efter argument för att tolka en text, alltså försöka förstå vad skribenten vill få fram

med sitt budskap. Till slut kan man också använda argumentationsanalys för att hitta och låna skäl för att stödja sin egen mening. Syftet med argumentationsanalys är att hitta skäl för en uppfattning och vad de skälen grundar sig i. Det kan också vara bra att titta på vad som försvagar och vad som förstärker uppfattningen. Argumenterar gör man när det finns plats för mer än en mening om hur något är eller borde vara. Det kan beskrivas som en argumentationsfråga som åsikterna håller sig omkring (Hellspong, 2001). Författaren radar upp en mängd förslag på hur man kan gå tillväga. Nedan redovisar vi vilka förslag vi tagit till oss och arbetar efter i denna uppsats.

Argumentationsfrågan: Vilken fråga handlar den aktuella texten om? Titta på hur den aktuella texten ger ett svar på argumentationsfrågan? Vilka mottagare riktar sig texten till, hur berörs de?

Ståndpunkt: Vad är kärnan i textens ståndpunkt? Går den att uttrycka som ett påstående? Vad går ståndpunkten ut på, är den konstaterande ("Så här förhåller det sig"), värderande ("Det här är bra/dåligt") eller föreskrivande ("Gör så här!")?

Skäl: Att ge ett skäl för en uppfattning är att tala om varför den är rimlig. De kan vara utformade som direkta påståenden, argument, eller vara mer indirekta och ha formen av berättelser, exempel eller frågor. Vilka skäl tar texten upp för sin ståndpunkt- och vilka mot den?

Utgångspunkter: Det är bara från vissa utgångspunkter som våra skäl blir meningsfulla. Vilka är de sociala förutsättningarna för att det skall bli godtagbart att författaren hävdar de aktuella skälen utan att framstå som skrytaktig eller kanske okunnig. Vilken position har författaren? (Hellspong, 2001).

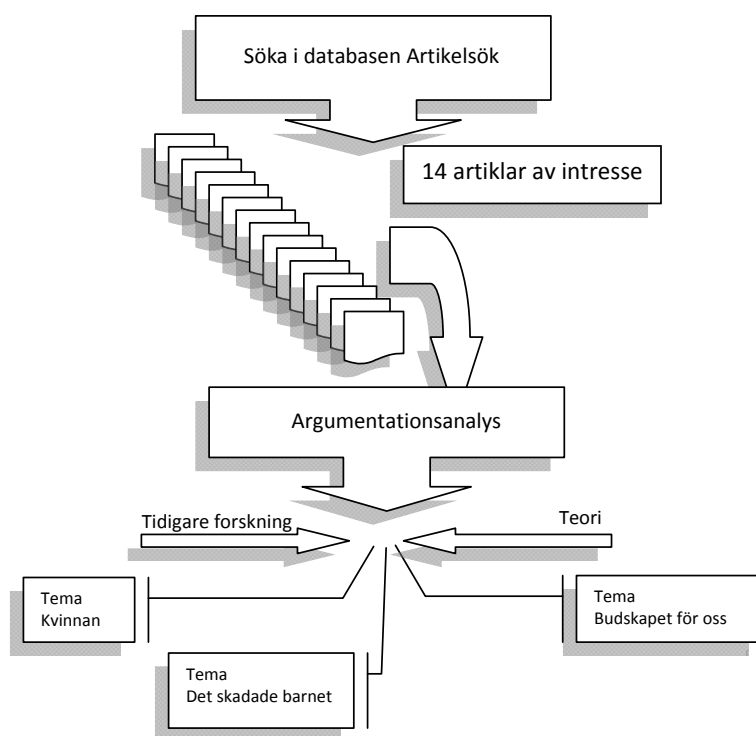
4.4 Bearbetning av artiklarna

Vi har använt oss av 11 artiklar ur tidskriften A&N - Alkohol & Narkotika och 3 artiklar ur Socionomen – facktidskriften för kvalificerat socialt arbete. Vi började med att genomföra vår argumentationsanalys genom att läsa en artikel i taget och välja ut argumentationsfråga, utgångspunkt, ståndpunkt/punkter och skäl för dessa, så att varje artikel blivit unik för oss. Detta har gjorts genom ett flitigt användande av olika färgpennor. Argumentationsfrågan har varit vad artikeln i stort handlat om. Utgångspunkt har i varje artikel varit författaren eller informanten som har uttalat sig utifrån sin roll som t ex läkare eller familjehemsförälder. Därefter har vi sökt efter deras skäl för sin ståndpunkt. Efter egen tolkning av vad vi uppfattat som rimliga skäl har vi sammanställt dessa och punktvis skrivit ner dem. Det är alltså inte direktcitrat tagna ur texten utan sammanfattningar av skäl som vi tycker har gett mening åt ståndpunkterna. Därefter har vi använt oss av detta material och vävt samman det med valda teorier och tidigare forskning i resultat och analys.

4.5 Resultat och analys

Vi har delat in vår empiri i tre olika huvudteman; Kvinnan, Det skadade barnet och Budskapet för oss. Detta för att kategorisera materialet utifrån våra frågeställningar och för att också kunna sätta fokus på det som vi ansett vara centralt. Temat Kvinnan fick senare två underrubriker *missbruk* och *riskbruk*, då det i materialet framkommer att det är klara skillnader i prevention, behandling och stöd för dessa olika grupper av kvinnor. Att vi valt Kvinnan som tema, och därmed uteslutit barnens fäder, beror en del på att det är kvinnan som främst blir föremål för kravet på förändrat beteende i samband med graviditeten. Det beror även på att männen i artiklarna fått en ganska liten plats och finns med i endast några få rader i vissa artiklar. Men vi vill inte på något sätt förminska männens betydelse, varken som förälder eller som partner till modern.

