



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

“Samma blodomlopp”

En kvalitativ studie om professionellas beskrivning av arbetet
med och samverkan kring gravida kvinnor med missbruksproblematik

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
HT 2013

Författare:

Elin Åkerlund och Hannah Ånhammar

Handledare:

Karin Röbbäck de Souza

Abstract

Titel: Samma blodomlopp - en kvalitativ studie om professionellas beskrivning av arbetet med och samverkan kring gravida kvinnor med missbruksproblematik

Författare: Elin Åkerlund och Hannah Ånhammar

Handledare: Karin Röbbäck de Souza

Utbildning: Socionomprogrammet

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur professionella på socialtjänsten, mödravården och specialistmödravården beskriver sitt möte med gravida kvinnor med missbruksproblematik, samt hur samverkan i det professionella nätverket skildras. Våra frågeställningar handlade om hur de professionella bemöter de gravida kvinnorna med missbruksproblematik för att få dem att upprätthålla en alkohol- och drogfri graviditet samt hur de professionella ser på samverkan och vilken betydelse de anser att samverkan har när det gäller den beskrivna målgruppen. Uppsatsen är baserad på en kvalitativ metod och genomförd genom åtta semistrukturerade intervjuer med nio personer som i sina yrken arbetar med den valda målgruppen. Fyra av dem arbetar som kuratorer på Mödra-barnhälsovård, familjecentral eller specialistmödravård, två av dem som barnmorskor på Mödra-barnhälsovård och tre av dem som socialsekreterare inom socialtjänsten. Teorier om makt har använts för att tolka det insamlade materialet som behandlar relationen mellan professionell och klient, förhållandet mellan det professionella nätverket samt mellan instanserna som möter klientgruppen. Resultaten visade att de professionella beskrev att relationsskapandet var viktigt i mötet med kvinnorna för att få dem att upprätthålla en drogfri graviditet. I relationsskapandet med målgruppen uppgav de professionella att de fick förhålla sig till en komplex balansgång mellan kontroll och stöd, en medvetenhet om graviditeten som en motivationsfaktor samt skiftande fokusering på modern och fostret. Våra resultat visade även att de professionella såg samverkan med andra instanser som en betydelsefull del i arbetet med målgruppen. Det fanns dock olika sätt att se på samverkansbehovet och de professionella uppfattade sin arbetsroller på skilda sätt.

Nyckelord: Graviditet, missbruk, mödravård, socialtjänst, makt och samverkan

Innehållsförteckning

<i>Förord</i>	1
1. Inledning	2
1.1. Introduktion	2
1.2. Uppsatsidé	3
1.3. Syfte och frågeställningar	4
1.4. Avgränsningar	4
1.5. Begrepp och definitioner	6
1.6. Bakgrund om LVM-lagstiftning och riktlinjer för samverkan	6
2. Tidigare forskning	8
2.1. Mötet mellan professionell och klient	8
2.2. Arbete med gravida kvinnor med missbruksproblematik	9
2.3. Kvinnornas perspektiv på missbruk och behandling	10
2.4. Samverkan mellan socialtjänst och hälso- sjukvård	11
3. Teoretiska utgångspunkter	13
3.1. Makt i relationen mellan den professionella och klienten	13
3.1.1. Fält, doxa och symbolisk makt enligt Bourdieu	13
3.1.2. Olika former av disciplinär makt	14
3.1.3. Relationell makt	15
3.1.4. Förhållandet mellan makt och hjälp	16
3.2. Teorier och begrepp om makt i förhållande till samverkan	16
4. Metod	19
4.1. Val av metod	19
4.2. Urval	19
4.3. Genomförande	21
4.3.1. Tillvägagångssätt för intervjuerna	21
4.3.2. Tillvägagångssätt för analysen av intervjumaterialet	22
4.3.3. Tillvägagångssätt för litteratursökning	23
4.3.4. Arbetets fördelning	23
4.4. Tillförlitlighet och äkthet	24
4.5. Etisk reflektion och etiska aspekter	25
4.6. Förförståelse	26
5. Resultat och analys	28
5.1. Presentation av intervjupersonerna	28
5.2. Relationsskapandet	29
5.3. Graviditeten som positiv motivationskälla eller försvårande omständighet till drogfrihet?	33
5.4. Balansgången mellan kontroll och stöd	35
5.5. Samtal kring avbrytande av graviditet	39
5.6. De professionellas beskrivning av samverkan	43
5.7. Samverkans betydelse för målgruppen enligt de professionella	46

6. Diskussion	49
6.1. Slutsatser	49
6.2. Avlutande reflektioner	49
6.3. Förslag till vidare forskning	51
7. Referenser	53
8. Bilagor:	57
8.1. Bilaga 1 – Intervjuguide	57
8.2. Bilaga 2 – Informationsbrev	59

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till de personer som ställt upp på intervju i vår studie. Det har varit värdefullt att få ta del av era erfarenheter och kunskaper. Det har varit inspirerande att få inblick i det sociala arbetets praktik vilket har motiverat oss som blivande socionomer att komma ut i arbetslivet. Vi vill även uttrycka tacksamhet till de som tagit sig tid att korrekturläsa vår uppsats under arbetets gång. Till sist vill vi tacka varandra för gott samarbete och stöttning av varandra genom lärorika, inspirerande och även uppgivna perioder av skrivandet.

Göteborg 2013

Elin Åkerlund och Hannah Ånhammar

1. Inledning

Här nedan följer en bred inledning kring vår studie. I detta kapitel introducerar vi ämnet och problemområdet, redogör för uppsatsidén, vårt syfte och våra frågeställningar samt för våra avgränsningar. Vi förklarar även några av uppsatsens centrala begrepp samt ger lite bakgrundsfakta till hur lagstiftning och riktlinjer ser ut kring gravida kvinnor med missbruksproblematik.

1.1. Introduktion

I Sverige har alkoholkonsumtionen ökat drastiskt de senaste åren. Idag är den beräknade alkoholkonsumtionen per person och år 10 liter ren alkohol enligt Göransson och Magnusson (2012 s 18f). I Sverige dricker män ungefär dubbelt så mycket som kvinnorna, men ur ett internationellt perspektiv är könsskillnaden relativt låg i de nordiska länderna. Kvinnors alkoholkonsumtion skiljer sig från männens genom att konsumtionen är betydligt mer jämnt fördelat över åldersgrupper och kvinnors konsumtion är högst bland kvinnor i åldersgruppen 45-54 år medan det är mer tydligt att konsumtionen minskar i takt med åldern för männen. Även riskdrickandet har ökat sedan 1990-talet, främst bland kvinnor. Enligt folkhälsoinstitutet har 10 % av kvinnorna och 17 % av männen ett riskbruk (Göransson & Magnusson 2012 s 18ff).

Kvinnligt missbruk kan, enligt Hydén (2002 s 281), skilja sig från manligt missbruk och ibland talar man om att kvinnor med missbruk lever i en dubbel utsatthet. Denna utsatthet grundar sig i att männen utgör norm i samhället och där den missbrukande kvinnan inte är "kvinna" i traditionell bemärkelse. Enligt Trulsson (2003b s 13) är eller har varannan missbrukande kvinna varit gravid. Bristande socialt nätverk i samband med missbruk är vanligare än bland män. Kvinnor känner ofta ett större ansvar för familj, hem och barn vilket ofta är en stark orsak till försök att avbryta sitt missbruk för kvinnor. I forskning har det visat sig att graviditeten i sig kan vara en stark motivationskälla. Graviditeten kan dock även innebära att den gravida kvinnan med missbruksproblematik känner en stark osäkerhet på sin egen förmåga, både utifrån samhällets normer och på grund av egna erfarenheter av att inte lyckas (Trulsson 2002 s 21f; 2003a).

Missbruk, riskbruk och beroende är begrepp som kan definieras utifrån olika synsätt; medicinskt, socialt och psykologiskt (Göransson & Magnusson 2012 s 113ff). Men då alkohol- och drogkonsumtion sker i samband med graviditet förändras innebörden av dessa begrepp då detta kan vara farligt för både kvinnan och fostret. Den forskning som finns om missbruksrelaterade fosterskador pekar på att det finns många risker med alkohol- och drogkonsumtion. Forskningen är dock inte entydig om hur stora mängder alkohol som är skadliga för fostret och om huruvida andra riskfaktorer bidrar till exempelvis missbildningar och missfall (ibid). Därmed lyder de svenska rekommendationerna att ingen alkohol bör intas under graviditeten. För narkotika gäller nolltolerans då narkotikamissbruk är kriminaliserat och då det även innebär en stor belastning för fostret (Socialstyrelsen 2013).

Mödravården (MVC) kommer i kontakt med nästan alla kvinnor som är gravida och är därmed den instans som ofta först stöter på den grupp kvinnor som missbrukar under graviditeten (Socialstyrelsen 2007b s 177). Kvinnan kan, enligt denna rapport, komma i kontakt med socialtjänsten antingen genom att hon själv uppsöker kontakt för att få hjälp

med sitt missbruk eller genom att en orosanmälan, från t.ex. mödravården, andra professionella aktörer eller privatpersoner, kommit in till socialtjänsten. Socialtjänsten har då i uppdrag att i samarbete med klienten och andra instanser arbeta för att kvinnan skall komma ifrån sitt missbruk både för kvinnans hälsa skull och för att förhindra att barnet föds med missbruksrelaterade skador (Socialstyrelsen 2007b s 177f).

Missbruk under graviditet innebär en komplex problematik och kräver olika typer av insatser från olika instanser (SOU 2011:35 vol 1 s 179 ; vol 2 s 854f). Att kvinnan med missbruksproblematik är gravid innebär att det blir mer akut och kräver ett annat sätt att arbeta eftersom det är fler saker att ta hänsyn till och en annan tidsaspekt. För t.ex. socialtjänst och mödravård finns generellt inga speciella behandlingsmetoder som skiljer sig från den vanliga missbruksvården (ibid). Av forskning har det dock framgått att samverkan mellan olika aktörer, vilket är lagstadgat att myndigheter är skyldiga att göra, kan bidra till ett mer optimalt stöd för denna målgrupp. I Göteborg, Stockholm, Malmö och Gävle finns specialistmödravård där arbetet bedrivs i team inkluderande olika professioner, såsom barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och kuratorer. Ett av syftena med dessa verksamheter är att samverka mellan mödrahälsovård (MVC), barnhälsovård (BVC), psykiatrivård och socialtjänst skall underlättas (SOU vol 2 s 751). Mödrahälsovården kan se ut på olika sätt. Det finns även familjecentraler där olika professioner finns under samma tak (SOU vol 2 s 685f).

1.2. Uppsatsidé

Detta komplexa ämne har fångat vårt intresse genom personliga erfarenheter på olika sätt. En av oss har tidigare skrivit uppsats om vändpunkter i missbruk och en av oss har arbetat på behandlingshem med föräldrar med missbruksproblematik. Under vår socionomutbildning har detta ämne inte diskuterats och ägnats mycket uppmärksamhet. Vi ser därför den här uppsatsen som en värdefull möjlighet att få en närmare inblick i det sociala arbetet och fördjupa oss i detta intressanta och viktiga ämne. Att arbeta för att få modern att genomgå en alkohol- och drogfri graviditet är en viktig del i att se till barnens bästa, både sett till de fosterskador som barnet kan födas med samt de eventuella sociala konsekvenser som kan uppstå i samband med uppväxt i missbrukarmiljö. Missbrukande föräldrar är en vanlig orsak till att barn omhändertas. Vi tänkte oss först att enbart fokusera vår studie på Specialistmödravårdsteamet i Göteborg och undersöka hur deras arbete kring målgruppen ser ut och fungerar. Vi var även mycket intresserade av LVM-lagstiftningen och det dilemma som det kan innebära för professionella då fostrets skyddsvärde kan ses ur olika perspektiv och därmed innebära en krock med de professionellas egna värderingar. Detta var något som vi under processen så småningom kom allt längre ifrån och vårt syfte fokuserades således mer och mer på hur mötet mellan professionell och gravid kvinna med missbruksproblematik ser ut och hur det beskrivs av de professionella. Enligt forskning är samverkan bra för de flesta målgrupper med mångfasetterade behov och därför kan samverkan betraktas som en nödvändig del i arbetet med att ge målgruppen tillfredställande hjälp (SOU 2011:35 vol 1 s 177ff ; vol 2 s 854f). Mot denna bakgrund var vi även intresserade av att ta reda på hur de professionella ser på och pratar om det. Att samverkansbehovet är viktigt och eftersträvansvärt kan betraktas som något normativt och detta är även vår utgångspunkt i studien.

1.3. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur professionella inom socialtjänsten, mödravården och specialistmödravården beskriver sitt möte med gravida kvinnor med missbruksproblematik, samt hur samverkan i det professionella nätverket skildras.

För att uppfylla vårt syfte utgår vi från frågeställningarna:

- Hur bemöter de professionella de gravida kvinnorna med missbruksproblematik för att få dem att upprätthålla en alkohol- och drogfri graviditet?
- Hur ser de professionella på samverkan och vilken betydelse anser de att samverkan har när det gäller den beskrivna målgruppen?

1.4. Avgränsningar

Vi har valt att fokusera på hur arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik ser ut ur de professionellas synvinkel. Klienternas upplevelse av arbetet och vad som är viktiga faktorer är mycket intressant men för att göra denna uppsats genomförbar har vi avgränsat oss till att enbart fokusera på ovanstående. En annan intressant sak att undersöka är även hur barn idag upplever sin uppväxt då de växt upp i en missbrukarmiljö, men det har vi heller inte haft tid och möjlighet att studera närmare under detta uppsatsarbete.

Då det finns olika inriktningar inom socialtjänsten t.ex. om man arbetar med LVU- eller med LVM-lagstiftning, alltså arbete med fokus på att vara till skydd för barn och ungdomar respektive arbete med den vuxna missbrukaren i fokus. I denna uppsats har vi gjort avgränsningen att bara intervjua socialsekreterare som arbetar med LVM-lagstiftningen. Att vi valt att fokusera denna uppsats mot arbete med missbruket, dvs. vuxenenheter, missbruksenheter, beror på vår tanke om att man där arbetar mer med motiverande arbete, vilket är viktigt för att hitta en gemensam nämnare mellan alla de professionella vi valt att göra intervjuer med.

Dilemmat som LVM-lagstiftningen innebär är något som man också skulle kunna ha med som en stor del av den här uppsatsen. Vi har valt att endast ställa någon fråga om detta under intervjuerna. Det är ett stort område som hade krävt att man endast riktade in sig på det för att kunna gå in mer djupgående på hur lagstiftningen fungerar, ser ut och hur personalen förhåller sig till och upplever den.

När vi skriver om samverkan finns det också olika vägar vi hade kunnat gå, t.ex. skriva om samverkan enbart inom specialistteamet. Vi hade också kunnat göra samverkan till en mycket större del genom att gå in mer på organisationsteoretisk forskning, hur lagstiftningen ser ut, det fysiska avståndet, organisation och profession. En intressant frågeställning att ställa sig hade kunnat vara varför samverkan är så svårt?

En del av vårt syfte med denna uppsats är ta reda på hur samverkan mellan olika instanser som den gravida kvinnan med missbruksproblematik kommer i kontakt med ser ut. Det finns givetvis andra instanser som också hade kunnat vara relevanta att undersöka i studien såsom tvångsvården, behandlingshem osv. men på grund av tidsbrist har vi valt bort detta. Vi har även varit medvetna om att det finns behandlings- och utredningshem för familjer där gravida

kvinnor, med bl.a. missbruksproblematik, får bo och där även familjer som behöver utredas bor både då det gäller SoL och LVU. Det finner vi mycket intressant men vi har valt bort även detta då det skulle ge studien en annan inriktning och göra det svårare att övergripa.