Vi har sammanställt artiklarnas argument i hermeneutisk anda genom att läsa, försöka förstå, vara öppen mot texten och framför allt införliva det i vårt eget tänkande. När man läser resultatet är det den samlade kunskapen från samtliga artiklar som bildar texten. Vi har förklarat den nya kunskapen med teorierna och tidigare forskning. Det har skapat en ny förståelse, vår sanning. Den beskriver vi i en narrativ text som återspeglar de skäl och ståndpunkter som här blivit sanning och giltighet. Vi har även exemplifierat vår tolkning genom att använda oss av direktcitat ur artiklarna. För att det klart skall framgå har vi valt att kursivera citaten. Vi har numrerat våra artiklar från 1-14 och anger enbart artikelns nummer efter citaten. Ett annat förtydligande vi vill göra är att vi använder alla tre beteckningarna FAS, FAE och FASD i texten som alla syftar till alkoholskador på barnet.



4.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validitet visar på om man har mätt det man avsett att mäta. Reliabilitet handlar om tillförlitligheten, att resultatet inte förändras av variationer i tid, plats med mera (Kvale, 1997). Vi uppfattar att dessa begrepp är svårapplicerade på en textanalys, som vi använder oss av. Vi använder oss av en analysmetod som erbjuder tolkningsmöjligheter av texten, där av kan det inte bli samma resultat vid en upprepade analys gjord av oss eller någon annan eftersom egna erfarenheter färgar tolkningen. Därför hämtar vi istället inspiration från Johansson (2006) och väljer begreppen **sanning** och **giltighet** istället för validitet och reliabilitet. Sanning och giltighet kan ur ett konstruktionistiskt perspektiv beskrivas som föränderligt, att det följer sin tid och hör ihop med hur människor väljer att i samspel med andra beskriva och förklara sin omvärld (Johansson, 2006). Sanning bearbetas av det vi vet och vad vi inte vet. I vårt arbete analyserar vi texter som redan när de producerades tolkades av skribenten. Därefter har vi med hjälp av en utvald metod valt att tolka ännu en gång, då i ljuset av vår egen förståelse av ämnet. Sanning och giltighet i uppsatsen ligger dels i att vi beskriver hur vi har gått till väga för att få fram vårt resultat, dels i vår egen förståelse. Det

lämnar öppet för andra att göra sin tolkning. Materialet är inte tänkt att vara generaliserbart, men kan ändå genom att vi tematiserat vad vi uppfattar att texterna säger oss, vara intressant. Det kan bjuda in till en ökad förståelse och väcka intresse till vidare kunskapssökning i vårt kommande yrkesliv.

4.7 Etiska frågor

Vi har läst om de forskningsetiska principerna för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning på Vetenskapsrådets hemsida (vr.se). Där beskriver de ett antal forskningsetiska principer som forskare har att ta ställning till i sitt forskningsarbete. Eftersom vi arbetar med artiklar, redan publicerat material gör vi bedömningen att materialet inte kräver etiska överväganden utifrån dessa principer i vår uppsats. Eventuella personuppgifter i texterna har redan identitetsskyddats eftersom artiklarna är tillgängliga för allmänheten. Vi har inte varit i kontakt med några informanter och vi förfogar inte heller över några personuppgifter. Däremot är valet av arbetssätt taget efter etiska överväganden. Det kommer ur att vi anser att ämnet är känsligt för många och kan väcka starka känslor. Vi ville undvika att utsätta någon enskild för obehag genom att inhämta information via intervjuer eller observationer.

5. Resultat och analys

I det här avsnittet för vi en diskussion utifrån vår argumentationsanalys tillsammans med den tidigare forskningen samt teorierna om stämpling, stigmatisering och sociala konstruktioner.

5.1 Vilka är utgångspunkterna/Vem har fått uttala sig i artiklarna?

I artiklarna som handlar om kvinnors alkoholkonsumtion under graviditeten är det professorer, läkare, barnläkare, barnmorskor och socialarbetare som har uttalat sig. Dessutom har en idag drogfri mamma fått berätta om sin situation och det bemötande hon fick av personalen på Semillan. När det istället handlar om det skadade barnet är det adoptiv- och familjehemsföräldrar, vuxna med FAS, psykolog och socialpedagog som har berättat om vardagens bekymmer. Här kan vi se att fokus ligger på hur det är att leva med FAS. Vi ser att beskrivningarna om barnen talar mer till känslorna än förnuftet mot vad de mer medicinska artiklarna om kvinnorna ovan gör.

5.2 Kvinnan

När vi i vår studie har tittat på gravida kvinnor och deras alkoholkonsumtion har vi hittat två grupper av kvinnor, de som redan har ett missbruk när de blir gravida och de som får ett riskbruk då de väljer att behålla sina alkoholvanor när de blir gravida. Alla kvinnor är individuella och unika men det finns vissa generella perspektiv i våra artiklar som vi använder oss av i diskussionen.

5.2.1 Missbruk - prevention, behandling och stöd för drogfrihet

5.2.1.1 Före förlossningen

Utifrån teorierna om stämpling och stigmatisering ser vi det som att alla kvinnor i missbruk som vi skriver om här är stämplade och stigmatiserade. I artiklarna framkommer att för en kvinna som lever i ett missbruk blir det en ännu mer komplicerad situation att bli gravid.

Vissa kvinnor har varken hem eller arbete. Dessa situationer kräver specialistkunskap. En socialarbetare uttrycker det på följande sätt: *"Som ensam barnmorska eller socialsekreterare är det svårt att göra särskilt mycket, men tillsammans kan vi göra massor."* (Artikel 12). Ottenblad (2000) har gjort en studie som visar att en tidig identifiering av missbruket är avgörande för fostret. Hon bekräftar också att specialister inom vård och socialtjänst måste samarbeta för barnets skull.

I Stockholm, Göteborg och Malmö finns det specialistmottagningar för missbrukande kvinnor där olika yrkesgrupper finns att tillgå. Specialistmottagningarna har kommit till av erfarenheten att sjukvård och socialtjänst behöver samarbeta kring kvinnorna. Det är centralt att den vanliga mödravården hänvisar kvinnorna till specialistmottagningarna så att de får tillgång till den skicklighet de olika yrkesgrupperna besitter. Kvinnan får där information om riskerna med sitt missbruk och vilka skador fostret kan ha fått (Artikel 4, 12 & 13). I artikel 1 finns exempel på information till den blivande mamman som är:

- Alkoholen förs direkt in i fostrets blodbanor via moderkakan.
- Alkohol kan i sig konstateras vara fosterskadande.
- Det finns ett starkt samband mellan kvinnans alkoholintag och barnets skador. Ju längre missbruk under graviditeten desto större skador på barnet. Den individuella känsligheten för alkohol påverkar skadornas grad.
- Alkoholen kan påverka fostrets utveckling negativt och orsaka fosterskador, t ex FAS.
- Alkohol under graviditeten kan ge hjärnskador på fostret och energiomsättningen kan störas.
- Alkoholen kan ge störd utveckling motoriskt och intellektuellt och tillika missbildningar.
- Även låga nivåer av alkohol kan orsaka skador beroende på individers olika känslighet.
- Ingen nedre gräns för en riskfri alkoholkonsumtion under graviditeten har kunnat fastställas.

Denna information ska kvinnan ha med sig när hon fattar ett beslut om att behålla barnet eller inte. En av tre kvinnor väljer att behålla barnet. En barnmorska på Ambulatoriet säger: *"Då är det drogfrihet som gäller från i dag, inte nästa vecka."* (Artikel 11). Dessa kvinnor får stöd för att hålla sig drogfria, vilket till att börja med är en insats främst för barnet. Kvinnorna lämnar drogtestar kontinuerligt. Bland de kvinnor som inte klarar av att hålla sig drogfria blir ett fåtal om året tvångsvårdade på behandlingshem för att skydda det kommande barnet (Artikel 11). Stödet för drogfrihet handlar dock inte bara om att vara drogfri under graviditeten utan ett framgångsrikt socialt arbete ska verka för en långsiktig drogfrihet. En förändring måste därför ske och många kvinnor får en högre motivation till att förändra sitt liv då de blir gravida (Artikel 10, 11, 12 & 13). En idag drogfri mamma uttrycker sig så här: *"När jag blev med barn fick jag verkligen anledning att sluta med droger. Jag ville inte förstöra någon annans liv." "Jag hade bestämt mig. När man vet att man verkligen behövs, då sköter man sig. I alla fall var det så för mig."* (Artikel 13). Här vill vi lyfta fram Sun (2004) som i sin studie drar slutsatsen att det är viktigt att hitta en balans mellan att vårda graviditeten och att behandla missbruket för att kvinnorna ska kunna förbli drogfria.

Vi kan se att relationen mellan socialarbetaren och kvinnan belyses på flera olika sätt i artiklarna. Relationen kan utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv ses som ett reflexivt samspel och är viktig för att skapa en förändringsprocess hos kvinnan. Det sociala arbetet bör sträva efter att skapa möjligheter genom att bygga på det positiva i kvinnans liv (Payne,

2008). *"Jag börjar med att säga grattis. De tror att jag ska börja tala om abort."* (Artikel 11). Ett exempel på ett produktivt socialt arbete är att det bygger på en tät kontakt med kvinnan och kräver direkta insatser i form av samtal och praktisk hjälp, som att ordna ett boende eller kontakt med myndigheter. Kvinnan behöver stöd i att öka sin självkänsla. Detta bekräftas i en studie där kvinnor som har personlig erfarenhet av insatser i form av socialt stöd har intervjuats. Resultatet visar att ett omfattande socialt stöd till kvinnorna är av stor vikt (Grant et al, 2005). I en annan studie uttrycker kvinnorna att förtroendet mellan dem och behandlaren är viktigt för en lyckad behandling liksom kontinuiteten (Phillips et al, 2007).

Eftersom insatserna för att skydda det kommande barnet är tidsbegränsade fram till förlossningen är det viktigt med snabba och effektiva insatser. Hjälp ska finnas nära kvinnan och vara lättillgänglig, t ex att träffas ofta och finnas till hands via telefon. En socialarbetare säger att det handlar om *"att bygga ett förtroende, göra sig behövd och det gör man bara genom att komma nära. Relationen och kontinuiteten är A och O."* *"Många av de som har missbrukat länge är mycket känsliga i sina attityder, känner man sig misstrodd sluter man sig som en mussla."* (Artikel 12). Vi tänker att det nära samarbetet syftar till att stötta kvinnan i att konstruera en ny tillvaro. Det ska vara ett stöd i hennes förändringsprocess (Payne, 2008).

Utifrån stämplingsteorin tänker vi att den missbrukande kvinnan har ett avvikande beteende eftersom samhället har konstruerat missbruk som ett avvikande beteende. Det är ett beteende som inte passar in i samhällets "ramar" och kvinna blir därför stämplad av omgivningen och så småningom även av sig själv. Den insats som erbjuds går ut på att stödja kvinnan i att byta roll. Här ser vi att det krävs ett stort arbete då det gäller att bryta den stämplingsprocess som för många av kvinnorna pågått under en längre tid. Kvinnan har att förhålla sig till både omgivningens och sin egen syn på sig själv. Det handlar om att gå ur rollen som missbrukare, att lämna det man känner till, och att anta den nya rollen som blivande mamma. Utifrån stigmatisering tänker vi att dessa två roller är lika aktuella i kvinnans liv samtidigt och skapar många gånger en svårhanterlig kluvenhet eftersom de ur samhällets syn är så oförenliga. Kvinnan måste våga förändra sin identitet något som kanske sker lättare när hon ändå förändras kroppsligt under graviditeten. Många kvinnor känner en rädsla inför att bli mammor och i dessa fall blir den mer påtaglig tänker vi eftersom kvinnor i missbruk många gånger har tidigare erfarenhet av upprepade misslyckanden vilket ger en dålig självkänsla. Kvinnorna lever med skammen över sitt missbruk och känslan av att vara misslyckad. Missbruket i sig innebär ett svek mot omgivningen och kvinnan själv. Erfarenheten skapar en rädsla för att inte klara av föräldraskapet och den nya rollen som mamma. Många gånger finns även en osäkerhet och rädsla för att misslyckas i föräldraskapet då det i samhället finns en bild av "den goda modern" som finns beskriven av Haavind (1974), som kvinnan har att leva upp till. Vi tänker att många kvinnor i missbruk känner skuld och skam över sin situation och för vem de är. Den skulden kan också hindra dem att våga anta mammarollen.