De valda frågeställningarna är ganska breda och vi har under uppsatsens gång förstått att en ytterligare avgränsning hade varit relevant. Vi har fått in mycket material som vi inte haft utrymme för att analysera, antingen inte fullt ut eller inte alls. Vi har exempelvis kortat ner kapitel om hur partners delaktighet ser ut och hur de professionella ser på "kvinnan eller det ofödda barnet i fokus". Några av de frågor vi ställt under intervjuerna har således inte kommit med. Bakgrundsfakta om exempelvis alkoholskador (FAS/FAE diagnoser), LVM lagstiftning och riktlinjer om samverkan har vi i brist av utrymme kortat ner. Under arbetets gång har vi avgränsat och omformulerat våra frågeställningar för att de skall bli så svarbara som möjligt. Under arbetets gång har vi också fått nya perspektiv som vi inte hade vid studiens start. Våra första frågeställningar var breda och handlade t.ex. om hur de professionella arbetar motiverande för att få målgruppen att upprätthålla en drogfri graviditet. Detta förstod vi efter några intervjuer blev för smalt att svara på då arbetet handlade om så mycket mer än att motivera. Till en början var också den andra frågeställningen bredare och vi ville ta reda på hur samverkan ser ut och fungerar mellan de instanser som möter den valda målgruppen. Detta insåg vi senare var en alldeles för stor frågeställning som vi inte hade tillräckliga underlag för att undersöka.

För att kunna besvara detta syfte har vi valt att belysa problemområdet ur ett maktperspektiv. Detta är en avgränsning vi har gjort och vi hade kunnat göra det utifrån flera andra teorier som vid första anblicken kan kännas mer uppenbara, som t.ex. organisationsteori och/eller andra teorier som fokuserar på relationsskapandet mellan professionell och klient. Eftersom våra frågeställningar kan betraktas som relativt skilda från varandra är valet av makt som teori ett sätt att förena dessa ibland skilda arenor, möte mellan professionell och klient och samverkan för att tydligare kunna urskilja ett samband dem emellan. Efter våra intervjuer kunde vi se att makt var ett betydelsefullt inslag både i relationsbyggandet, kontrollfunktionen, motivationsarbetet och i relationen mellan de olika organisationerna som vi intervjuade. Den målgrupp vi valt att intervjua de professionella om tenderar att vara en stigmatiserad grupp (Hydén 2002 s 281f). Missbrukande kvinnor benämns ofta som dubbelt utsatta då missbruksvården ofta är utformad efter manliga normer och förutsättningar. I samhället finns även en norm om att kvinnor och missbruk är oförenligt (ibid). Utifrån att gravida kvinnor med missbruksproblematik är en grupp som enligt samhällets normer går emot den traditionella kvinnorollen tänker vi oss, utifrån våra intervjuresultat, att även de professionella kan vara påverkade av dessa värderingar och sätt att se på denna grupp av klienter som egentligen är så mycket mer än "sitt missbruk". Därför tänker vi oss att studiens frågeställningar kan vara relevanta att analysera utifrån ett maktperspektiv. I arbetet kring målgruppen ingår flera professioner vilket medför att samverkan blir en aspekt som är betydelsefullt att ha i åtanke. I detta arbete kan det tänkas att vissa instanser har större handlingsutrymme vad gäller utformandet av behandlingen, bemötandet samt riktlinjer kring målgruppen. En analys utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv är något vi prioriterat bort i denna studie till fördel för en djupare förståelse kring samverkan ur ett maktperspektiv.

1.5. Begrepp och definitioner

Missbruk, riskbruk och beroende

Missbruk kan innebära skadlig användning eller behandling av olika saker. Vi vill förtydliga att vi i denna uppsats endast syftar på missbruk av alkohol och droger, alltså substanser som enligt viss forskning kan påverka fostret under graviditet. Då olika typer av missbruk ofta är sammanblandade har vi valt att inte avgränsa oss till exempelvis specifika droger.

Specialistmödravård

I Göteborg finns ett specialistteam med inriktning mot att arbeta med föräldrar som har ett aktivt missbruk. Specialistteamet är tvärprofessionellt, här arbetar olika yrkeskategorier såsom barnmorskor, sjuksköterskor, kurator, psykiatrisjuksköterska och läkare. Hit remitteras blivande mödrar boende i Göteborgsområdet och Södra Bohuslän som av MVC bedöms ha ett vidare hjälpbehov för sin missbruksproblematik. Samverkan mellan olika myndigheter är centralt i detta arbete (SOU 2011:35 vol 2 s 752).

Familjecentral

En familjecentral är en verksamhet med syftet att verka hälsofrämjande och stödjande för familjer och barn. Flera yrkeskategorier arbetar tillsammans under samma tak och de verksamheter som bör finnas på en familjecentral är mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst (Familjecentral 2013).

Socialtjänsten

I de fall vi skriver om socialtjänsten i studien syftar vi till de enheter som arbetar med missbruk. De professioner som arbetar med detta är i vår studie socialsekreterare och kuratorer.

Barnmorska inom mödravården

I studien åsyftar vi till barnmorskor som arbetar inom den allmänna mödravården, specialistmödravård samt familjecentraler.

Kurator

Kuratorer återfinns i många olika yrkessammanhang. De som medverkar i vår studie arbetar inom specialistmödravården, på familjecentral, inom den allmänna mödrahälsovården samt på vuxenenheten inom socialförvaltningen.

1.6. Bakgrund om LVM-lagstiftning och riktlinjer för samverkan

För att få en djupare och bredare förståelse av det problemområde vi valt att undersöka är det viktigt att ha lite insikt i den lagstiftning som reglerar tvångsvård av missbrukare och den diskussion som är förknippad med de eventuella bristerna i lagstiftningen. Här nedan följer en beskrivning av lagen och kommande lagändringar.

Dagens lagstiftning om tvångsvård av missbrukare (LVM) har sedan den tillkom 1988 bidragit till en debatt kring fostrets rättigheter till skydd (Reitan & Weding 2012 s 10ff). Enligt LVM 4§ kan det beslutas om beredande av tvångsvård om personen i fråga är i behov av hjälp att komma ifrån sitt missbruk och om vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Ett av tre kriterier skall också uppfyllas vilka är att personens missbruk leder till att dess fysiska eller psykiska hälsa utsätts för allvarlig fara, att personen löper en uppenbar risk att

förstöra sitt liv, eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Kritiken av lagstiftningen består i att man inte kan tvångsomhänderta den missbrukande modern enbart till skydd för det väntade barnet då lagen endast är tillämplig om kvinnans missbruk bedöms vara en fara för henne själv (Reitan & Weding 2012 s 10ff).

Under de senaste åren har det förts en diskussion kring en lagändring, alltså att man i nödvändiga fall ska kunna tillämpa LVM-lagstiftningen till skydd för fostret. Arbete med och förslag till åtgärder kring denna komplexa problematik har skett sedan 1980-talet där utredningsarbete inom mödrahälsovården och samverkan mellan olika instanser som kommer i kontakt med kvinnan har belysts som viktigt (SOU 1987; SOU 1994; Socialstyrelsen 2007a; Socialstyrelsen 2007b; Ds S 1981:6). LVM-lagstiftning till skydd av fostret finns i Norge som idag är det enda land i världen som kan tillämpa denna lagstiftning (Stenius 2009 s 241f). Att en sådan lag inte är tillämplig i Sverige kan bland annat hänföras till fostrets oklara juridiska ställning som till viss del strider mot kvinnans rättigheter i abortlagstiftningen samt svårigheten att fastställa gränsvärden för allvarliga skador hos fostret till följd av missbruket. Ett ytterligare motargument har varit att ökade tvångsmöjligheter kan tänkas skrämja bort gravida kvinnor från mödrahälsovården (Stenius 2009 s 241f).

En ny lag trädde i kraft 1 juli 2013 där en skyldighet infördes om att landsting och kommuner skall samarbeta när det gäller personer med missbruk av olika slag. Målet med denna nya lag och samverkansskyldighet är att missbruks- och beroendevården skall bli mer lättillgänglig och att öka kvaliteten både i den vård som erbjuds av landstingen och de stöd och behandlingsinsatser som erbjuds av kommunerna (SOU 2011:35 vol 1 s 447).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007a & 2007b) ligger till grund för de lokala riktlinjer som berör målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik som är bosatta i Göteborg och/eller Södra Bohuslän. Dessa formuleras och revideras varje år gällande samverkan mellan Mödra- Barnhälsovårdsteamet i Haga, socialtjänst och Beroendekliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (LGS 2012). Målsättningen med riktlinjerna är bl.a. att genom samverkan och samordning av insatser hjälpa och stötta kvinnor till en drogfri graviditet och ett drogfritt föräldraskap. De syftar även till att klargöra ansvarsområden inom de olika verksamheterna, göra en plan för ett gemensamt arbete samt för att underlätta samverkan mellan organisationerna. Riktlinjerna tydliggör bland annat att den verksamhet som först, vid inledning av kontakt, ser att det finns ett samverkansbehov skall agera och upprätta de samverkanskontakter som är nödvändiga för att tillgodose kvinnans hjälpbehov. De formulerade riktlinjerna har sin grund i den lagstiftning som rör samverkan, förvaltningslagen (1986:223), socialtjänstlagen (2001:453), Särskilda bestämmelser för olika grupper - barn och unga, (5:e kapitlet) och Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (LGS 2012, Socialstyrelsen 2007b s 182).

Utifrån dessa riktlinjer är det sagt att om socialtjänsten får vetskap om ett ärende där en kvinna med missbruksproblematik är gravid skall de kontakta specialistmödravårdsteamet omgående för att försäkra sig om att kvinnan redan har kontakt med dem eller annars initiera en kontakt och ett samarbete. Ömsesidigt ansvar gäller för specialistmödravårdsteamet att kontakta socialtjänsten då det bedöms finnas behov av bistånd och/eller förebyggande stöd. Om det uppdagas att behov finns av stöd i föräldraskapet eller akuta åtgärder efter förlossningen skall specialistmödravårdsteamet kontakta socialtjänsten omgående för vidare åtgärder (LGS 2012).

2. Tidigare forskning

I denna del av uppsatsen tar vi upp den forskning som vi anser har relevans för vår studie. Vi har delat upp det i olika rubriker och skriver om forskningen ämnesvis. Större delen av den forskning som handlar om kvinnor, missbruk och graviditet är medicinskt inriktad och handlar om bland annat alkoholens och narkotikans skadepåverkan på kvinnan och fostret. Mycket av den forskning som finns om området har kvinnans perspektiv i fokus men det finns tyvärr inte lika mycket forskning kring hur arbetet ser ut med den målgrupp vi är intresserade av att undersöka, alltså gravida kvinnor med missbruksproblematik. Ofta är den i sådana fall mer medicinskt inriktad och har t.ex. barnmorskans arbete i fokus. En gemensam nämnare i mycket av forskningen är att samverkan är viktig. Nedan presenteras forskning kopplade till våra frågeställningar i rubrikerna: mötet mellan professionell och klient, arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik, kvinnornas perspektiv på missbruk och behandling samt samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

2.1. Mötet mellan professionell och klient

I forskning som bl.a. behandlar de förhållanden som finns på mödravårdscentraler idag och hur arbetsmetoderna, t.ex. screening genom AUDIT-tester, fungerar har AUDIT-tester visat sig vara en bra metod för att tidigt upptäcka risk- eller missbruk. Detta är det vanligast förekommande instrumentet för att upptäcka missbruk som förekommer på mödravårdscentraler runt om i landet. Dessa tester består av ett antal frågor gällande konsumtionsmönster, alkoholberoende och alkoholrelaterade skador eller problem (SOU 2011:35 vol 2; Göransson 2004 s 43). Tidig kartläggning av de alkoholvanor som finns hos blivande mödrar är viktigt eftersom i stort sett alla gravida kvinnor som kommer till MVC är enligt Göransson (2004 s 43) konsumenter av alkohol.

Enligt Trulsson (1998) tenderar den gravida kvinnan att se på mödrahälsovården med tilltro. Kvinnan vågar där i större utsträckning, än vad hon gör i sammanhang där socialtjänsten är inblandad, berätta om sitt missbruk för läkare och barnmorskor trots att det i förlängningen kan leda till att hennes barn blir omhändertagna. Detta beror troligtvis på att det upplevs mindre stigmatiserande att söka hjälp i egenskap av mamma än i egenskap av missbrukare (ibid).

I mötet mellan professionell och klient är det viktigt att den professionella inger hopp och får klienten att känna tillit. Vid bemötande av förtroende och respekt kan det medföra att den som är fast i ett missbruk kan känna värdighet, hopp om framtiden motivation till förändring och mindre stigmatisering (Trulsson 2006 s 216; Trulsson & Hedin 2004.) Att sätta upp realistiska och kortsiktiga mål kan skapa en känsla av kontroll och mening och kan vidare stärka motivationen. En viktig roll för socialarbetaren kan vara att på ett tryggt sätt visa vägen och representera den optimism som den hjälpbehövande personen saknar (Eide och Eide 2006 s 58). Genom långvarigt samarbete mellan professionella och deras klienter kan trygghet skapas, vilket är en förutsättning för att kvinnorna skall kunna genomgå en drogfri graviditet och för att sedan kunna upprätthålla drogfriheten genom föräldraskapet (Trulsson & Hedin 2004).

Trulsson (2003a) menar att i mötet mellan socialarbetare och klient är det viktigt att låta kvinnan vara expert på sin egen situation eftersom det är viktigt att anledningen till att sluta med ett missbruk skall vara kvinnans egen motivation och inte något från samhällets sida

påtvingat. Då många kvinnor med missbruksproblematik har genomgått ett trassligt liv och därigenom fått en skev världsbild och självkänsla är det av stor vikt att den professionella bemöter klienterna med stor respekt och värdighet (Trulsson 2003a). Det är även viktigt att vara medveten om att en maktdimension alltid är närvarande i relationen mellan socialarbetare och klient. Då socialarbetare värderar och benämner klienternas problem och behov kan det vara en avspegling av den professionellas egna värderingar vilket är ett exempel på hur makt kan uttryckas i dessa relationer (Järvinen & Mortensen 2003).

2.2. Arbete med gravida kvinnor med missbruksproblematik

Enligt Scheffel Birath & Borg (2011 s 552-554) kommer den ökande alkoholkonsumtionen bland kvinnor troligtvis innebära att man kommer att möta allt fler kvinnor som är i behov av missbruksrelaterad vård i framtiden. Det finns idag lite forskning om kvinnors behov och resultat vid behandling i jämförelse med de studier som har gjorts om manligt missbruk. För att kvinnorna lättare ska kunna dra nytta av sin behandling krävs det att man som behandlare kan skapa en trygghet samt en bärande allians i behandlingsarbetet. För att kunna uppnå detta krävs det att behandlaren har kunskaper om såväl missbruk som om psykologiska, sociala och kulturella förutsättningar inklusive kompetens om genus. Idag saknas fortfarande tillräckliga kunskaper om likheter och olikheter vad gäller män och kvinnor inom hälso- och sjukvården. Ett stort antal av de kvinnor som har en missbruksproblematik lever ofta i slutna sociala sammanhang och kan därför under lång tid dölja sina problem. Scheffel Birath & Borg (2011 s 552-554) menar att en bättre förståelse av det sociala könets betydelse kan öka möjligheterna till att uppmärksamma och bemöta individuella behandlingsbehov, och på så sätt kan man hjälpa individer med svår problematik tidigare. För att kunna tillmötesgå de behov som finns av ett varierat behandlingsutbud som riktar sig till alla behövande krävs samarbete, framförallt i mer glest befolkade delar av landet. Författaren lyfter alltså i synnerhet fram det individualiserade synsättet som en lösning på hur behandlingen ska bli mer framgångsrik för kvinnorna (ibid s 552-554).

Exempel på annan forskning som pekar på att en genusförståelse är av stor relevans för att ge adekvat bemötande av kvinnorna och rättvis förståelse av deras situation är flera av Trulssons studier. Hennes forskning har kvinnligt missbruk i fokus och ger en nyanserad bild bortom det invanda tänkande kring kvinnor och deras missbruk, som ofta yttrar sig i att se kvinnor som offer, passiva och psykiskt instabila. Hon menar att kvinnligt möte där kvinnor med missbruk får mötas och lära av och stötta varandra, kan vara en kraft på vägen ut ur missbruk (Trulsson 2002 s 33ff; 2003a; 2006). Trulsson och Nötesjö (1999 s 56) menar också att ett långsiktigt arbete där hjälp utgår från kvinnans behov där hennes egen uttryckta önskan om vad hon vill ha hjälp styr och att följa kvinnan och hennes barn under två år efter förlossningen samt göra hembesök är betydelsefullt för kvinnorna.