5.2.1.2 Efter förlossningen

De kvinnor som har haft en kontakt med någon specialistmottagning under graviditeten erbjuds även uppföljning via socialtjänsten efter förlossningen. Har en bra kontakt skapats innan tackar de flesta kvinnor ja till uppföljning (Artikel 11, 12 och 13). Vi ser det som att de som arbetar med uppföljningen har ett socialkonstruktivistiskt förhållningssätt. Det vill säga att de fortsätter att bygga på det positiva i kvinnans liv och använder det nära samspelet med kvinnan för att stötta henne i att förändra och rekonstruera sitt beteende och sin tillvaro. De ser genom sin nära relation till kvinnan en möjlighet att påverka till förändring (Payne, 2008). Under uppföljningen bör fokus ligga på barnet och att stötta mamman i sitt föräldraskap

eftersom dessa kvinnor många gånger har ett litet eller obefintligt nätverk som annars skulle vara det naturliga stödet. En socialarbetare säger: *"De kanske inte heller har en mamma som kan fungera som stöd eller förebild."* (Artikel 11). Vi har förstått det som att uppföljningen kan handla om att exempelvis stötta mamman i att vara närvarande, ge trygghet, skydd och praktisk hjälp som hygien och mat för sitt barn. Flera studier påvisar vikten av att identifiera psykosociala riskfaktorer i familjen eftersom tidiga insatser, som är anpassade efter familjen, kan motverka en ogynnsam utveckling för barnet. Riskfaktorer kan vara psykisk hälsa och ekonomisk sårbarhet. Skyddsfaktorer kan vara personlig kompetens, ekonomisk stabilitet och positiva hemförhållanden (Sydsjö & Wadsby, 2003, Kotrla, 2008).

Vid uppföljningen är det viktigt att fortsätta att prata om missbruket och vikten av fortsatt drogfrihet för att kunna klara mammarollen. Det finns en stor återfallsrisk bland kvinnorna under barnets första halvår och därför är det angeläget att då finnas nära kvinnan genom uppföljning. En socialarbetare på Ambulatoriet säger: *"Rädslan för att barnet ska omhändertas är stort hos mamman som återfaller och att söka hjälp känns som ett misslyckande."* (Artikel 12). Relationen och behovet som skapats under graviditeten bör upprätthållas så att det fortsatta stödet ger kvinnan en trygghet i sitt föräldraskap. Det är viktigt att kvinnan är med på uppföljningen eftersom risken alltid finns att hon flyttar för att komma undan sin historia. Erfarenheten har visat att uppföljningen ska vara tills barnet är minst två år. Kontakten ska därefter minskas ner och vi tänker att stödet därefter fortsätter på BVC (Artikel 12).

5.2.2 Riskbruk - prevention

Till skillnad från gruppen missbrukande kvinnor ovan förutsätter vi att kvinnorna i riskbruksgruppen varken är stämplade eller upplever sig vara stigmatiserade när det gäller sitt alkoholbruk. Göransson et als forskning (2003) visar att så många som 30 % av kvinnorna som ingick i en studie valde att fortsätta dricka alkohol fram till inskrivningen på MVC, vilket oftast sker i tolfte graviditetsveckan. De uttrycker det som att det är först vid inskrivningen de blir gravida "på riktigt".

En diskussion har därför förts om att inskrivningen bör ske redan i vecka sex istället då många ändå lämnar graviditetstest. När barmorskorna ställer frågor om alkoholvanor under inskrivningssamtalet på MVC kan de identifiera kvinnor som fortsatt att dricka alkohol trots vetskapen om att de är gravida. Det handlar ofta om välutbildade kvinnor som i vanliga fall har en låg konsumtion av alkohol men som förvandlas till riskdrickare i och med att de inte ändrar sitt konsumtionsmönster när de blir gravida. Kvinnorna uttrycker det så här *"nej, jag dricker jättelite, kanske tre-fyra glas i veckan, och aldrig mer än ett glas åt gången."* (Artikel 10). Den här konsumtionen är helt normal när du inte väntar barn men dessa kvinnor var ofta övertygade om att det lilla de drack bara var nyttigt (Artikel 10). Chang (2000) skildrar att en önskan om att få ett friskt barn är en effektiv drivkraft till att minska alkoholkonsumtionen under graviditeten. Barmorskor hävdar att information till dessa kvinnor i form av fakta om risker och eventuella fosterskador av alkoholkonsumtion under graviditeten är av stor vikt. Det bör vara en tydlig information som inte skuldbelägger eller kan uppfattas som moraliserande (Artikel 10). Detta bekräftas i en studie där resultatet visar att utbildning, rådgivning och stöd för blivande mammor är en viktig men enkel prevention för att mammorna ska vara drogfria under graviditeten (Kotrla, 2008).

Vi tänker att en gravid kvinna som dricker alkohol öppet blir av omgivningen stämplad som en avvikare. Att dricka alkohol under graviditeten kan ses som en konstruktion för ett avvikande beteende i det svenska samhället.

5.3 Det skadade barnet

Det finns ytterst lite statistik kring barn med alkoholskador. Studier har visat på en stor underrapportering till Socialstyrelsens missbildningsregister. Den ansvarige för registret säger: *"Läkaren kanske gör en notering i journalen, men utan den kodning som behövs för att diagnosen ska registreras."* (Artikel 4).

Vår kunskap nu är att det är bara på de barn som har de allra svåraste fysiska skadorna, FAS, som det kan synas redan när de är små. Magri et al (2007) säger att FAS är den tredje största orsaken till utvecklingsstörning i världen och den enda som går att förhindra och är möjlig att undvika. Vi har också tagit till oss att i de flesta fall kan man inte börja diagnostisera förrän barnen är fyra till fem år gamla då symptom som t ex sen utveckling och hyperaktivitet börjar märkas. De barn som har de lättaste skadorna kanske inte ens får en diagnos som är relaterad till alkohol. Flera olika skador, t ex hyperaktivitet och inlärningssvårigheter, som kan förorsakas av alkohol kan också ha andra orsaker. Så är det t ex med ADHD, där finns en ärftlighetsfaktor men skadan kan också ha uppkommit genom alkoholpåverkan under fostertiden. För att kunna diagnostisera FASD krävs ett dokumenterat alkoholbruk hos modern och det är ganska ovanligt att det finns. Alltså måste läkare välja andra vägar då ett barn "behöver" en diagnos för att få tillgång till hjälp. För att ge barnet en FASD- diagnos behöver även de kriterier som finns vara fastställda (Artikel 4 och 5).

Flera berättelser vittnar om att många barn med alkoholskador inte bor med sina biologiska föräldrar utan hos adoptivföräldrar eller i ett familjehem (Artikel 2, 7, 8 och 14). I de fallen tänker vi att det finns en större möjlighet att moderns alkoholkonsumtion under graviditeten finns dokumenterad och att barnet har en diagnos. Det är mest familjehemsföräldrar som är medlemmar i FAS-föreningen i Sverige vilken arbetar för att barn med alkoholskador ska få en diagnos. Vi förstår att det för adoptiv- och familjehemsföräldrar kan vara skuldavlastande när barnet får en diagnos för att barnens skador kan ge sig uttryck i svårbemästrat uppförande. En adoptivpappa berättar: *"Utbrotten kommer utan förvarning. Öppna platser, torg och folksamlingar är kritiska situationer som familjen försöker undvika. Här kan vad som helst hända. Plötsligt drar och skriker Adam hejdlöst, sliter sig och springer iväg för att leta upp något att gömma sig under."* (Artikel 8).

Samma diagnos, det vill säga FAS, kan istället ge upphov till stor skuld hos de biologiska föräldrarna. Detta dilemma är för en del läkare svårt att ta itu med, och det händer att de ger en annan diagnos, än FAS, för att undkomma problematiken med att peka ut mammans alkoholkonsumtion under graviditeten. En barnläkare säger att: *"Troligen får många av dem till exempel en ADHD-diagnos. Den ligger nära till hands när barnen börjar uppvisa koncentrations- och uppmärksamhetsproblem."* (Artikel 4). En professor förordar att en diagnos inte är bra och sätter hinder i vägen för barnet och säger att: *"Så visst kan det vara så att barn som fått en ADHD-diagnos egentligen har fetalt alkoholsyndrom..."* *"Det är så ofta man inte vet vad som är orsaken, och att sätta en diagnos som FAS till exempel får ju en mängd konsekvenser. Ta bara en sådan sak som försäkringsskydd."* (Artikel 4). Andra menar på att en diagnos är det enda rätta för barnen. *"Diagnosen i sig är inte det mest intressanta. Huvudsaken är att de får hjälp. Alkoholskadade barn behöver livslångt stöd, deras skador försvinner aldrig."* (Artikel 9). *"Att inte uppmärksamma dessa barn i tid leder*

till onödigt mänskligt lidande och blir kostsamt för samhället...” (Artikel 5). En medarbetare på Folkhälsoinstitutet uttrycker sig så här: *”Hur ska man vinna trovärdighet för varningarna om alkohol under graviditeten när man så sällan sätter diagnosen. Det innebär ju att skadan inte syns.”* (Artikel 4).

FASD växer inte bort och skadorna på hjärnan läker inte med åren. Barnen behöver så tidigt som möjligt omsorgsgivare som förstår och kan hjälpa dem att hantera sin vardag. I Danmark finns ett barnhem med mångårig erfarenhet av barn med FAS. De har ett speciellt förhållningssätt mot barnen för att de skall ha en vardag som de förstår och klarar av. Fokus ligger på syn, hörsel och beröring på grund av att alkoholskador gör barnen extra känsliga för ljus, ljud och beröring. De reagerar med att bli kaotiska när de blir överstimulerade och därför arbetar personalen med att ge dem strategier att skydda sig mot allt för hög stimulans (Artikel 9).

Barnen behöver rätt stöd och förståelse för sina svårigheter i skolan, annars kan problemen bli värre med åren. En professor uttrycker det så här: *”Barn med FAS är också på grund av sitt begåvningshandikapp benägna att få svårigheter i skolan. ...symptom som beror på att den miljö de vistas i inte är anpassad till dem.”* (Artikel 4).

De behöver stöd med struktur och tydlighet och kräver ett speciellt bemötande. *”...skolan behöver bli bättre rustad att möta dessa barns behov. ...ökad kunskap hos skolpersonalen och ett undervisningssystem där eleverna kan bemötas individuellt.”* (Artikel 5). Vi tänker oss att ett visst överseende kan finnas för ett impulsstyrkt barn eller tonåring men det tolereras inte hos vuxna i samma utsträckning. Som exempel berättar en vuxen kvinna med FAS: *”Jag gör ibland saker utan att jag liksom tänker mig för, beskriver Caroline. Häromdagen till exempel gick jag inte till jobbet för att det var en annan sak jag ville göra. Men sån kan man ju inte göra, förstås.”* (Artikel 7).

Utifrån ett barnperspektiv tänker vi att en diagnos ökar förståelsen för barnen och gör att de tillåts att utvecklas i sin egen takt och utifrån de egna förutsättningarna. Här kan vi se att detta är barn som i många fall kommer att få leva med flera olika stigman och att de kommer att bli stämplade på olika sätt genom hela sitt liv. De flesta alkoholskador är ett osynligt handikapp men utmärker sig i ett för samhället konstruerat avvikande beteende, t ex aggressionsutbrott och inlärningssvårigheter. Många barn med alkoholskador lever inte med sina biologiska föräldrar och har därför även att förhålla sig till problematiken kring att vara ett familjehems- eller adoptivbarn. Åtskilliga av dessa barn får det svårt i skolan på grund av sitt handikapp och beteende. Konsekvensen kan bli mobbing och utstötning. Detta kan följa individen genom hela livet och skapa svårigheter med att klara arbete och vardagen generellt.