Mycket litteratur går att finna om tvångsvård. Denna forskning riktar många gånger in sig på missbruksvård i allmänhet men vi tar här upp några studier som vi ändå finner relevanta för den målgrupp som aktuell i vår studie. Kajsa Billingers avhandling (2000) handlar om hur man arbetar motiverande inom tvångsvården med vuxna missbrukare, alltså ej specifikt gravida kvinnor med missbruksproblematik. Hon fann att både personal och klienter gav olika bilder av tvångsvården på 4 olika LVM-institutioner. I sitt resultat beskriver hon dessa olika former av motivationsarbete hon fann i kategorierna den utredande institutionen (psykodynamisk utgångspunkt), den goda relationens institution (relationen i centrum), den behandlande institutionen (kognitiv utgångspunkt) och individen och lagandan (eklektisk

utgångspunkt). Intervjupersonerna menar att det är svårt att sätta ord på vilka metoder man använder sig av eftersom det är så komplext. De uttrycker istället att de anser att allt arbete de utför, oavsett om de kan motivera det med teorier eller inte, är motiverande (Billinger 2000).

Andrews och Patterson (1995) har också gjort forskning där de etiska dilemman man kan stöta på som professionell i arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik är i fokus. Författarna framhåller att det sociala arbetet innebär en balansgång mellan de yrkesprofessionella och klienterna och de pekar på att en mall där tydliga riktlinjer för hur man bör gå tillväga i svåra etiska och moraliska situationer kan vara till hjälp (Andrews & Patterson 1995). Att tidigt erbjuda mödravård och beroendevård för att det ofödda barnets hälsa i så stor mån som möjligt skall kunna skyddas är viktigt. Författarna framhåller att kvinnans självbestämmanderätt skall vara i fokus och att vården bör vara frivillig men i vissa fall menar de att tvångsvård är den bästa vägen att gå för att modern och fostret garanterat skall genomgå en drogfri graviditet (ibid). Tännsjö (2002) menar dock att det kan vara ett angrepp mot kvinnans autonomi att ingripa med tvångsvård av en gravid kvinna med missbruksproblematik med argumentet att göra det för barnets hälsa skull. En väsentlig del i de etiska överväganden som skall göras vid bedömning av tvångsvård bör behandla kvinnans rätt till att bestämma över sin egen kropp (Tännsjö 2002). Ambivalensen i att å ena sidan värna om kvinnans självbestämmanderätt och å andra sidan styra kvinnan mot specifika åtgärder belyser Billinger m.fl. i deras studie "Vägen till verkligheten" (1986). Då människor med missbruksproblematik tenderar att leva med en självförnekelse är det viktigt att som professionell inte negligera och förbise klientens problematik samtidigt som en överordnad styrning kan innebära en integritetskränkning av den enskilde (Billinger m.fl. 1986).

2.3. Kvinnornas perspektiv på missbruk och behandling

Forskning som berör kvinnor och missbruk har ofta fokus på kvinnornas egna upplevelser och beskrivningar av sitt missbruk. Hilde och Laanemets (2000) har skrivit en rapport med syftet att studera hur kvinnor beskriver vägen in i vård och ut ur missbruket. Genom intervjuer med kvinnor ur fyra olika vård- och behandlingsprogram kommer författarna fram till att klienterna beskrivs på olika sätt inom de olika behandlingsprogrammen. I tre av fyra behandlingsprogram är den mest framträdande kategoriseringen av klienter att de är offer för olika omständigheter. Kvinnornas syn på sig själva påverkas av vilket bemötande de får av de professionella i de olika behandlingsprogrammen. Som ett resultat får de också fram att många av de missbrukande kvinnorna som har barn upplever att de finner motivation till att sluta missbruka för att de åter vill bli en "god mor" (Hilde & Laanemets 2000 s 166).

Karin Trulsson har också i mycket av sin forskning fokus på kvinnornas perspektiv. I sin doktorsavhandling "Konturer av ett kvinnligt fält" (2003a) skriver hon om kvinnorna utifrån den sociala kontext de befinner sig i. Trulsson skriver att dessa kvinnor tenderar att fördömas av samhället och av människor i deras närhet. Studierna visar på att det ofta finns en ambivalens i kvinnans vilja att ta emot hjälp från olika vårdorgan. Det finns en rädsla för att myndigheterna ska få en alltför stor inblick i deras vardagsliv samtidigt som de ofta är beroende av den hjälp samhället har att erbjuda. Behandlingarna som kvinnorna erbjuds syftar ofta till att de ska bli betraktade som godtagbara kvinnor och mammor vilket gör att de underordnar sig olika självregleringstekniker. Trulsson analyserar kvinnornas berättelser ur ett makt-, genus- och klassperspektiv och studien visar på att makten från vården finns med i alla kvinnornas berättelser oavsett om behandlingen sker i tvångsvård eller på frivillig basis. Berättelserna visar även att den manliga dominansen som ofta finns i kvinnornas liv utgör ett

starkt maktövertag. Ett resultat av studien är att kvinnorna många gånger lever socialt utsatta liv med stora brister vad gäller kontaktnät och stöd. Trulsson ser framförallt att man i vården av dessa kvinnor behöver utveckla det sociala stödet för att göra det möjligt för kvinnorna att förverkliga sig själva som kvinnor samt finna vägar ut ur missbruket (Trulsson 2003a s 164ff).

Monica Nordenfors och Ingrid Höjer har 2012 gjort en studie om kvinnors erfarenheter av stöd från Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Studien visar att många av kvinnorna upplever kontakten med specialistteamet som positiv. De intervjuade 17 kvinnor som varit i kontakt med Mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga. Dessa kvinnor beskrev de faktorer som bidragit till den positiva erfarenheten; att hjälpen var lättillgänglig och att de möttes av en professionell attityd som var accepterande och respektfull vilket medförde att kvinnorna kände sig självsäkra och kompetenta vilket minskade risken för stigmatisering och dåligt självförtroende för kvinnan (Nordenfors & Höjer 2012).

Trulsson och Nötesjö (1999 s 54) beskriver att graviditet och moderskap många gånger kan utgöra en slags nyckelsituation vad gäller missbrukade kvinnors möjligheter att bli fria från ett liv i missbruk. Graviditeten blir ofta en period i kvinnornas liv vilken motiverar till att bryta gamla livsmönster. Liksom många andra kvinnor vänder de sig mot den egna modern eller andra kvinnor i sökandet efter en ny identitet som mamma Trulsson & Nötesjö 1999; Trulsson 2003a s 166). Närheten till barnet samt relationen till andra kvinnor blir därför allt viktigare till skillnad från i "missbrukarvärlden" där kvinnorna ibland tenderar att ta avstånd från varandra i deras konkurrens i vissa relationer till män i t.ex. parrelationer. Förutom känslan för barnet kan främst öppenhet mot andra kvinnor bidra till en allt starkare motivationskraft till ett drogfritt liv både under och efter graviditeten (ibid).

2.4. Samverkan mellan socialtjänst och hälso- sjukvård

Ett flertal studier lyfter enhetligt fram att det finns ett behov av tydligare samarbetsinsatser mellan socialtjänst och hälso- sjukvård för att kunna arbeta framgångsrikt med målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik. Braun och Thylefors (1986) har studerat samverkan och informationsöverföring mellan mödravårdscentralen, barnavårdscentralen, socialtjänsten och kvinnokliniken i förhållande till arbetet med gravida kvinnor med alkoholproblem. Studien visade att det fanns brister i samordningen vad gäller de professionella som på olika sätt kom i kontakt med målgruppen. Författarna belyser särskilt problemet med vad de kallar "rundgång" mellan olika myndighetspersoner vilket medförde att kvinnorna sällan fick den hjälp de var i behov av eftersom det förekom glapp i kommunikationen mellan instanserna (Braun & Thylefors s 6). Studien resulterade i förslag om samverkan och riktlinjer för behandling. Ett centralt begrepp, som ofta diskuteras i utredningar rörande samarbete mellan olika vårdgivare, är att instanserna ska sträva efter en helhetssyn (ibid).

Dessvärre visar mer nutida forskning att svårigheter med samverkan kvarstår än idag. Fortfarande går det att urskilja att det finns brister i samverkan och det finns behov av förbättringar. Utredningen "Bättre insatser vid missbruk och beroende - Individ, kunskapen och ansvaret" (SOU 2011:35 vol. 1 s 216-217; vol 2 s 743-756), har som syfte att ge en övergripande bild av missbruks- och beroendevården, ge förslag på förändringar baserade på enskilda individers behov samt att tydliggöra hur ansvarsfördelningen bör se ut mellan kommun och landsting. Kapitlet "Gravida kvinnor" tar upp hur mödra-barnhälsovården bör

fungera. Det står att kvinnor med missbruksproblematik bör remitteras till mödra-
barnhälsovård med specialkunskap om missbruk och beroende då det är en komplex
problematik som kräver insatser och stöd från olika instanser genom samverkan. De
specialistmödravårdsteam som finns i Göteborg, Stockholm, Malmö och Gävle ges som goda
exempel på hur arbetet med målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik bör
bedrivas. I andra delar av Sverige där inte specialistteamen finns blir samverkan mellan
mödravård och socialtjänst extra viktig. Samverkan mellan mödravård, beroendevård och
arbete i multiprofessionella team har stor betydelse för att minska riskerna för
komplikationer, för att förbättra möjligheterna till positiv förändring, samt för att skapa en
mer ordnad tillvaro för kvinnan och hennes kommande barn (SOU 2011:35 vol 1 s 216-217;
vol 2 s 743-756).

Flera forskare framhåller vikten av samverkan mellan professionella både inom sjukvården
och mellan sjukvården och socialtjänst när det gäller hur arbetet bör utformas kring gravida
kvinnor med missbruksproblematik (Wright & Walker 2007; Prentice 2007). Forskningen
pekar på att ett av de huvudsakliga målen inom vård och behandling av gravida kvinnor med
missbruksproblematik bör vara att genom samverkan mellan inblandade aktörer uppmuntra
kvinnorna till att ta ansvar för sin egen situation. Specialiserad hjälp, där det är tydligt för
kvinnorna att de är i ett omhändertagande system, underlättar motiveringsarbetet med
målgruppen. Det är även viktigt att modern och barnet fortsätter få stöd och hjälp efter
förlossningen då problemen ofta tenderar att kvarstå och lättare kan blomma ut igen efter
första perioden som nybliven förälder (Wright & Walker 2007; Prentice 2007).

3. Teoretiska utgångspunkter

För att kunna analysera vår samlade empiri har vi valt att utgå från teorier om makt som vi anser kan ge en vidare förståelse av maktaspekterna i förhållande till problemområdet. De begrepp vi valt att använda oss av är Bourdieus begrepp om fält, doxa och symbolisk makt, olika former av disciplinär makt och relationell makt utifrån Foucault samt förhållandet mellan makt och hjälp. Dessa olika maktbegrepp utifrån olika teorier anser vi kompletterar varandra och kan användas för att belysa förhållanden både ur strukturella och interpersonella perspektiv. De fångar in relationen mellan kontroll och stöd samt den maktobalans som finns mellan hjälpapparat och klient och ur ett samverkansperspektiv, vilket gör att vi finner dem relevanta för vår studie.

3.1. Makt i relationen mellan den professionella och klienten

Under denna rubrik kommer teoretiska begrepp beskrivas och även kopplas till hur det kan spegla sig i arbetet mellan de professionella och klienter.

3.1.1. Fält, doxa och symbolisk makt enligt Bourdieu

Enligt Bourdieu består välfärdsstaten av ett antal fält som var och en består av sina egna regler och normer (doxa). De uppfattningar och handlingsmönster som utmärker ett visst fält fungerar som maktinstrument och detta kallar Bourdieu för symbolisk makt (Bourdieu & Wacquant 1992; Järvinen 2002 s 255f). Bourdieu beskriver samhället som ett stort socialt rum som består av relationer mellan aktörer i olika positioner. Inom detta rum finns olika fält t.ex. det journalistiska, det politiska och det akademiska där en rad andra fält kan identifieras inom dessa. Inom det sociala fältet kan t.ex. fältet för socialt arbete och fältet för hälsovård identifieras (Bourdieu & Wacquant 1992 s 94ff; Swärd & Starrin 2006 s 257). Begreppet fält kan användas för att förstå vilka ramar som formar människors beteende och handlingar. Fältet ger mening åt och skapar förståelse för olika ageranden och interaktioner i ett specifikt socialt sammanhang (Bourdieu & Wacquant 1992 s 94ff; Trulsson 2003a s 61ff).

Enligt Järvinen (2002 s 255f) har varje fält sina speciella regler, rutiner och föreställningar om vad som är rätt och fel. Inom socialt arbete kan doxan innebära den professionellas självförståelse på fältet t.ex. synen på sitt arbetsområde, uppfattningen om klientgruppen och hur man förklarar uppkomsten till problem. Doxan inom ett fält hänger alltid samman med maktutövning som inte alltid är synlig. Bourdieu beskriver den symboliska makten som en osynlig form av våld som inte uppfattas som våld utan väljs under förutsättningar av förtroende, plikt och personlig lojalitet. Legitim auktoritet är en förutsättning för att kunna utöva den symboliska makten (Bourdieu 1972 s 167f; *ibid*). I skepnad av att vara professionell och tilltrodd av samhället framstår handlingarna som legitima och inte som våldshandlingar. Doxan är alltså utgångspunkten för den symboliska makten. Genom den symboliska makten befästs även doxan och därmed fältet genom att uppfattningar och handlingsmönster reproduceras och till slut uppstår självklar status som doxa (Bourdieu 1972 s 167f; Järvinen 2002 s 256).

Mötet mellan klient och välfärdsinstitution kan, enligt Järvinen (1998), beskrivas som en process där klienten blir kategoriserad i olika fack efter vad som överensstämmer med de

åtgärder som ligger inom ramen för exempelvis socialtjänsten. Socialtjänsten kan här ses som ett fält med egna normer, så kallad doxa, bundna till organisationen. Socialarbetaren har därmed den symboliska makten att kategorisera klienter i grupper som motiverade och omotiverade och avgör därmed vilka grupper som kan hjälpas och vilka som inte kan hjälpas (jmf Järvinen 1998).

3.1.2. Olika former av disciplinär makt

Foucault menar att den disciplinära makten förekommer i många olika vårdorgan genom att behandlaren tenderar att vilja omvandla klientens personliga beteendemönster mot tankar som behandlaren finner mer fördelaktiga. Genom den makt som utövas inom ramen för organisationen transformeras och normaliseras individers identiteter och handlingar genom ständig övervakning och internaliserad självkontroll. Denna makt är en del av organisationens sätt att fungera och på detta sätt skapas formbara individer. Enligt Foucault gör behandlaren detta med hjälp av olika instrument, bl.a. normaliserande omdömen av enskilda individer vilket innebär att behandlaren strävar efter att klienten ska avvika så lite som möjligt från samhället i stort (Hilte 2002 s 165-176). Enligt Foucault (2003) är den osynliga makten mest framträdande i disciplinerade relationer, t.ex. med läkare, sjuksköterskor, psykologer och socialarbetare. I dessa möten blir det i gengäld dem som underkastar sig den disciplinära makten som tvingas bli synliga. I det disciplinära samhället är det undersåtarna och deras problematik som ska belysas och det är också detta förhållande, att individerna ständigt kan iakttas, som befäster det grepp som makten har om dem (Foucault 2003 s 188). Det är även i dessa möten som individen lättast förlorar sitt motstånd. Därför kan det vara problematiskt om den professionella ingriper med tvång i stödjande relationer (Svärd & Starrin 2006 s 254).