5.4 Slutreflektion

Vi ser det som att de missbrukande kvinnorna och de skadade barnen i vår studie har de stigman som Goffman (1972) beskriver som ”fläckar på den personliga karaktären”. Kvinnorna har missbruket och de skadade barnen har handikappet som sina ”fläckar”. Genom att de har dessa egenskaper avviker de från samhällets förväntningar och blir därmed stigmatiserade. När en människa känner att hon inte passar in i det sociala samspelet och kan leva upp till förväntningarna söker hon sig till en annan grupp där hon passar in. Det är en förklaring till varför missbrukare söker sig till varandra. De finner där en gemenskap där de klarar att leva upp till förväntningarna och skapar en ny identitet som missbrukare. Det är sedan svårt att bryta upp från denna gemenskap och att rekonstruera sin identitet. Detta för att

många avvikare har en positiv inställning till sin nya identitet och gör allt för att leva upp till förväntningarna som avvikelsen innebär. Moraliserande till dessa kvinnor hjälper därför föga. Här är ett socialkonstruktivistiskt förhållningssätt bra att använda sig av genom att skapa ett samarbete och komma nära kvinnan, då kan en förändring komma till stånd.

Många alkoholskadade barn hamnar i kriminalitet och missbruk när de blir äldre. De har också blivit stigmatiserade och sökt sig till andra grupper där de klarat leva upp till förväntningarna. Att vara stigmatiserad innebär förmodligen en erfarenhet av många misslyckanden och en känsla av att vara misslyckad.

5.5 Budskapet för oss

Ett samarbete mellan socialtjänst och sjukvård är grundläggande eftersom det annars är svårt att stötta och hjälpa gravida kvinnor i missbruk hela vägen. Allt samarbete kring kvinnan är därför av största vikt. Missbruket behöver upptäckas tidigt under graviditeten för att minimera riskerna för att barnet tar skada. *"Graviditeten är en period i livet då man är beredd att ändra på sina vanor. Det är nu eller aldrig, liksom. Detta måste man använda sig av i vården. För motiveringen är inte alls lika hög efteråt."* (Artikel 10). Det finns specialistmottagningar att tillgå för dessa kvinnor, t ex familjesociala mottagningen i Stockholm, Semillan i Göteborg och Ambulatoriet i Malmö, som är viktiga att använda sig av. Att arbeta med missbruksfamiljer kräver stort tålamod och flexibilitet. *"Semillan arbetar på ett annat sätt. De frågar vad man behöver hjälp med istället för att säga åt en vad man ska göra."* (Artikel 13). Det krävs mycket tid och kunskap för att kunna stötta dessa familjer. Det gäller att våga visa färg, att vara konfrontativ och våga stå för sina uppfattningar. I och med att arbetet med gravida missbrukare har en naturlig deadline framtingas ett mer direkt socialt arbete. Det går inte att bara låta tiden gå. Kvinnorna behöver många gånger byta miljö för att bryta med sitt missbruk och därför behövs även bra behandlingsresurser. Agera utifrån de lagar som finns om graviditeten inte är drogfri och fokusera på barnet. Här ser vi ett tydligt barnperspektiv.

Om problemen uppmärksammas i tid finns möjlighet att göra en planering och hitta en lösning för föräldrarna och deras kommande barn för att undvika akuta ställningstaganden. Då är alla även väl förberedda vid förlossningen. *"...numera händer det allt mer sällan att en okänd missbrukande kvinna dyker upp på kvinnokliniken för att föda barn."* (Artikel 11). Graviditeten är en period i livet då kvinnor är motiverade till förändring. Det är även viktigt att skapa en bra kontakt med kvinnan under graviditeten för att uppföljningen inte ska upplevas som en kontroll utan istället som ett stöd. *"Hon blev som en idol för mig, säger Anna. Gunilla kunde man prata med. Det var helt annorlunda än på socialen. Där sa de bara ajabaja."* (Artikel 13). *"Går man nära klienten finns flera fördelar. Man vågar exempelvis lättare ta en konflikt, som kan vända en utveckling positivt."* (Artikel 12). Forskning och erfarenhet visar att gravida missbrukare har hög motivation att hålla sig drogfria under graviditeten men det är vanligt med återfall när barnet är 2-6 månader. Därför bör kontakten med dessa kvinnor upprätthållas en längre period efter förlossningen. Om kvinnan uppfattar socialtjänsten som påträngande är det nödvändigt att tänka kreativt, t ex finns det någon person i nätverket som kan fungera som stöd och länk?

Den som ger rådet till en gravid kvinna att hon kan dricka lite inbjuder till en kalkylerad risk. Vem får ta eventuella konsekvenser? Jo, barnet som har hela livet framför sig. *"...flickorna förstår att de har skador de inte kan göra något åt. Skador som inte beror på dem själva men som alltid kommer att begränsa deras liv."* (Artikel 7). Danska myndigheters råd är att gravida helst inte bör dricka alkohol, men om man ändå gör det så är rekommendationen max

1-2 glas per gång. Uppskattningsvis föds det ungefär dubbelt så många barn med alkoholskador i Danmark som i Sverige. *"Vi danskar skrattar åt svenska Systembolaget, men det är lätt att skrattet fastnar i halsen när våra alkoholvanor går ut över de ofödda barnen."* (Artikel 9). Om diskussionen förs bland politiker att specialistmottagningarna kostar för mycket måste de tänka på vad de kostar att inte göra något för dessa mödrar. Ett barn som föds med FAS kostar samhället 10 gånger mer än ett friskt barn.

Det är betydelsefullt med ett professionellt stöd i form av kurator eller psykolog för föräldrar som har barn med alkoholskador. Detta för att öka förståelsen för barnets problematik, hanteringen av den samt för att föräldrarna ska kunna hantera sitt dåliga samvete. Många föräldrar har innan barnet fått en diagnos ställt för höga krav på barnet och därmed bidragit till onödiga konflikter på grund av en okunskap i att hantera situationen. *"Nu när jag har fått hans problem förklarade för mig mår jag dåligt över en del som hände då i början. Även om jag visste att Filip behövde tid insåg jag inte vidden av hans problem. Jag blev arg på honom för att han inte förstod."* (Artikel 2). Alla föräldrar, såväl biologiska som adoptiv- eller familjehemsföräldrar, som har barn med FAS behöver avlastning eftersom dessa barn är mer krävande än andra barn. Adoptivföräldrar har många gånger en svårare situation än familjehemmen eftersom de är mer oförberedda på att få ett barn med en utvecklingsstörning samt att de får mindre hjälp från socialtjänsten. Att ha barn med alkoholskador präglas många gånger av en oro inför framtiden. *"Det tunga är att läsa om följderna. Det verkar ju inte ha gått så bra för de här barnen. Många blir kriminella och hamnar i missbruk. Fast jag brukar tänka att jag ska vara som en hök över honom."* (Artikel 2).