Foucault har även utvecklat begreppet "governmentality" eller "styrandets mentalitet" för att beskriva de tekniker som styrande organ utvecklar i sin strävan att påverka individers sätt att leva samt forma medborgare som lever upp till samhällets mål och intensioner (Bäck-Wiklund 2012 s 11f; Nilsson 2008 s 128f). Just inom familjefrågor kan man urskilja att den styrande mentaliteten har en lång tradition av att ha en stark inverkan. I missbrukarvården kan man tydligt urskilja denna typ av makt som har till uppgift att reglera och normalisera individers beteenden och handlingsmönster (Bäck-Wiklund 2012 s 11f). Hilte (2002 s 165-176) förklarar att en viktig aspekt av styrandets mentalitet vad gäller missbruksområdet är hur de reglerar de så kallade självregleringsteknikerna, det vill säga på vilket sätt klienterna själva gör sig till ett handlande objekt för att kunna omvandla sig själva i eller sättet på vilken klienten gör sig själv till ett "kunskapsobjekt och handlingsområde för att omvandla sig, korrigera sig, rena sig, söka sin frälsning" (Foucault 1987 s 41). Självregleringstekniker är de tekniker som individen själv använder sig av för i sitt arbete med sig själv på bakgrund av goda råd från de professionella. De individer som är i behov av att reglera sig själva har enligt samhällets normer inte lyckats utveckla ett normalt självarbete och därför krävs det professionellt stöd för att få fram den rätta motivationen (Hilte 2002 s 171; Järvinen & Mortensson 2003 s 14). Dessa självregleringstekniker är målet med den disciplinära makten. Genom att styra människor genom t.ex. att lära ut att missbruk är dåligt vill man uppnå att individer själva skall få insikt samt ta initiativ till att förändra sin situation. Inom olika organisationer finns olika ideologier och synsätt på exempelvis den missbrukande gravida kvinnan. Olika kvinnor påverkas på annorlunda sätt inom dessa skilda typer av organisationer. De tar sig olika specifika värden och förställningar vilket påverkar deras subjektformer vilket i sin tur leder till utvecklande av inläring och nyttjande av särskilda

självregleringstekniker. Det innebär att de kan påverka hur de gör sig själva till objekt för förändringsarbete (Hilte 2002 s 165-176).

Pastoralmakt kommer från den gammalkristna traditionen då samhället var mer tydligt hierarkiskt ordnat och pastorer hade stor makt i samhället (Järvinen 2002 s 257f). Grunden i pastoralmakten är att information lämnas i förtroliga samtal, förr genom biktning, och genom det kan det vidare användas till att både kontrollera, styra och hjälpa individen. Idag kan man fortfarande urskilja pastoralmakten inom olika vårdorgan, dock har den i vissa avseenden ändrat form. Järvinen (2002 s 257f) menar att istället för frälsning är målet att människorna skall uppnå hälsa, välmående, livskvalitet, trygghet och säkerhet och antalet utövare av pastoralmakt har ökat och innefattar bl.a. socialarbetare, sjuksköterskor, läkare och psykologer. Pastoralmakt är en typ av disciplinär makt, men med ett gott syfte som innehåller omsorg och den bygger på ett samspel mellan parter (ibid). Det är en positiv och produktiv makt som kan åstadkomma förändringar. Människorna som utsätts för pastoralmakten hamnar ofta oundvikligt i en beroendeställning till denna och har svårt att värja sig mot den. Registreringstekniker såsom journaler, handlingsplaner och rapporter är ett viktigt redskap för pastoralmakten då de bidrar till konstruktionen av klienten som avvikande och samtidigt bekräftar klientens behov av hjälp och behandling. Det gör att klienten definieras som hjälpbehövande och den professionella är då den som kan hjälpa denne (ibid).

3.1.3. Relationell makt

Foucault pratar om tre olika maktbegrepp, det intentionella, det strukturella och det relationella (Franzén 2005 s 86f). Det begrepp som är relevant för vår studie tänker vi är det relationella maktbegreppet eftersom det bäst förklarar relationen mellan professionell och klient. Det utgår från att makt finns i alla relationer och relationer är en förutsättning för att makt skall kunna verka. Utifrån detta sätt att se på makt, som Foucault (2002 s 103; Franzén 2005 s 86f) förklarar är makt inget man kan dela, ta eller förlora. Makt är således ett rörligt fenomen som formas genom relationer. Utifrån att makten ständigt är rörlig och relativ har makten en produktiv funktion genom att någonting kan skapas eller upprätthållas genom den. Detta är en positiv syn på makt som skiljer sig mot den normativa synen på makt som något som är negativt, förbjudande, hindrande och absolut. Foucault (2002 s 104) ser även att där det finns makt så finns det motstånd. Det är en viktig aspekt av relationen mellan den professionella och klienten som han menar alltid är ojämnr inledningsvis (Foucault 2002 s 104; Franzén 2005 s 86f; Swärd & Starrin 2006 s 249f).

I och med att det ständigt råder en ojämnr maktbalans i relationen mellan hjälpapparat och klient kan klienten ibland utveckla motstånd på olika sätt för att undgå den kontrollerande funktionen vilken kan uppfattas som kränkande eller stigmatiserande. För den professionella är det viktigt att vara medveten om dessa spel. Ofta föredrar hjälpgivaren att klienten uppträder på ett samarbetsvilligt sätt utan krångel och i de fall detta inte uppfylls tenderar tvångsåtgärder att sättas in i större omfattning (jmf Swärd & Starrin 2006 s 249f; Skau 2007 s 35f).

Swärd och Starrin (2006 s 253f) framhåller även att Foucault menar att man som professionell har kunskap och erfarenhet som verktyg för att kunna utöva makt gentemot en klient eller patient. Intentionen är att man vet bäst för den personen man hjälper men det kan vara viktigt att vara medveten om och förhålla sig till att det är en typ av makt man utövar då det är i dessa disciplinerade relationer som det blir svårast för klienten att utöva motstånd.

Den professionellas kunskap om och erfarenheter av metoder och teorier ger rätt till tolkningsföreträde och därmed rätt att kategorisera, diagnostisera och uttala sig om klientens problem (Swärd & Starrin 2006 s 253f).

3.1.4. Förhållandet mellan makt och hjälp

Makt och hjälp är två viktiga sammanvävda dimensioner i varje relation mellan klient och hjälppapparat. I dagens samhälle har ofta begreppet makt en negativ laddning vilket medför att professionella i olika hjälporgan sällan vill kännas vid den makt som uppstår i relationen med klienten. Skau (2007) menar dock att det ligger en slags kränkning i professionellas ovilja att se och bemöta den makt de faktiskt besitter. Att helt undgå maktaspekten kan i vissa fall vara till lika stor skada som ett aktivt maktövertag mot klientens vilja. Hon belyser därför att det är betydelsefullt för den professionella att vara medveten om vilken makt man har gentemot klienten (Skau 2007). Den komplexa balansgången mellan makt och hjälp kan uttryckas på följande vis:

Arbetet med människor med svag position i samhället är en svår balansgång mellan att ha respekt för individens självbestämmande och att ge klienterna det de behöver, minimera deras lidande. Risken är att man faller i något av dikena; antingen begår man övergrepp mot människors integritet eller så överger man dem som behöver hjälp genom att lägga över för mycket ansvar på den enskilda individen. (Billinger 2000, s 201).

Den svåra balansgången mellan makt och hjälp kan resultera i två ytterligheter. Antingen att man kränker individen genom att utöva för mycket makt över dem eller att man överlåter för mycket ansvar på individen och underlåter sig själv som professionell att vidta åtgärder. Begreppet underlåtenhetsmakt innebär att underlåta sig att vidta åtgärder som man är medveten om behöver göras (Swärd & Starrin 2006 s 256f). "Det kan vara en underlåtenhet att inte göra något, att inte ställa rimliga krav på klienterna, att inte ha tilltro till deras förmåga och möjligheter eller att inte hjälpa dem att frigöra egna resurser och ta makten över sina egna liv" (Swärd & Starrin 2006 s. 257). En medvetenhet om den befintliga makten är viktig för att de professionella ska vara kapabla att förändra och ha kontroll över maktstrukturerna. För att makten ska kunna utmanas måste den göras tydlig (jmf Swärd & Starrin 2006 s 248ff; Skau 2007).

3.2. Teorier och begrepp om makt i förhållande till samverkan

Under denna rubrik tar vi upp teorier om samverkan och ger exempel på hur makt kan se ut i samverkansrelationer.

Samverkan mellan organisationer är något som generellt betecknas som något positivt som främjar arbetet med klienter då det bidrar till en önskvärd helhetssyn av problematiken. Det finns både en juridisk och ideologisk aspekt av varför samverkan är viktig. Det är enligt förvaltningslagen bestämt att myndigheter skall samverka för att underlätta kontakten med myndigheter för människor och i riktlinjer för olika professioner betonas att det skall verka för en helhetssyn på individen (Svensson m.fl. 2008 s 183).

Det råder ofta en asymmetrisk relation mellan primärvård och socialtjänst. Danermark och Kullberg (1999 s 38f) tar upp exempel från fall där socialsekreterarna har bistått sjukvården med expertis i socialt svåra och tunga ärenden där de upplever att de inte har fått motsvarande hjälp från läkare och sjuksköterskor. De asymmetriska relationerna kan bero på statusskillnader vilket kan ses som en central del i samverkansproblematiken, menar författarna. Skillnader vad gäller status, ansvar och regelverk mellan professioner och semiprofessioner har observerats som särskilt försvårande omständigheter vad gäller strävan att uppnå en god samverkan. Hur makten tar sig i uttryck kan se olika ut beroende på sammanhang (Danermark & Kullberg 1999 s 39). Detta kan tolkas som att organisationernas och de olika professionernas doxa är olika och statusrelaterad, att viss kunskap värderas högre än annan, i detta fall den medicinska. Uppfattningar och handlingsmönster inom olika fält säkrar sin egen och därmed fältets överlevnad genom att de socialt konstruerade kategorierna såsom arbetsmodeller och ansvarsområden reproduceras om och om igen och till slut uppnår självklar status som doxa (jmf Järvinen 2002 s 256f).

Genom samverkan kan handlingsutrymmet för de olika professionerna både vidgas och minskas, enligt Svensson m.fl. (2008 s 194-195). En gemensam strategi planerad av samtliga parter kan medföra att handlingsutrymmet blir större för t.ex. både socialarbetare, kuratorer och barnmorskor. Om kompetensen i de olika yrkena kombineras kan det leda till god samverkan. Men det är viktigt med en tydlig rollfördelning mellan aktörerna för att samverkan skall bli meningsfull för alla parter, både de professionella och för klienterna/patienterna. Handlingsutrymmet kan även förändras och reduceras då nya aktörer kommer in i relationen mellan en organisation och en klient (ibid s 194). Olika professioner och organisationer utvecklar olika språk och normer, det vill säga doxa, vilket kan innebära hinder i samverkan. Skillnader kan finnas mellan det medicinska språket och det språk som används inom socialt arbete och dessa skillnader kan medföra att avstånd skapas både mellan brukare och organisation och mellan andra samarbetsgrupper(jmf ibid). Konflikter mellan olika professioner, både i tvärprofessionella team och mellan olika organisationer, kan uppstå på grund av brist i kommunikationen. Detta hinder i samverkan kan medföra att någon profession eller organisation får underminera sin yrkeskunskap för den kunskap som har högre status (Svensson m.fl. 2008 s 194-195).

Enligt Danermark och Kullberg (1999 s 54f) är framgångsrika samverkansprojekt konkreta och bygger på att klart avgränsade målgrupper går att identifiera och den symboliska makten i att definiera en målgrupp kan vara en nödvändighet för en framgångsrik samverkan. Samverkan ska eftersträvas när varje myndighet var för sig inte kan bidra till att det aktuella problemet kan åtgärdas. Det ska finnas en klarhet vad gäller målsättningar, ansvarsområden, regelverk samt kostnadsfördelningar för att göra det möjligt att utveckla en framgångsrik samverkan (Danermark & Kullberg 1999 s 54f; Svensson m.fl. 2008 s 185). Gemensamma referensramar och gemensamma utgångspunkter är också viktigt. Ekonomiska aspekter i samverkan kan ofta utgöra ett problem. Då det råder ojämlika förhållanden i det ekonomiska ansvaret kan det medföra att vissa aktörer får mer makt. Personliga egenskaper såsom god social kompetens och förmåga att kunna skapa goda relationer med andra människor innebär också en maktfaktor som har betydelse för hur samverkan utfaller (ibid). De olika instanserna har olika uppdrag och befinner sig på så sätt på olika fält där olika doxa råder (Järvinen 2002 s 256f)

Samverkan ses som en viktig del i all missbruksvård och inte något som bör ske för de gravida kvinnorna specifikt. Även om det ej har med makt att göra så har lokalernas placering en stor betydelse för hur samverkan fungerar mellan olika enheter. Samverkan underlättas av

att de olika enheterna som samverkar kring en verksamhet är lokaliserade i samma hus (SOU 2011:35vol2).

4. Metod

I detta kapitel redogör vi för hur vi gått tillväga i uppsatsprocessen. Metodkapitlet är indelat i underrubriker som vart och ett redogör för vårt val av metod, vårt urval av intervjupersoner samt hur genomförandet av intervjuer, analysen och litteratursökningen sett ut. Vi diskuterar även uppsatsens tillförlitlighet och äkthet, vår förförståelse och etiska aspekter av uppsatsskrivande i detta kapitel. Diskussion av vår metod sker genomgående under alla underrubriker i detta kapitel.

4.1. Val av metod

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod eftersom vi anser att det lämpar sig bäst för vårt tänkta syfte. Vi valde att göra intervjuer då vi var intresserade av att få individuella svar. Bryman (2011 s 371) menar att en kvalitativ metod är att föredra då man ämnar försöka förstå intervjupersonernas subjektiva tankar och upplevelser. Inom kvantitativ forskning ämnar man ofta försöka mäta ett fenomenets omfattning, storlek och frekvens medan inom kvalitativ forskning är syftet ofta att försöka förstå fenomenet mer djupgående (Bryman 2011 s 371). En nackdel med den kvalitativa ansatsen, jämfört med den kvantitativa, är enligt författaren, att det är svårare att dra generella slutsatser utifrån de resultat man finner då man ofta har färre respondenter i studien. En kvalitativ metod möjliggör dock undersökning av ett ämne mer djupgående än genom en kvantitativ metod, vilket bidrar till ett mer holistiskt synsätt, en helhetsbild (Kvale & Brinkmann 2009 s 43 f.).

Vi har vidare valt att göra semistrukturerade intervjuer. Denna intervjuform innebär enligt Bryman (2011 s 414) att man har en ram för vilka frågor man vill ha besvarade men den ger möjlighet för informanten att tala öppet kring frågorna och ger även intervjuaren en frihet att ta de förberedda frågorna i den ordning som lämpar sig bäst under intervjuens gång. Denna metod möjliggör också för intervjuaren att ställa följdfrågor eller förtydligande frågor där man märker att svar behöver utvecklas eller om man upptäcker att nya intressanta ämnen tas upp (ibid).

4.2. Urval

Vid vårt urval av informanter utgick vi först från vårt intresse och plan att intervjua flera i personalen från specialistmödravården i Göteborg samt socialtjänsten i Göteborg, då vi var intresserade av att ta del av den multiprofessionalism som fanns inom teamet samt av den samverkan som finns instanserna emellan.

Då vi ville ringa runt till olika socialkontor var det svårt att hitta kontaktuppgifter till rätt personer och ofta fick vi inte svar. Av vissa fick vi svaret att de just då hade en hög arbetsbelastning och därav inte hade tid för intervjuer. En del meddelade att de inte upplevde att de hade tillräckligt med erfarenhet eller att den erfarenhet de möjligtvis hade inte var aktuell. Vi fick dock tips och tankar om att det kan vara så att många kvinnor hellre söker hjälp i egenskap av att vara mamma, alltså inom mödravården, istället för att söka hjälp i egenskap av missbrukare hos socialtjänsten vilket i en del fall kan tänkas vara förknippat med sämre erfarenheter. Då vi mer och mer förstod hur komplext arbetet kan vara kring den målgrupp vi valt att skriva om ansåg vi att det är av stor vikt att få perspektiv från flera olika

professioner och därmed försöka få en bredare bild av problemområdet. Därav valde vi att även kontakta professionella, barnmorskor och kuratorer, inom mödrahälsovården, (MVC), som vi uppfattade är de professioner som ofta först kommer i kontakt med den aktuella målgruppen och som arbetar nära kvinnorna.