Det är angeläget att barnen i familjehem har kontakt med sina biologiska föräldrar. *"När mammornas missbruk gett barnen skador för livet måste man prata öppet om det - utan att klandra någon. Gjort är gjort. Man måste se framåt och bygga på relationen som finns. Man kan ha världens underbaraste mamma även om man fått FAS."* (Artikel 14). När barnen blir myndiga och ska lämna familjehemmet behöver de fortsatt stöd från samhället. Många blir annars väldigt ensamma och utsatta om de bryter kontakten med familjehemmet och inte har några andra att luta sig tillbaka på.

FAS-föreningen är en sammanslutning av familjehemsföräldrar till barn och ungdomar med alkoholskador som bland annat verkar för att barnen ska få en diagnos så tidigt som möjligt. Sådana här påtryckargrupper har ofta en större styrka och genomslagskraft än vad forskare har. *"Man måste se barnen. Om barnen görs medvetna om sitt funktionshinder kan de lära sig hitta strategier för sånt som är svårt."* (Artikel 14). Det är viktigt att ha med sig att en FAS-diagnos kan vara både skuldbeläggande (biologiska föräldrar) och skuldbefriande (adoptiv- och familjehemsföräldrar) beroende på situationen. Ett sätt att resonera kring om barn behöver en diagnos eller inte är; utvecklingen gällande rådande behandling, pedagogik och stöd för barn med alkoholskador har varit allt annat än god. Därför kan man ifrågasätta nyttan med en diagnos.

Vi ser att de teorier vi har valt stämmer bra in på den här typen av socialt arbete. Stämplingsteorin kan förklara en kedja av händelseförlopp och den långa process som ligger bakom ett avvikande beteende som exempelvis missbruk. Den kan även förklara processen med att ta sig ur ett missbruk. Utifrån social konstruktionism ser vi vikten av ett arbetssätt som innebär att skapa goda relationer till klienter. Det kan frambringa förändringar men det behövs tid.

6. Slutdiskussion

Här för vi en fri diskussion om tankar som har väckts under arbetets gång.

Vi ser att *barnperspektivet* löper som en röd tråd genom hela vår studie. Det är tydligt att de som har uttalat sig i artiklarna har ett barnperspektiv. När vi började vår studie hade vi en tanke om att finna någon ståndpunkt med argument för att kvinnan har rätt att bestämma över sin egen kropp och värna om sin integritet. Vi trodde alltså att vissa skulle ta kvinnans parti i diskussionen om graviditet och alkoholkonsumtion. Det visade sig att det inte var så utan artiklarnas budskap var att skydda det kommande barnet men även att stötta kvinnan i att bli drogfri. För de kvinnor med ett riskbruk är en rak information där fakta om alkoholens konsekvenser för det kommande barnet framgår den bästa preventionen. Socialarbetare kommer sällan i kontakt med dessa kvinnor utan dessa samtal sköts av barnmorskorna.

När socialarbetare kommer i kontakt med denna typ av problematik ser vi tydligt i artiklarna att de använder sig själva som verktyg i arbetet. De tar ansvar för att försöka skapa en relation till kvinnan för att de av erfarenhet vet att en förändringsprocess kan ske först när en nära relation finns. Utifrån de teorier vi har läst så finner vi att de bekräftar detta förhållningssätt. Här ser vi att teorierna och praxisen går hand i hand med varandra. Detta vill vi gärna ta till oss för vårt kommande yrkesliv som socionomer. Här ser vi också vikten av ett samarbete mellan olika yrkesgrupper där de olika kompetenserna måste tillvaratas för att nå kvinnorna och komma till rätta med deras problematik. Utan samverkan sviker samhället dessa kvinnor.

En diskussion om att sätta diagnos på de alkoholskadade barnen eller inte förs där det finns två motpoler. En del menar att det är komplicerat att diagnostisera eftersom symptomen även kan ha andra orsaker. I och med att symptomen även kan bero på andra saker än alkohol så måste mammans alkoholanvändning under graviditeten vara dokumenterad. En annan aspekt är att en diagnos kan ge konsekvenser för andra delar av livet, bland annat kan försäkringsskyddet för barnen blir sämre. Att sätta en diagnos på de skadade barnen kan enligt Goffman bidra till en utstöttningsprocess och en stigmatisering. Samtidigt säger andra att barnen inte kan få den adekvata hjälp de behöver om de inte får en diagnos. Det går inte att sätta in rätt insatser och ge ett bra stöd för barnets individuella behov. Det finns då heller inte en förståelse för deras beteende från föräldrar, skolan och samhället i stort. Vi vet efter vår studie att alkoholskadade barn i många fall har fått en annan diagnos, som t ex ADHD, istället. Det kan ses som mindre stigmatiserande och är lättare för en läkare att sätta än FAS. Det är så klart även mindre skuldbeläggande för de biologiska föräldrarna. Det är en svår diskussion men den bör handla om att gynna det alkoholskadade barnet. Då kan ett synsätt vara att sanningen bör vinna och en diagnos ställas.

För att få en djupare och bredare kunskap skulle vi i en kommande undersökning kunna gå vidare från vår studie och titta på olika forum på internet. Vi tänker oss då att utgå ifrån samma sökord.