Då vi efter försök till kontakt med socialtjänsten inom Göteborg kontaktade vi kranskommunerna och vi fick då många svar. Där intresse fanns skickades sedan informationsbrev ut och intervjuer bokades med de personer som var intresserade, både inom mödravården och socialtjänsten i kranskommunerna till Göteborg och specialistteamet i Göteborg.

Eftersom mödravårdscentraler i stadsdelar inom Göteborg och kommuner inom västra Götalandsområdet remitterar sina klienter till specialistmödravårdsteamet i Göteborg så menade många när vi ringde runt att de ej i så stor utsträckning och under lång tid arbetar med klientgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik, men de kommer i kontakt med dem. Vi upptäckte att en gemensam nämnare för alla dessa instanser var motiverande arbete och samverkan, i synnerhet när det gäller att motivera kvinnorna att söka vidare hjälp hos Mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga, vilket medförde att vi valde att inkludera dessa i studien.

Vi har gjort totalt åtta intervjuer, varav en bestod av två intervjupersoner där det var deras egna önskemål. Studien består således av åtta intervjuer men nio intervjupersoner och omfattar totalt fyra kuratorer varav en arbetar inom ett specialistteam i Göteborg som är inriktade mot gravida kvinnor med missbruksproblematik, en kurator arbetar på en allmän mödravårdscentral i en stadsdel i Göteborg, en annan kurator på en familjecentral i en annan av Göteborgs stadsdelar och en kurator på en vuxenhet i en kranskommun till Göteborg. Studien omfattar även två barnmorskor i olika kranskommuner till Göteborg samt tre socialsekreterare i två olika kranskommuner till Göteborg.

Urvalet av intervjupersoner kan givetvis ha betydelse för de resultat vi utvunnit. Inom Göteborgs stad var det svårt att få tag på socialsekreterare och då vi väl fick svar var motiveringen att det ej fanns tid för intervjuer, av de vi först tänkt, på grund av hög arbetsbelastning inom de stadsdelarna. Funderingar som uppkommit i samband med detta är att vi kan ha gått miste om att få en generell bild av hur arbetet ser ut med målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik. Eftersom vi inte fick ta del av hur arbetet ser ut i de områden som uppgav att de var utsatta för en hög arbetsbelastning kan det tänkas innebära att våra intervjupersoner inte har lika mycket erfarenheter kring målgruppen och att det då kan vara svårare att urskilja mönster i hur arbetet ser ut. De resultat vi fått speglar framförallt hur arbetet ser ut i vissa mindre kommuner runt Göteborg där man kan tänka sig att förutsättningarna skiljer sig från storstaden gällande utarbetade rutiner och missbruksvanor bland invånarna.

Samarbetet mellan socialtjänst och MVC är en central del i arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik. För att uppsatsen skall bli relevant för oss inom socialt arbete har vi försökt att inte komma in för mycket på det vårdrelaterade och medicinska som barnmorskorna arbetar med. Därmed har vi valt att rikta in oss på det som berör både socialarbetare och barnmorskor t.ex. motiverande arbete i form av samtal och på hur samarbetet mellan olika instanser ser ut. Vi tänker oss att denna infallsvinkel där vi undersöker olika professioners arbete kan ge en mer heltäckande bild av hur det komplexa

arbetet ser ut eftersom alla professioner har olika yrkesroller och därmed fyller olika funktioner i arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik på skiftande nivåer.

Vi har diskuterat kring huruvida det är lämpligt att intervjua olika professioner om samma ämne eftersom de kan ha olika ingångar; barnmorskor, kurator och socialsekreterare. Eftersom de har olika bakgrund och arbetar utifrån olika metoder och kulturer så kan det vara svårt att dra generella slutsatser över ämnet. Vi har dock funnit det intressant att de har just olika professioner och att det på så sätt bidrar till en bredare bild av problemområdet.

4.3. Genomförande

I detta avsnitt presenterar vi genomförandet av intervjuerna, tillvägagångssättet för analysen, val av teorier, hur intervjumaterialet insamlats samt hur litteratursökningen gått till.

4.3.1. Tillvägagångssätt för intervjuerna

Vårt empiriska material består av 8 intervjuer med 9 intervjupersoner. Dessa intervjuer bokades på telefon och mail och ett informationsbrev skickades i god tid till de blivande respondenterna innan intervjuerna. Som förberedelse inför våra intervjuer sammanställde vi en intervjuguide (se bilaga) där vi utgick från ett antal huvudämnen som skulle täcka det vi ville ha reda på och under dessa rubriker hade vi mer inriktade frågor. Under intervjuerna ställde vi de mer öppna frågorna och lät intervjupersonerna prata fritt och vid behov ställde vi våra mer specificerade frågor. Vi tänker oss att detta sätt möjliggjorde en mer avslappnad dialog och gav intervjupersonerna utrymme att ge mer utvecklade svar. Det semistrukturerade upplägget medförde en möjlighet att ställa frågor i den ordning det under samtalet passade bäst (jmf Bryman 2011 s 414 f, Kvale & Brinkmann 2009 s 146 f).

Samtliga intervjuer har gjorts på intervjupersonernas arbetsplatser utifrån respondenternas önskemål om tid och plats. Vid samtliga intervjutillfällen har vi varit två intervjuare. Detta tillvägagångssätt valde vi då vi upplevde att detta fungerade bäst, då en av oss kunde koncentrera sig på att ställa frågorna utifrån intervjuguiden och en av oss på att lyssna och komma med kompletterande frågor samt snappa upp det som den andra möjligen missar. Vi upplevde det också som en fördel att vi båda kunde ta del av intervjumaterialet direkt och ser det som en del i att få en så korrekt och otolkad bild av intervjumaterialet och tillförlitligt resultat som möjligt. Kvale och Brinkmann (2009 s 49 f) skriver att det råder en asymmetrisk relation mellan den som intervjuar och informanten i en intervjusituation eftersom forskaren är den som leder samtalet samt bestämmer dess riktning. Vi har noga övervägt den maktobalans som kan uppkomma om den intervjuade känner sig i underläge gentemot de två som intervjuar. Denna maktobalans hade eventuellt kunnat överbryggas vid val av enskilda intervjuer med enbart en intervjuare eller vid användning av fokusgrupper där flera informanter intervjuas vid samma tillfälle. Vid diskussion kom vi dock fram till att denna obalans blir mindre påtaglig och inte lika utsatt då studien fokuserar på intervjupersonernas professionella roll och inte deras privata. Att vara två intervjuare tänker vi oss även kan ha gett ett förtroendefullt intryck, då vi lättare har kunnat vara måna om att lyssna samt få en bra förståelse av det intervjupersonen har att säga då en har antecknat och en hållit i strukturen på intervjun.

Hur vi ställde frågorna under intervjun kan troligtvis ha påverkat de svar vi fått. Vårt val av att använda oss av relativt öppna frågor har förhoppningsvis ökat kvaliteten i våra resultat. Även det faktum att vi varit två som intervjuat har förhoppningsvis ökat kvaliteten då vi varit två som kunnat uppfatta och tolka det som sagts och därmed kan vi vara mer säkra på att vi uppfattat det på någorlunda rätt sätt genom att vi har samma uppfattning. De ordval vi använt oss av vid intervjuerna, kanske framförallt i de improviserade följdfrågorna eller vid omformuleringar av frågor som intervjupersonen inte uppfattade, kan ha påverkat det utfall vi fick både positivt och negativt. Om vi till exempel uttryckt oss otydligt och intervjupersonen därav blivit osäker på hur denne skall tolka frågan kan det såklart ha gett mindre relevanta svar. Då vi formulerat improviserade svar tror vi dock att det kan ha gett vidare möjlighet för reflektion hos intervjupersonen och bidragit till mer utvecklade svar.

En ytterligare faktor som kan ha påverkat de svar vi fått från våra informanter är att vi bara träffade dem en gång och då hade en begränsad tid på oss att både introducera och presentera oss själva, skapa ett gott intryck och få svar på de frågor vi förberett. Att vi båda är relativt ovana vid att intervju kan även det ha inverkan på hur intervjun har utfallit och därmed påverkat de resultat vi fått. Efter de första intervjutillfällena kände vi oss dock alltmer bekväma med frågorna och om ämnet. Denna bekvämlighet medförde att samtalen i de senare intervjuerna kändes mer naturliga samt att vi mer kunde rikta in frågorna på de områden vi var intresserade utav.

Vid ett intervjutillfälle intervjuade vi två personer samtidigt. Detta var något som de själva önskade och vi visste inte om det förrän vi kom dit. På ett sätt kan det ha påverkat att de inte vågade uttala sig på samma sätt som om de varit i intervju själva men vi uppfattade det som att det bidrog till att de kompletterade varandra genom att de båda gav sina perspektiv på våra frågor.

Intervjuerna tog ca 1 - 1,5 timma och de spelades in med diktafon. Inför varje intervjutillfälle frågade vi intervjupersonerna om det gick bra att spela in intervjun vilket godkändes av samtliga. Intervjutillfällena avslutades med en stunds reflektion där respondenten gavs möjlighet att komplettera information samt ställa vidare frågor om våra tankar kring studien. Intervjumaterialet transkriberades sedan för att därefter sammanfattas.

4.3.2. Tillvägagångssätt för analysen av intervjumaterialet

För att analysera vårt intervju material har vi använt oss av en induktiv metod, det vill säga att vi valt teorier som vi tycker varit lämplig för att ge oss en förståelse av det vi fått fram efter att vi läst igenom intervjuerna (Thomassen 2007 s 50f).

Ur de transkriberade intervjuerna arbetade vi fram teman som vi sedan använde som upplägg för vår analys, en så kallad tematisk analys (Bryman 2011 s 528). Vi valde sedan ut citat ur de transkriberade intervjuerna både utifrån den induktiva och deduktiva ansatsen. Vissa intressanta citat valdes ut för att sedan analyseras efter lämplig teori medan andra fick illustrera en vidare förståelse av vald teori (Thomassen 2007 s 50f, Kvale & Brinkmann 2009 s 217ff). Vår empiri har vi även analyserat utifrån och kopplat till tidigare forskning. I vår analys har vi vidare utgått från meningskoncentrering då vi analyserat vår empiri. Enligt Kvale och Brinkmann (2009 s 217f) innebär detta att vi har tagit ut det som varit intressant i varje intervju och sedan delat upp det i olika kategorier som vi sedan namngett. Vi har byggt upp analysen utifrån olika citat som vi funnit intressanta.

De valda temana har vi försökt att hålla så nära de resultat vi fått utifrån intervjuerna men självklart har denna process påverkats av vår egen tolkning. Vi har förhoppningsvis reducerat den risken genom att vi varit två som tolkat materialet tillsammans och hela tiden hjälpts åt att försöka gå tillbaka till vad som verkligen har sagts under intervjuerna och reflekterat över hur vi har formulerat frågorna under intervjun. I analysen har vi valt att välja ut ett antal teman och presentera de olika intervjupersonernas syn på dessa ämnen. Vissa ämnen har varit svårare än andra att generalisera, jämföra och dra slutsatser utifrån, då inte alla utsagor varit enkla att tyda och kategorisera under lämpliga rubriker.

Utifrån vårt syfte var en induktiv ansats lämplig i valet av teori. Vid analysens början hade vi flera tänkbara alternativ, bland andra teorier som belyser relationen mellan professionella och klienter samt teorier om samverkan. Vi valde dock att enbart koncentrera oss på teorier om makt som vi anser kan ge ett brett och relativt övergripande perspektiv. Vi tänker oss att teorier om makt inbegriper aspekter såsom sociala relationer samt hur samverkan verkar och ser ut. Konsekvenser av att endast analysera utifrån teori om makt kan dock vara att vi går miste om ett bredare perspektiv på t.ex. organisationsteoretiska aspekter, olika former av motivationsmetoder samt relationsbyggandet. För att anpassa teorivalet till våra frågeställningar så mycket som möjligt har vi riktat in oss på teorier om makt som kan beskriva hur de professionella berättar om sitt bemötande av målgruppen samt om samverkan. Till en början hade vi svårt att avgränsa oss här då vi även var intresserade av att förstå djupare hur arbetet påverkar kvinnorna, hur motivationsarbetet går till samt hur samverkan ser ut och fungerar. Genom fokusering på teorier om makt har det hjälpt oss att förstå hur mötet dem emellan ser ut samt hur det kan förklaras.

4.3.3. Tillvägagångssätt för litteratursökning

I vår sökprocess efter litteratur och tidigare forskning om vårt valda ämne har vi i huvudsak utgått från Göteborgs Universitetsbibliotek. Vid ett tillfälle tog vi hjälp av en bibliotekarie på Centralbiblioteket och fick där rådet att använda oss av sökmotorn KVINNSAM, där vi fann en del relevant litteratur. Det finns mycket studier kring vårt valda ämne men mycket av den litteratur vi funnit som handlat om gravida kvinnor med missbruksproblematik har varit från 1980- och 1990-talet och därmed inte så uppdaterad. Andra sökmotorer vi använt oss av har varit GUNDA, LIBRIS och Google. Sökord som varit framgångsrika i olika kombinationer har varit gravid*, missbruk*, MVC, tvångsvård och samverkan*. I databasen Pro Quest har vi använt oss av de engelska sökorden pregnancy* och substance/drug misuse/abuse/addiction*. Mycket av den tidigare forskning som vi har hittat fokuserar på kvinnor och missbruk men relativt få studier riktar in sig på det professionella nätverket som arbetar kring målgruppen när de är gravida. Vidare har vi funnit litteratur genom att läsa tidigare C-uppsatser som behandlar liknande ämnesområde och genom referenslistan funnit relevanta källor för vår uppsats. Vi har även använt oss av kurslitteratur från socionomutbildningen.

4.3.4. Arbetets fördelning

Vi har under uppsatsens gång valt att i möjligaste mån arbeta tillsammans. Detta är något vi har prioriterat i syfte att lättare kunna reflektera över vårt insamlade material. Vi båda är därmed lika delaktiga samt har ansvar för det som står skrivet i studien. I tidsbesparande syfte har vi valt att behandla några delar enskilt, främst i metodkapitlet samt delar av analysen.

Dessa avsnitt har vi dock efteråt läst igenom och diskuterat för att stämna av att vi båda står för de resonemang som uttrycks i studien samt för att texten skall bli så flytande och likformig som möjligt.

4.4. Tillförlitlighet och äkthet

För att få en bild av kvaliteten i en undersökning används begreppen reliabilitet och validitet. Dessa begrepp är dock främst använda inom kvantitativ forskning där kvaliteten är mer mätbar. Inom kvalitativ forskning är reliabiliteten svår att mäta då en social kontext vid ett specifikt tillfälle är svårt att efterlikna eftersom upplevelser av sociala fenomen tenderar att förändras över tid. Bryman (2011 s 351) skriver om hur begreppen reliabilitet och validitet kan ersättas av begreppen tillförlitlighet respektive äkthet inom kvalitativ forskning.

Diskussion kring hur tillförlitlig en undersökning är kan göras utifrån fyra delkriterier enligt Bryman (2011 s 354f). Trovärdigheten kan avgöras utifrån hur undersökningen speglar den sociala verklighet som man har studerat och hur väl man har beskrivit och motiverat sin egen bild av det man kommit fram till. För att påverka trovärdigheten i vår studie har vi i våra intervjuer försökt vara noga med att tydliggöra genom följdfrågor och speglade sammanfattningar för att kontrollera om vi uppfattat dem rätt.

Det andra kriteriet för tillförlitlighet är överförbarhet vilket motsvarar hur generaliserbart resultatet är. Som vi tidigare diskuterat kan våra resultat endast spegla de kommuner och de enskilda personer vi intervjuat. Men genom vår kvalitativa studie som ger en mer fyllig inblick i hur kulturen ser ut på några olika platser, olika kommuner och för olika professioner, kan bidra till en vidare förståelse genom att det kan jämföras med andra resultat i andra liknande studier.

Pålitligheten i kvalitativ forskning motsvarar reliabiliteten inom kvantitativ forskning. Enligt detta kriterium skall forskningsprocessen enligt Bryman (2011 s 355) vara transparent och en klar redogörelse för hur man gått tillväga skall finnas för att andra skall kunna granska och bedöma pålitligheten. I de olika metodkapitlen ovan har vi genom diskussioner i varje kapitel försökt göra vår process så tydlig och genomskinlig som möjligt samt diskuterat de avvägningar vi gjort.

Kriteriet möjlighet att kunna styrka och konfirmera kan forskaren uppfylla om denne är medveten om att egna personliga värderingar eller teoretisk inriktning kan påverka slutsatserna av forskningen. Forskningen skall bedrivas med insikten om att det inte går att få fullständig objektivitet i kvalitativ forskning (Bryman 2011 s 355). I vår studie har vi under tiden vi sammanställt vår frågeguide diskuterat våra egna värderingar kring hur vi ställer oss till vissa känsliga frågor vilket vi menar bidrar till mindre godtycklighet och större tillförlitlighet i studien, vilket är önskvärt.

Utöver dessa tillförlitlighetskriterier skriver Bryman (2011 s 356) om ett antal kriterier för äkthet. Ett av dem handlar om att undersökningen skall ge en rättvis bild av de olika åsikter och uppfattningar som studien resulterat i. För att eftersträva så stor äkthet som möjligt i vår studie har vi tematiserat och analyserat materialet tillsammans. Transkriberat har vi gjort på skilda håll, och det kan såklart innebära att det finns en risk att man tolkar materialet på ett eget sätt när man skriver vad man hör av intervjun. Men detta är något som vi praktiskt och tidsmässigt inte kunnat undvika. Vid transkribering av intervjumaterialet har vi haft

intentionen att i bästa mån återge samtalet ordagrant i talspråksformat i syfte att försöka återskapa samtalets sinnesstämning med dess naturliga skiftningar såsom pauser, skratt och suckar. Detta kan tänkas bidra till "äktheten" i tolkningen av intervjuaterialet.

De andra kriterierna för att skapa äkthet i forskning handlar om hur undersökningen hjälpt de medverkande på olika sätt (Bryman 2011 s 357. Vårt syfte med denna uppsats har varit att lyfta ett ämne som vi anser är viktigt. Genom att låta personal som arbetar med målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik reflektera över sitt arbete kan vi ha bidragit till vidare intresse för och nya tankar kring arbetet.

Då specialistteamet i Göteborg var den verksamhet vi från början utgick ifrån fick de därmed en större inblick i vår forskningsprocess och i att formulera syfte och frågeställningar. De har kommit med förslag på avgränsningar och vi har fått förhandsinformation innan intervjuerna om verksamheten och vad som kan vara intressant att studera. Vi har känt att detta har varit ett steg i att få intervjupersonerna att få förtroende för oss men det kan givetvis även ha påverkat vårt resultat samt vinkling på studien.

4.5. Etisk reflektion och etiska aspekter

I valet av metoden och i uppsatsens genomförande har vi tagit ställning utifrån de fyra forskningsetiska principerna. Forskningsrådet HSFR:s (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet) viktigaste formulerade etiska principer lyder; öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet och autonomikravet. Att ta hänsyn till dessa krav är av stor relevans, inte minst i socialt arbete, där forskningen ofta handlar om människor i utsatta situationer. Det handlar om att överväga frågan om ämnet är värt att forska om, om nyttan med undersökningen är värd den eventuella kränkning det kan innebära mot de personer som är objekt för studien (Vetenskapsrådet 2002; Bryman 2011 s 131f).

Utifrån öppenhetskravet har ett informationsbrev (se bilaga) skickats ut till våra blivande respondenter innan intervjuerna. För att vara så tydliga som möjligt med vår studies syfte, har vi vid varje intervjutillfälle ytterligare förklarat vad intervjun går ut på och sammanfattat de frågor vi vill ha svar på. Vi har även förtydligat för våra intervjupersoner att de själva bestämmer på vilka villkor de medverkar i undersökningen, både genom informationsbrevet och muntligt vid intervjutillfället. Genom informationsbrevet har vi också förtydligat att de insamlade uppgifterna inte kommer att användas till något annat än det angivna syftet. Vid slutet av intervjuerna har vi erbjudit att låta de som deltagit ta del av studien genom att skicka uppsatsen till dem när den är klar (jmf Vetenskapsrådet 2002; Bryman 2011 s 131 f).

Självbestämmandekravet innebär att de medverkande i studien skall ha rätt att själva bestämma över deras deltagande. Då tydliggörande om vad studien handlar om har förmedlats genom informationsbrev har informanterna fått möjlighet till att ta ställning till om de vill medverka eller inte. I vår studie har samtycket skett muntligt via telefon eller skriftligt via mail. Ingen av de vi avtalat tid för intervju med har backat eller sagt att de inte vill svara på några speciella frågor (ibid).

Konfidentialitetskravet innebär att man skall behandla intervjupersonerna med största möjliga diskretion, det är viktigt att personuppgifter inte kan komma åt av obehöriga (ibid). I uppsatsen har vi utifrån konfidentialitetskravet valt att inte avslöja intervjupersonernas namn utan vi har istället valt att benämna dem utifrån professionstillhörighet i samråd med

intervjupersonerna. Vi har dock valt beskriva om de är verksamma inom Göteborg eller i någon av kranskommunerna. Detta för att vi anser det vara av relevans att veta varifrån informationen kommer eftersom verksamheterna i de olika kommunerna kan skilja sig åt organisatoriskt och därmed ge stora skillnader på svaren. Vi har diskuterat hur vi skulle göra för att inte peka ut våra informanter och avslöja deras identitet. I vissa fall blir detta svårt då det exempelvis bara finns en specialistmottagning i Göteborgsområdet som arbetar med målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik. Inom vissa kommuner är det inte heller så många som arbetar med den aktuella målgruppen vilket kan medföra att individerna blir lättare att urskilja. Detta kan möjligtvis också ha påverkat våra intervjusvar eftersom informanterna är medvetna om att deras svar inte kommer att kunna hållas helt anonyma. Det är möjligt att respondenterna vill ge en så positiv bild av verksamheten som möjligt och det kan därför vara svårare att få ett personligt svar. Dock fick vi inga reaktioner från intervjupersonerna som vi upplevde tydde på att de kände ofrihet eller svårighet att uttrycka det de ville. I vår studie är de intervjuade personerna i sin yrkesroll vid intervjutillfällena vilket vi tror minskat risken för att frågor uppfattats som för personliga och känsliga.

Autonomikravet innebär att de uppgifter som samlas in endast får användas till det tänkta och till intervjupersonerna informerade syftet. Särskilt viktigt är det att ta hänsyn till detta då det rör sig om minderåriga och då godkännande av föräldrars eller vårdnadshavare krävs (Vetenskapsrådet 2002; Bryman 2011 s 131f). Det material och de uppgifter vi har fått in är i enlighet med de etiska individskyddskraven förvarade och sparade på skyddad plats och kommer efter att uppsatsen blivit godkänd att förstöras.

4.6. Förförståelse

I en studie är det viktigt att ta hänsyn och vara medveten om forskarnas förförståelse om ämnet eftersom detta kan vara en aspekt som kan komma att påverka studiens slutliga resultat. Dock är det inte möjligt att redogöra för hela förförståelsen då denna kan ligga dold för forskarna själva (Thomassen 2007 s 95). En av oss hade under tiden för sin praktikperiod kommit i kontakt med specialistmödravårdsteamet i Göteborg och fick därmed en viss inblick i arbetet kring målgruppen. Då en av oss tidigare skrivit en B-uppsats med fokus på missbruk och exitprocesser fanns en viss förkunskap om att manligt och kvinnligt missbruk ter sig på olika sätt samt att en missbrukande kvinna tenderar att hamna i en extra utsatt situation när hon blir gravid. En av oss har även arbetat på utrednings- och behandlingshem och har där kommit i kontakt med målgruppen vilket har gett en viss förkunskap om den komplexa problematiken i arbetet kring kvinnorna. Våra egna intressen och kunskapsområden har säkerligen styrt in oss på det ämne vi valt att skriva uppsats om. Vi är medvetna om att våra egna värderingar kan ha påverkat de frågor vi valt att ställa under intervjun, hur vi sedan tolkat resultaten och hur vi valt att analysera vår empiri. Enligt Thurén (2007 s 58f) är det också så att en människa inte kan tolka något helt objektivt utan det är oundvikligt att vi styrs av våra värderingar, subjektiva uppfattningar och erfarenheter.

Vid uppsatsens start hade vi båda en tanke och hypotes om att gravida kvinnor med missbruksproblematik är en komplex målgrupp som behöver stödinsatser från flera olika håll och ett nära samarbete mellan olika instanser. Vi tänkte oss även att motivationsarbetet ser ut på ett annat sätt än inom den vanliga missbruksvården på grund av att det finns två personer som tar direkt skada av det pågående missbruket, både modern och fostret. Vi tänkte oss även att graviditeten har inverkan på motivationen vilket också kan avspegla skillnad i arbetet då

det kan vara enklare att motivera. Denna förförståelse har såklart påverkat hur vi valt att rikta in uppsatsens frågeställningar och därmed hur vi ställt intervjufrågorna.

I vår studie har vi valt att konsekvent kalla den grupp vi skriver om för gravida kvinnor med missbruksproblematik. Vi vill försöka utgå från att kvinnorna är gravida kvinnor i första hand och ej från att kvinnorna är sitt missbruk. Vår uppfattning är att t.ex. benämningen gravida missbrukare fokuserar på missbruket i första hand vilket kan uppfattas som stigmatiserande. Som synonym har vi även valt att använda oss av begreppet klient. Då uppsatsen är skriven ur vårt socialarbetarperspektiv har det känts mer relevant för oss att använda oss av ett begrepp som används inom socialt arbete trots att ofta benämningen patient används inom sjukvården och av barnmorskorna och ibland kuratorerna.

5. Resultat och analys

I detta kapitel har vi för avsikt att redogöra för de huvudresultat vi fått fram och analysera detta utifrån teorier om makt. Vi har valt att redovisa våra resultat i sex olika rubriker för att svara på de två frågeställningar vi haft; hur bemöter de professionella kvinnorna för att få dem att upprätthålla en alkohol- och drogfri graviditet och hur ser de professionella på samverkan och vilken betydelse anser de att samverkan har när det gäller den beskrivna målgruppen? Vi har kategoriserat materialet utifrån vad våra intervjupersoner har svarat på våra intervjufrågor och på så sätt kommit fram till ett antal teman som speglas i rubrikerna som är återkommande under intervjuerna. Varje kapitel inleder med en kort sammanfattning och några kursiverade rubriker förekommer i vissa resultatkapitel som sammanfattar de viktigaste faktorerna i varje kategori. Inledningsvis presenterar vi kort intervjupersonerna. De fyra följande kapitlen besvarar främst den första frågeställningen och de två sista kapitlen i detta resultat- och analys kapitel besvarar främst den andra frågeställningen. Resultat och analys är i kapitlet varvat då vi tycker det är lämpligast upplägg för att förstå sammanhanget. Vi vill understryka att tolkningen av materialet som nedan presenteras är vår egen och hade materialet analyserats av någon annan hade det givetvis kunnat tolkas på annat sätt.

En viktig bakgrund till att förstå resultaten och analysen är att veta att inom olika kommuner, stadsdelar och landsting/län skiljer det sig kring hur arbetet är uppdelat på olika enheter. Ansvarsfördelningen kan också se olika ut vad gäller arbetet kring målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik. I en del kommuner, stadsdelar och landsting/län hade vuxenenheten det huvudsakliga ansvaret för målgruppen och på andra ställen var ansvaret fördelat i nära samverkan mellan vuxenenheten och individ och familjeenheten.

5.1. Presentation av intervjupersonerna

Vi har valt att inte benämna våra intervjupersoner vid deras riktiga namn, utan har istället valt att benämna dem efter yrkestitel och nummer. De nio personer vi intervjuat på åtta intervjuer består av och kommer härmed att benämnas:

Socialsekreterare 1: Socialsekreterare inom annan kommun än Göteborg, även tillhörande annat landsting/län.

Socialsekreterare 2: Socialsekreterare inom annan kommun än Göteborg, arbetar på samma socialkontor som socialsekreterare 3.

Socialsekreterare 3: arbetar på samma socialkontor som socialsekreterare 2.

Kurator 1: Verksam på familjecentral i stadsdel inom Göteborg.

Kurator 2: Verksam på mödra-barnhälsovårdscentral i annan stadsdel inom Göteborg.

Kurator 3: Verksam på vuxenenheten i annan kommun än Göteborg.

Kurator 4: Verksam på specialistteam i Göteborg.

Barnmorska 1: Specialiserad på missbruk och verksam i en kommun gränsande till Göteborg men tillhörande ett annat landsting/län.

Barnmorska 2: Verksam på mödra-barnhälsovårdscentral i kranskommun till Göteborg.

5.2. Relationsskapandet

De flesta av våra intervjupersoner uttrycker att det är viktigt att fånga upp klientgruppen tidigt och skapa en relation. Oftast är det barnmorskorna som är den instans som först upptäcker och uppmärksammar den aktuella målgruppen. I mötet mellan den professionella och klienten menar samtliga av våra intervjupersoner att det är viktigt att den professionella inger hopp och får klienten att känna tillit. Att kunna sätta sig in i klientens problematik och behov är en viktig egenskap som samtliga intervjuade professionella beskriver. Många av våra intervjupersoner lyfter även fram det icke-dömande förhållningssättet samt vikten av att möta klienterna där de befinner sig. Som professionell lyfter många fram att det är viktigt att våga bemöta klienten i dess problematik och ha en vägvisande roll beskriver många av de intervjuade vara en central del av arbetet. Betydelsen av att etablera och behålla en relation i kontakten med kvinnorna och att kvinnans partner är delaktig beskrivs också som viktigt för ett långsiktigt resultat.

Relation byggd på förtroende och respekt

Att ha en relation byggd på förtroende, respekt och tillit uttrycker samtliga av våra intervjupersoner är viktigt. De menar att en förtroendefylld relation kan medföra att de professionella får större möjlighet att hjälpa klienten. Många av dem beskriver hur en god relation är grunden för att fortsatt goda möten skall kunna ske. Det är också viktigt att ha förståelse för den värld som missbrukaren lever i.

Det handlar ju alltid om att få kontakt och förtroende eller att knyta kontakt och att visa att det finns möjlighet att hjälpa och sen att de får förtroende. Att de också vågar berätta hur de lever och hur det har varit och hur de tänker. (Kurator 3).

Foucaults begrepp pastoralmakt kan beskriva hur makten i denna relation ser ut. Genom att klienten öppnar sig kan den professionella få inblick i personens situation och därmed få verktyg och möjlighet att styra klienten (Järvinen 2002). Det är en förutsättning att den professionella får kännedom om klientens problematik för att därefter kunna få makt att hjälpa personen. Förtroende och respekt i den professionellas bemötande kan medföra att den som är fast i ett missbruk kan känna värdighet och hopp om framtiden (Eide & Eide 2006 s 37).

Att få kvinnan att ta makten över sin situation och uppnå förändring är viktigt och kan innebära en ömsesidig maktprocess. Genom pastoralmakt har den professionella fått information om hennes graviditet och missbruk och kan på så sätt ge den gravida kvinnan med missbruksproblematik verktyg att förändra sin egen situation (Hilte 2002 s 165-176). I enlighet med Trulssons forskning (1998; 2003a; 2006) är det viktigt att kvinnan får vara expert på sin egen situation. Det är viktigt att anledningen till att sluta med sitt missbruk skall vara kvinnans egen motivation och inte påtvingat av någon annan och av samhällets normer. Det som kan vara ett dilemma när det gäller de gravida kvinnorna är att det finns lag om tvångsvård som kan fungera som hot och därmed överskugga den egna motivationen. Det är av stor vikt att kvinnan får möjlighet att bygga upp förtroende för sig själv och till omvärlden, då många missbrukande kvinnor har genomgått ett trasligt liv och därigenom fått skadad självkänsla och skev världsbild. Att möta denna målgrupp med respekt och värdighet och att ge kvinnorna stöd och uppmuntran i olika situationer som uppstår blir därmed av stor betydelse. Att som professionell inge hopp och motivation till förändring är av stor vikt då kvinnligt missbruk ofta är stigmatiserande (ibid).