Referenslista

- Angelöw, B. & Jonsson, T. (1990) *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Brembeck, H. (2003) "De "nya" mödrarna". I Bäck-Wiklund, M. & Johansson, T. (red): *Nätverksfamiljen*. Stockholm: Natur och kultur
- Chang, G., Goetz, M.A., Wilkins-Haug, L. & Berman, S. (2000) "A brief intervention for prenatal alcohol use: An in-depth look". *Journal of Substance Abuse Treatment*, Nr 18, 365-369
- Franséhn, M. (2004) *Den dolda triaden: Om ensamstående mödrar med söner och deras behov av stöd inom socialtjänsten*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete
- Giddens, A. (1998) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur
- Goffman, E. (1972) *Stigma – den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Prisma
- Goldberg, T. (2005) *Samhället i narkotikan*. Solna: Academic Publishing of Sweden
- Grant, T Ph.D., Ernst, C. M.A., Streissguth, A. Ph.D., & Stark, K. M.Ed., M.B.A (2005) "Preventing Alcohol and Drug Exposed Birth in Washington State: Intervention Findings from Three Parent-Child Assistance Program Sites". *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 417-490
- Göransson, M., Magnusson, Å., Bergman, H., Rydberg, U. & Heilig, M. (2003) "Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics". *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 98, 1513-1520
- Haavind, H. (1974) "Myten om den goda modern". I Berg Slagnes, J. et al (red) *Myten om den goda modern*. Stockholm: Aldus
- Hellspong, L. & Ledin, P. (1997) *Vägar genom texten: Handbok i brukstextanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Hellspong, L. (2001) *Metoder för brukstextanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Höjer, I. (2003) "Fosterfamiljen". I Bäck-Wiklund, M. & Johansson, T. (red): *Nätverksfamiljen*. Stockholm: Natur och kultur
- Johansson, H. (2006) *Brist på manliga förebilder. Dekonstruktion av en föreställning och dess praktik*. Göteborg: Intellecta Docusys
- Kotrla, K. (2008) "Predicting Alcohol Use During Pregnancy: Analysis of National Survey Data and Implications for Practice and the Church". *Social Work and Christianity - Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, Vol. 35, Nr 1, 12-32

- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lindqvist, R. & Nygren, L. (2006) "Social teori och socialt arbete". I Meeuwisse, A. & Sunesson, S. & Swärd H. (red) *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Magnusson, A., Göransson, M. & Heilig, M. (2005) "Unexpectedly high prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care and simple tools that improve detection". *Journal of studies on alcohol*, 66 (2), 157-164
- Magri, R., Hutson, J., Miguez, H., Suarez, H., Menendez, A., Parodi, V., Koren, G. & Bustos, R. (2007) "Advances in the determination of alcohol and other drug consumption during pregnancy: a study of 900 births in Montevideo, Uruguay". http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-35482512_ITM 2009-02-20
- Ottenblad, C. (2000) "Specialistmödravård för drogberoende blivande föräldrar – långsiktigt stöd förebygger återfall och skapar bättre uppväxtmiljö för barnet". *Läkartidningen*, volym 97, Nr 18, 2201-2202
- Payne, M. (2008) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur
- Phillips, D., Thomas, K., Cox, H., Ricciardelli, L., Ogle, J., Love, V. & Steele, A. (2007) "Factors that influence womens disclosure of substance use during pregnancy: a qualitative study of ten midwives and ten pregnant women". *Journal of Drug Issues*, 37 (2), 357-376
- Regné, M. (2006) *Familjebilder: om klientfamiljer, kontaktfamiljer och idealfamiljer*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete
- Sarman, I. (2009) *Alkohol, graviditet och barns utveckling*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB
- SOU 2006: 57 (2006) *En bättre tillsyn av missbrukarvården*. Stockholm
- Sun, A. (2004) "Principles for practice with substance-abusing pregnant women: A framework based on the five social work intervention roles". *Social Work*, Volym 49, Nr 3, 383-394
- Svensson, B. (1998) "Missbruk" i Denvall, V. & Jacobson, T. (red): *Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori & praktik*. Stockholm: Nordstedt Juridik
- Sydsjö, G. & Wadsby, M. (2003) "Period prevalence and types of psychosocial risk factors in pregnant women in an urban Swedish community". *International Journal of Social Welfare*, Nr 12, 302-306

Internet

<http://www.akademssr.se/portal/page/portal/socionomen/socionomen> (2009-03-11)

<http://www.alna.se/pages/page.asp?ID=43> (2009-04-12)

<http://www.can.se/> (2009-03-11)

<http://www.fasforeningen.nu/bilder/Infoblad.pdf> (2009-03-30)

<http://www.medicalink.se/news/showNews.cfm?newsID=1104> (2009-03-30)

<http://www.regeringen.se/sb/d/11595/a/119717#item119717> (2009-03-20)

<http://www.regeringen.se/sb/d/2665/a/33673> (2009-03-20)

http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakomraden/nationella_riktlinjer/specnavigation/Hur_vi_ar_betar/ (2009-03-10)

<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=12837> (2009-04-12)

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf> (2009-04-08)

Artiklar ur A&N och Socionomen

1. Hasselgren, Staffan (2001) ”**Fostervatten?**”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 4-5
2. Nilsson, Ingert (2001) ”Framtiden **oroar**”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 6-7
3. Magnusson, Åsa & Rydberg, Ulf (2001) ”Ett barn blir till – fast **skadat** av alkohol”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 8-10
4. Nilsson, Ingert (2001) ”Mest spekulationer – studier **saknas**”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 11-13
5. Ackerot, Magdalena (2001) ”Tydlighet och struktur är **nyckelord**”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 14-16
6. Göransson, Mona (2001) ”Varför har **ingen** gjort något?”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 16-19
7. Nilsson, Ingert (2001) ”Banden ska **aldrig** klippas”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 20-21
8. Henriksson, Else (2001) ”Allt **måste** planeras”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 22-23
9. Martinell Barfoed, Elizabeth (2001) ”**Föregångare** inom vård av FAS-barn”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 2, 24-26

10. Dahlberg, Katharina (2005) ”**Mödravården missar riskdrickare**”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 3, 11-15
11. Rosell, Sven (2005) ”**Framgångsrikt samarbete ger friska barn**”. *Alkohol & Narkotika*, Nr 3, 16-18
12. Martinell Barfoed, Elizabeth (2000) ”**Ingen tid att förlora**”. *Socionomen*, Nr 7, 58-63
13. Wallström, Catharina (2004) ”Kvinnor som säger ja till Semillan säger ja till föräldraskapet”. *Socionomen*, Nr 3, 84-88
14. Sandström Blyme, Katarina (2005) ”Vardagen kräver struktur och förutsägbarhet”. *Socionomen*, Nr 2, 67-69