En kurator menar att genom att kvinnan har kontakt med en barnmorska en gång i veckan under hela graviditeten så byggs en tät och tillitsfull relation upp. Hon menar att många av de kvinnor som hon möter har haft svårt med och brist på tilliten. Många har blivit svikna av andra genom hela livet. Hon uttrycker det som en viktig uppgift att förändra deras bild av att inte kunna lita på andra och våga ta emot hjälp.

Så vi kan inte begära av dem att de skall lita på oss rakt av för det tar tid att bygga upp tillit. Många av de kvinnorna som har gått här med sin bebis säger när som skall lämna oss att detta har varit en ny erfarenhet för dem och att de tar med sig det och vågar lite mer lita på andra människor därute som vill ge stöd. (Kurator 4).

Eftersom makt finns inneboende i alla relationer och ständigt är i rörligt tillstånd kan den relationella makten användas av den professionella för att uppnå positiva och produktiva effekter. I detta fall, då det redan finns en uppbyggd relation mellan den professionella och klienten, kan den professionella använda sig av den inneboende makten i relationen och visa på omtanke och hoppfullhet (Franzén 2005 s 86f; Swärd & Starrin 2006 s 249f).

Vikten av att ha ett icke-dömande förhållningssätt

Många av våra intervjupersoner lyfter även fram vikten av att ha ett icke-dömande förhållningssätt;

Men genom att ha ett icke-dömande förhållningssätt utan försöka ha en stödjande roll och att vara lite nyfiken, det är viktigt [...] Och så säger man kanske inte att 'Haga-teamet är ett specialteam för er som är missbrukare' utan istället 'Jag vet en barnmorska som är väldigt bra på det här'" (Barnmorska 2).

Detta kan tänkas vara betydelsefullt i alla former av missbruksvård med tanke på att dessa människor kan ha levt under en stark förnekelse under längre perioder samt att de ofta tar distans från missbrukarrollen som tenderar att vara stigmatiserande i samhället. Hur man väljer att lägga fram orden har stor betydelse (Johansson & Wirbing 2005 s 20-21).

Att ha en vägledande roll

De flesta intervjupersoner uttryckte en tydlig arbetsuppgift; att vara vägledande. Det förutsätter förtroende i relationen, att den professionella har fått inblick i klientens situation och på så sätt kan se vad personen behöver hjälp med samt att den professionella tror på klientens förmåga. För att klienten skall följa den professionellas råd krävs förtroende och ett samspel och samförståelse kring vad som är det bästa för den aktuella individen.

Och att bryta ett missbruk, men att hitta andra sätt att leva eller att lösa olika saker på. Man måste ju inte dricka man kan lösa saker på andra sätt också. Att faktiskt visa på. (Kurator 3).

Här kan begreppet pastoralmakt användas för att förstå hur den professionella vägleder klienten. Med ett gott och omtänksamt syfte styr den professionella kvinnan mot det som den professionella anser vara bäst för individen. Eftersom pastoralmakten framträder som mycket positiv och produktiv kan den vara väldigt svår för individen att värja sig mot (Järvinen 2002

s 257f). Kuratorns roll kan också förklaras som styrande då syftet är att styra in klienten mot samhällets normer (Hilte 2002 s 165-176).

Att vara den personen som tror på klienten och dess förmåga när ingen annan gör det uttrycker de flesta av våra intervjuade professionella är viktigt. I arbetet med klienten kan det vara viktigt att på ett tryggt sätt visa vägen och stå för optimism, som den hjälpbehövande personen ofta saknar.

Märker de att de har hittat en person som inte ger upp så märker de att de har hittat någon som tror på att de kan bli drogfria [...] Då kommer det något annat ur dem. (Socialsekreterare 1).

Att gemensamt kunna sätta upp mål, som både professionell och klient kan tro på, kan stärka motivationen hos kvinnan och skapa kontroll och mening (Eide & Eide 2006 s 27ff). Enligt Skau (2007) är det dock viktigt att som socialarbetare vara medveten om makten man besitter i förhållande till klienten. Som professionell har man disciplinär makt genom att man vägleder mot en samhällelig norm, vilket är viktigt att vara medveten om. Därför är det viktigt att mål sätts upp gemensamt. Att inte tydliggöra och vara medveten om den maktobalans som finns i relationen kan ses som en kränkning gentemot klienten då det kan vara lika skadligt att inte använda makten som att missbruka makten (jmf Skau 2007; Järvinen 2002).

Att möta klienterna där de befinner sig, partners delaktighet och en långvarig relation

Att möta de gravida kvinnorna med missbruksproblematik "där de befinner sig" beskriver många av våra intervjuade personer som centralt i sitt arbete. En av våra intervjuade socialsekreterare beskrev den känslighet man behöver ha som professionell i mötet med klienter. I och med att alla människor är olika kan det ta olika lång tid och vara olika svårt att få människor att prata.

Det viktigaste är att man försöker möta dem med respekt och [...]att möta personen där den befinner sig. Bemöt den personen som du bemöter dig själv. Då blir det väldigt bra och oftast väldigt kärleksfullt. (Socialsekreterare 1).

Förstå och sätta sig in i kvinnans tankar och livssituation beskriver många som viktigt. Kunskapsmakt, makten att genom kunskap och erfarenhet kunna definiera någon annans problematik, kan ses som en pastoralmakt. Genom att ha en professionell makt kan klienten styras mot ett, enligt den professionella, lämpligt mål. Pastoralmakt kan även beskriva situationen då den professionella strävar efter att klienten ska delge sin problematik. På så sätt får den professionella möjlighet att styra dem in på den väg som de anser är rätt (jmf Järvinen 2002 s 257f).

Specialistteamet väger även in framtidsaspekten och jobbar med att försöka behålla kontakten med både mamman och barnet även efter graviditeten eftersom de utgår från att stabiliteten tar lång tid att bygga upp. Professionella bär på ett stort ansvar och har en betydande roll i mötet med deras klienter. "Det är väldigt viktiga år att öka stabiliteten, både i föräldraskapet och när det gäller att vara utan missbruk och beroende". (Kurator 4).

Genom långvarigt samarbete mellan professionella och deras klienter kan trygghet skapas, vilket är en förutsättning för att kvinnorna skall kunna genomgå en drogfri graviditet och för

att sedan kunna upprätthålla drogfriheten genom föräldraskapet (Trulsson & Hedin 2004; Gunilla & Nötesjö 1999). Att det professionella stödet fortsätter kontinuerligt även efter förlossningen eftersom de flesta bakomliggande problemen kommer att finnas kvar även då och eftersom att den första perioden som nybliven förälder kan vara ganska tuff är även något som Wright och Walker (2007) och Prentice (2007) framhåller. Den fortsatta kontakten kan fungera som en positiv kontroll som gör att kvinnan uppmuntras till att upprätthålla drogfriheten (Wright & Walker 2007; Prentice 2007).

Samtliga intervjupersoner lyfter fram aspekten om en eventuell partners delaktighet i mötet med de gravida kvinnorna, dock uttrycker de detta på skilda sätt. Inom mödravården är det inte lika naturligt att få partnern delaktig då det endast är kvinnan som är deras målgrupp. Dock uttrycker samtliga intervjuade inom mödravården att de försöker få partnern delaktig genom att den alltid blir inbjuden och att man pratar om vikten av att hjälpas åt och ta lika ansvar. Samtliga informanter framhåller att det är viktigt att ha med tanken om att partnern påverkar kvinnan i hennes strävan att bli drogfri, att kvinnan påverkas av sin sociala omgivning. De flesta intervjupersoner tar upp problematiken kring partners beteende som de ofta erfar. De menar att det ofta är så att partnern kan ställa till det för kvinnorna genom att återfalla i missbruk och att det ofta resulterar i att kvinnan tvingas välja mellan barnet eller partnern eftersom risken att återfalla i missbruk ofta är större om man lever med en partner som missbrukar.

Ja, jag tänker att det är ju jätteviktigt att ha med honom eller henne. Det är ju inte bara kvinnan utan mannen påverkar ju i allra högsta grad. Ska hon vara drogfri så är det ju jätteviktigt att han/hon också får stöd och hjälp. (Socialsekreterare 3).

En av kuratorerna uttrycker att samtal med båda parter är mycket fördelaktigt eftersom man då kan diskutera framtiden tillsammans och man får en bättre helhetsbild men hon betonar att hon bara gör partnern delaktig om det är "helt frivilligt". En annan kurator beskriver att de har jobbat mycket med att partnern skall vilja och kunna vara mer delaktig. Familjecentralen som kuratorn arbetar på har t.ex. lagt vissa föräldragrupper m.m. på kvällstid för att det skall möjliggöra för fler att kunna delta.

Flera studier visar på att det finns skillnader i det sociala stödet vad gäller kvinnligt eller manligt missbruk. Vid manligt missbruk tenderar mannen oftare ha stöd av en icke-missbrukande partner än vad som är fallet för kvinnorna. Det professionella stödet kan därför tänkas vara extra betydelsefullt vid kvinnligt missbruk. Finns det en partner med i graviditeten är det viktigt att beakta att denne i hög grad påverkar kvinnans motivation till ett drogfritt liv (Hilte 2002 s 165 -176).

Att det finns en norm i samhället som handlar om att kvinnor i första hand är ansvariga för omhändertagande av barnet kan kopplas till Foucaults begrepp styrande mentalitet (Hilte 2002 s 165-176). Det är inte självklart att man tar hänsyn till faderns betydelse i sammanhanget. Samtidigt har en förändring skett genom att man tar mer hänsyn till faderns betydelse än förr. Den styrande mentaliteten som maktform har en stark inverkan inom familje frågor enligt Bäck-Wiklund (2012 s 7ff). Styrandets mentalitet har som funktion att reglera och normalisera individers beteenden och handlingsmönster, i detta fall normen för delat föräldraskap.

5.3. Graviditeten som positiv motivationskälla eller försvårande omständighet till drogfrihet?

I våra intervjuer ställde vi frågan om vad som kan vara en motiverande faktor för att avbryta ett missbruk när kvinnan är gravid. Samtliga intervjupersoner var eniga om att graviditeten i sig fungerade som en motiverande faktor, att många kvinnor ville avbryta missbruket för att bli bra föräldrar. Då vi innan intervjuerna hade en uppfattning av att graviditeten hos de missbrukande kvinnorna kunde vara en försvårande omständighet var det intressant för oss att fråga vidare om detta. Det visade sig att de flesta av våra intervjupersoner upplevt att då kvinnan varit gravid och bestämd över att behålla barnet så har det ofta inte inneburit att t.ex. tvång och extra motivering behövts. Det som också framkommer i våra intervjuer är att arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik, på samma gång som motiveringsarbetet kan underlättas av att kvinnan är gravid, måste ses som något komplext där man måste ta hänsyn till två personer (mamman och fostret) samt de många olika frågor kan uppkomma hos klienten.

Graviditet som positiv motivationskälla

Några av informanterna betonar att en graviditet är en speciell tid i en kvinnas liv och mycket händer i kroppen, både fysiskt och psykiskt. De menade att det är en av anledningarna till varför det är en så stark motivationskälla till att göra stora förändringar i sitt liv, så som att avbryta missbruk.

Jag tänker att just när de är i magen så blir det så himla påtagligt, det är ju samma blodomlopp och så liksom. Där tror jag ju att alla överlag ser över sin kropp eftersom man vet att någonting växer inuti. (Socialsekreterare 3).

Att graviditeten är något som många kvinnor ser som en positiv motivationskälla är även något som Trulsson (2002 s 63; 2003a) och Trulsson och Nötesjö (1999 s 54) framhåller i sin forskning. Hennes studier visar att det kan upplevas lättare och mindre hotfullt att söka hjälp för sitt missbruk i egenskap av att vara en blivande mamma. Dessa författare framhåller även att identifiering med andra kvinnor kan vara en förutsättning för att behandling och motivation skall bli effektivare. Både gemenskap mellan missbrukande gravida kvinnor och att den gravida missbrukande kvinnan kan identifiera sig med en kvinnlig (som det vanligtvis är) socialarbetare. Vid en graviditet möter kvinnan många gånger personer som hon eventuellt inte hade mött om inte varit gravid. I kvinnans sökande efter en identitet som blivande mamma kan också tänkas att kvinnan blir mer öppen inför att ta kontakt med personer i liknande situation. Trulsson (1998) talar om att i missbrukarvärlden tenderar många kvinnor att konkurrera med varandra. Att de blir gravida och tyr sig till varandra kan ses som en nyckelsituation som är värd att belysa och ta användning av (Trulsson 1998; Trulsson & Nötesjö 1999).

Att arbeta för att motivera människor att avsluta ett missbruk innebär att man behöver lära känna personen för att kunna hitta motiverande faktorer hos olika individer. Detta innebär en typ av makt som den professionella besitter genom att utnyttja relationen eller inte. En socialsekreterare menar att vad som är motiverande skiljer sig hos olika individer.

Så det är ju det vi försöker hitta hos alla som kommer hit. Alltså det kan vara en längtan inför att skaffa ett jobb, skaffa en relation, eller att man vill bryta någon historik som kommer ifrån föräldrarna eller så

liksom. Ibland kan man använda graviditeten som en motiverande faktor. Men vi arbetar ju inte annorlunda med de här kvinnorna utan det är mer att vi försöker se till situationen. (Socialsekreterare 2).

En annan kurator beskriver att det kan vara positivt att kvinnan är gravid för att det på så sätt går att använda sig av det i motivationsarbetet. Hon menar att det är viktigt att ta till vara på den kraften som finns i att kvinnan vill förändra sig för barnets skull.

Men det är ju en ändå ett viktigt skeende att komma in när de flesta är motiverade då. Att då kan man ju nå dem också, och att man får liksom använda sig av det också [...] Att stärka dem, och visa att man tror på att de har resurser, att de kan bli en bra mamma. (Kurator 3).

Hilte (2002 s 165-176) beskriver att genom att den professionella förmedlar en bild, av att den tror på att kvinnan själv kan förändra sin situation, implementeras även den uppfattningen hos kvinnan själv. Genom att organisationen och den professionella står för och förmedlar en viss ideologi och syn på kvinnan så skapas en subjektform hos kvinnan som speglas i hur hon lärt sig och nyttjar olika typer av självregleringstekniker. Dessa självregleringstekniker kan avspegla sig i kvinnans motivation (Hilte 2002 s 165-176).

Graviditeten som försvårande omständighet

En kurator på barnmorskemottagning menade att det är vanligt att många kvinnor har tron att bara de får barn så blir allt bra. Det kan innebära en försvårande omständighet i arbetet. En av kuratorerna som arbetar på barnmorskemottagning menade på att det är viktigt att försöka tala om de olika situationer som kan uppstå i det framtida föräldraskapet för att de blivande föräldrarna skall få en realistisk bild och kunna förbereda sig på föräldraskapet.

Ingen tror ju att man skall börja igen, så det är ju det här att försöka prata om det, vad skulle hända om det var så att det skulle börja igen [...] Att försöka sätta sig in i olika situationer helt enkelt, vad som kan hända? (Kurator 2).

I denna situation besitter kuratorn makt. Det kan tolkas som att man som professionell behöver vara steget före och ibland kunna förutse situationer. Som professionell har man makt genom att man har tillgång till mer kunskap då de båda parterna befinner sig på den professionellas fält vilket skapar en ojämlikhet. Man har även pastoral och disciplinär makt genom att man kan leda in den hjälpsökande på den väg som man anser är bäst (Järvinen 2002 s 257f).

Samma kurator uttrycker också att det kan innebära en försvårande omständighet att den gravida kvinnan med missbruksproblematik ofta har dåliga erfarenheter av att söka hjälp. Hon menar att det annars finns en risk att personen inte söker den hjälp som den kanske skulle behöva. Kuratorn menar att personen kanske inte är medveten om att den har ett missbruk eller riskbruk och det kan vara väldigt skambelagt att blotta ett missbruk och visa att man behöver hjälp. Kuratorn menar också att eftersom mödravården är frivillig och ingen tvingas dit vid graviditet så finns risk för att de med grovt missbruk aldrig går dit eftersom de antagligen då är rädda för att inte själva få ha kontroll över graviditeten utan istället kanske bli tvångsomhändertagna.

De som det verkligen har funnits en oro för, de har verkligen inte kommit [...] Och så har man dåliga erfarenheter kanske, att man tror att nu ska de ta mitt barn bara för att jag har druckit [...] Det gör att man liksom blir rädd för att söka den hjälp som man kanske skulle behöva få. (Kurator 2).

Samtliga av våra intervjuade professionella har inställningen att de flesta gravida kvinnorna inte vill ha ett ha ett aktivt missbruk under graviditeten. En av socialsekreteraren uttrycker att de flesta blivande mödrar, missbrukare eller inte, är måna om att göra graviditeten så bra som möjligt för det väntade barnet. Hon anger också att många gravida kvinnor med missbruksproblematik kan uppleva en rädsla och tveksamhet för att bli mammor. På så sätt kan det innebära en försvårande omständighet i arbetet med att arbeta motiverande med målgruppen. Samtidigt som många gravida kvinnor med missbruksproblematik är övertygade om att det nya barnet kommer att bli deras vändpunkt så finns ofta en parallell ambivalens inför att bli förälder och det medkommande ansvaret och oron som måste bemötas. En kurator menar också att personer som missbrukar känner en större press över att bli bra föräldrar eftersom samhället ställer större krav på dem.

Alltså de är mer rädda för att de ska ha skadat barnet och för att de inte ska vara dugliga föräldrar [...] En förälder som har haft missbruksproblem har ögonen på sig på ett annat sätt. Det kan räcka med att vi ringer till dem på morgonen och de är nyvakna och svarar lite groggy så undrar man på en gång vad som har hänt [...]. (Socialsekreterare 1).

En annan kurator uttrycker att de känslor som kvinnan kan känna inför graviditeten inte alltid är realistiska. Många kvinnor är övertygade om att detta kommer bli deras vändpunkt men kanske inte inser vilket arbete och vilka svårigheter det kommer att innebära. Vår intervjuade kurator uttrycker det som en viktig uppgift att vara ett stöd under hela processen och möta kvinnan i hennes olika känslouttryck. Men hon menar också att det är viktigt att visa kvinnan den realistiska nivån och samtidigt som professionell finnas som ett kontinuerligt stöd för kvinnan.

Vi försöker möta kvinnan i hennes glädje, i hennes förväntan men [...]försöker långsamt och varligt att, hålla henne i handen så att hon under resans gång blir lite realitetsanpassad [...] Och att när hon då, smärtsamt upptäcker att, hon står inför många svårigheter, då är hon inte ensam i det. (Kurator 4).

Här tänker vi oss att den professionella har pastoralmakt. Genom att visa vägen genom tillit kan man styra klienten att reflektera över vad som är bäst för denne själv. Den professionella har samtidigt makt gentemot klienten genom kunskap. Normen är i det här fallet att det skall bli bra för barnet, missbruk hör inte ihop med det goda föräldraskapet (jmf Järvinen 2002 s 256ff; Swärd & Starrin 2006 s 253; Hilte 2002 s 165-176).

5.4. Balansgången mellan kontroll och stöd

I våra intervjufrågor utgick vi från ett antagande att förhållningssättet i mötet mellan den professionella och den gravida kvinnan med missbruksproblematik kan innebära en

balansgång mellan kontroll och stöd. Våra intervjupersoner framhöll detta på olika sätt i intervjuerna. Bland annat framkom att det kan vara svårt för kuratorn då den inte har någon "myndighetsmakt", eftersom allt bygger på frivillighet från klientens sida. Några av intervjupersonerna som arbetade som kuratorer och därmed inte hade någon myndighetsutövning, beskriver att de inte har någonting att dra i, att de inte kan göra så mycket om personen i fråga inte vill. Andra intervjupersoner menade att kontrollfunktionen också var en viktig del i att hjälpa någon, genom att t.ex. regelbundet ta urinprover. Det kan också vara ett sätt att visa att man bryr sig om kvinnan och barnet. Kuratorerna i vår studie påpekade även att de upplevde att arbetstiteln kurator var en fördel i deras arbete eftersom det har en mindre hotfull klang än socialsekreterare.

Inget att dra i – nackdelen med att inte ha myndighetsmakt

Många av kuratorerna uttryckte att de upplevde att de inte hade något att "dra i" när det gällde att få kvinnorna att komma till dem då de professionella tyckte att de behövde hjälp. Eftersom kuratorer inte har någon myndighetsmakt har de ej någon möjlighet att utöva tvång eller inte heller någon skyldighet att göra allt de kan för att få kvinnorna att komma på t.ex. samtal eller få annan hjälp. En kurator uttryckte att det inte fanns så mycket att göra om personen, som t.ex. barnmorskan upptäckt har ett missbruk, inte vill gå i samtal hos kuratorn; "Vill man inte så vill man inte..." (Kurator 2). Kuratorsarbetet bygger på frivillighet från klienternas sida och kuratorer har ingen skyldighet att dokumentera och föra journal. En annan kurator uttrycker det så här:

Jag har inget mandat att de måste komma [...], jag har inget liksom någonting att dra i [...] Alltså man kan ju inte tvinga någon att prata heller. (Kurator 3).

Det sociala arbetet innebär att den professionella får handskas med balansgången mellan att respektera klientens självbestämmanderätt och att ge klienten det de behöver för att minimera deras lidande. Denna balansgång är svår och risken är att den professionella hamnar i någon av ytterligheterna att man antingen kränker individens integritet eller att för mycket ansvar läggs över på klienten (Billinger 2000, s 201). Att för mycket ansvar läggs över på individen med intentionen att man har stor respekt för klientens självbestämmande kan mynna ut i underlåtenhetsmakt. Att man ser problemen men sedan, genom att man "inte har något att dra i", inte kan eller försöker göra någonting (jmf Swärd s 256f & Starrin 2006; Skau 2007). Det handlar såklart om ramarna för professionen men vi tänker att det också kan innebära en känsla av maktlöshet hos den professionella om man ser till det man inte har redskap att göra eller så kan det leda till att klienten känner sig kränkt (jmf ibid).

Bristen på myndighetsmakt som en fördel i arbetet med målgruppen

De olika professionernas arbete är olika kontrollstyr. Makt kan vara skadligt i båda ytterligheterna, det är en balansgång mellan kontroll och stöd. Båda rollerna fyller viktiga funktioner. Det är viktigt att det finns olika professionella runt den gravida kvinnan med missbruk, både de som har en kontrollerande roll och de som har en mer lyssnande och stödjande roll, vilket stödjer tanken om att samverkan är betydelsefullt för den här målgruppen vilket analyseras vidare i kapitlet om samverkan.

De två kuratorerna i vår studie som var placerade på mödrahälsovården uppgav att de trodde att det fanns en fördel i att de inte hade sina samtalslokaler placerade i samma byggnad som socialtjänsten. De upplevde att bristen på myndighetsutövning i deras arbetsroll snarare kunde

vara en fördel i deras möte med den aktuella målgruppen i och med att man lättare kunde bygga upp en förtroendefull relation.

En kollega som arbetade här tidigare [...] hon kallade sig nog socialsekreterare ett tag men så bytte hon också till kurator för att det låter mindre hotfullt. Men socionom är ju lite vagt [...] kuratorn har mer folk en bild av att det är någon som lyssnar och som är snäll, man har en mer stödjande funktion. (Kurator 2).

Citatet ovan kan analyseras med hjälp av begreppet pastoralmakt. Att ändra arbetstiteln är ett sätt att få klienten att känna mindre motstånd inför att tala om sin problematik. Det är först när klienten söker hjälp och bekänner sin problematik som pastoralmakten kan användas i syfte att hjälpa men också kontrollera individen. Det gör att klienten kan styras in mot samhällets normer (Järvinen 2002 s 257f; Hilde 2002 s 165-176).

Av våra intervjupersoner är det barnmorskorna och kuratorerna som uttrycker att de inte har myndighetsmakt och att de upplever att det är en fördel. Många av dem menar att det gör att det inte blir så laddat att gå till mödravårdscentralen för att besöka kuratorn eller barnmorskan.

Det vi gör här är graviditetsrelaterat [...] jag gör inga kontroller eller så. Och det är en fördel med det också [...] det är liksom så att det inte blir så laddat att komma hit utan att komma till mig blir oftast väldigt positivt. (Barnmorska 1).

Trulsson (1998) skriver om att den gravida kvinnan ofta ser till mödravården med tilltro. Kvinnan upplever det ofta lättare att berätta om sitt missbruk inom sjukvården än i sammanhang där socialtjänsten är inblandad eftersom det ofta förknippas med att de skall ta hennes barn. Det framstår som mindre stigmatiserande att söka hjälp i egenskap av mamma istället för missbrukare (Trulsson 1998). Mödravården är den instans som oftast uppmärksammar målgruppen och att denna kontakt känns positiv för kvinnan kan tänkas vara viktigt i arbetet med att uppmärksamma kvinnorna så tidigt som möjligt (jmf Socialstyrelsen 2007a s 22; Socialstyrelsen 2007b s 179ff).

En annan barnmorska beskriver att det är en utmaning att lägga fram att man tänker koppla in specialistmödravården. Hon menar att det är lätt att känna sig besvärlig då man tar upp att personen behöver extra stöd eftersom det är mycket skam och skuld förknippat med missbruk.

Man vill ju göra gott men man kan kunna sig besvärlig i det här med att ta upp specialistmödravårdsteamet [...] Det är ju mycket skuld och skam förknippat med missbruk och det är ju det här som jag pratat mycket om, att inte vara dömande. (Barnmorska 2).

I vårt samhälle tenderar vi att alltmer gå ifrån dåtidens kontrollfokuserade och disciplinerade organisationer till mer stödbaserade organisationer som lägger fokus på individuella behov (Skau 2007, s 79). I takt med att vårdtagarna ges större frihet kan man även urskilja att mer ansvar läggs på den enskilde. Detta kan även ibland leda till en yrkesförvirring bland de professionella, nödvändig maktutövning kan ibland kännas obekvämt för både yrkesutövaren och klienten, framförallt när man jobbat på att bygga upp en förtroendefyllt relation. Makten

har stor betydelse i relationen och den kan mynna ut i både stöd och kontroll. Man kan vara rädd att relationen skall förstöras och hindra fortsatt arbete (Skau 2007 s 78f). En god relation är samtidigt förutsättningen för att kontroll skall vara genomförbart med goda resultat. Genom att klienten känner förtroende för den professionella kan ett samarbete skapas som möjliggör förändrings- och motivationsarbete. Förhållningssättet gör att kontrollen eventuellt inte upplevs lika hotfullt och påträngande för kvinnorna (jmf ibid; Billinger 2000).

Kontrollfunktionen är viktig

En medvetenhet i hur man bemöter målgruppen uttrycks i intervjuerna som en förutsättning för att ha möjlighet att hjälpa målgruppen. Några intervjupersoner uttrycker att makt i relationen är oundvikligt och ett viktigt verktyg för att kunna hjälpa klienten. En intervjuad beskriver att man som professionell besitter både en makt gentemot klienten och att man också genom klientkontakten har makt i mötet med de som är ens överställda. Att ha makt, genom att man kan uttrycka vad man tror blir bäst för klienten är en fördel för att kunna få igenom det som blir bäst för klienten menar en socialsekreterare.

Man sitter ju med en oerhörd makt när man jobbar som socialsekreterare och jag brukar säga lite sådär att jag älskar den makten för att jag kan använda den och hjälpa min klient. (Socialsekreterare 1).

Många av våra intervjupersoner har uttryckt antingen att de upplever att det är svårt att nå personer som kanske skulle behöva hjälp eftersom man inte kan tvinga någon till det. Några av våra informanter (specialistteamet, socialtjänsten och en av barnmorskorna) uttrycker istället att kontroll, genom t.ex. urinprover, kan vara ett viktigt steg för att hjälpa någon. En kurator uttrycker att det är viktigt att vara tydlig med vad det innebär att gå hos specialistteamet.

Genom att gå här men hon måste också redan från början ställa upp på en överenskommelse, ett slags kontrakt. Och där står det också sådana saker som att när man går här så lämnar man urinprover för att få en dokumenterad drogfri graviditet [...] Och då har ju hon tackat ja till det och hon vet ju om att här kan hon få mycket stöd men hon kan inte själv diktera villkoren för det. (Kurator 4).

Kurator 4 menar också att de flesta av de kvinnorna som hon möter som kurator inom specialistmödravården aldrig fått träna sig i att känna ansvar utan de har genom livet lärt sig att manipulera sin omgivning för att "trixa sig fram". Skau (2007 s 35) framhåller att det är en förutsättning att vara medveten om och tydliggöra maktdimensionen i förhållandet för att kunna utmana den. Det kan tolkas som en disciplinär och pastoral makt att utgöra en sådan kontrollfunktion som i exemplet ovan. Syftet är att skapa struktur i vardagen för klientens bästa men även för att skapa kontroll över individen (Järvinen 2002 s 257f). Detta kan även sättas i relation till en samhällsrelig kontext där normen i vårt samhälle är att det är viktigt med struktur och tider. Socialarbetaren har makt att bedöma vad som är "rätt" för individen (jmf Swärd & Starrin 2006 s 254). Även Foucaults relationella maktbegrepp kan användas för att analysera ovanstående resultat. Utifrån perspektivet att makten formas och verkar genom relationer har den professionella möjligheten att få sin vilja igenom även om det skulle gå emot klientens vilja (jmf Franzén 2005 s 86f). Det kan vara en förutsättning att relationen mellan den professionella och klienten är god för att en sådan maktutövning skall tas emot på rätt sätt och mynna ut i bra resultat för klienten, att det ger möjlighet för kvinnan att bli kvitt

sitt missbruk. Kontrollerna är viktiga för att få kvinnan att själv inse sin problematik samt ta makten över denna (jmf Billinger 2000).

Kurator 4 menar även att kontrollfunktionen kan medföra att de professionella står som en stödjande och hållande struktur kring kvinnan. Hon menar att det är viktigt att de professionella står för en kombination mellan kontroll, struktur och stöd, eftersom många av kvinnorna som missbrukar har levt liv som saknat struktur. Hon menar att det är viktigt att hjälpa kvinnorna att hålla ihop och att hålla om dem genom att vara ett team. Kurator 4 menar att det är viktigt att kvinnan får lära sig att följa rutinerna, "ha fasta regelbundna tider" för att "det hållande teamet" skall fungera. Hon uttrycker även att om kvinnan inte skulle dyka upp på en tid, utan att ha gett återbud och ett giltigt skäl till att utebli "då går vi igång och jobbar direkt. Så vi gör mycket sådant osynligt arbete." Wright och Walker (2007) och Prentice (2007) menar att ett omhändertagande team och system runt kvinnan kan påverka motiveringsarbetet positivt. Den specialiserade hjälpen som kvinnan kan få genom den samverkan som blir möjlig genom specialistteamet kan påverka motiveringsarbetet positivt (jmf Wright & Walker 2007; Prentice 2007).

5.5. Samtal kring avbrytande av graviditet

I våra intervjuer framkom att en viktig del i arbetet med de gravida kvinnorna med missbruksproblematik var de så kallade ambivalenssamtalen. Majoriteten av våra intervjupersoner ansåg att dessa samtal där det diskuterades kring ett eventuellt avbrytande av graviditeten var nödvändiga i syfte att få kvinnan att komma ner på jorden och ta välgrundade beslut. Det går att urskilja att arbetsmetoderna samt hur man talar om abortfrågorna skiljer sig åt mellan våra intervjupersoner. En kurator som arbetade på mödrahälsovården samt kuratorn på vuxenheten samtalade om att ambivalenssamtalen var viktiga men de var även noga med att påpeka vikten av att vara försiktig i samtalen så att dessa inte upplevdes kränkande för klienten. De två barnmorskorna i vår studie, kuratorn på specialistmödravården samt två socialsekreterare talade mer om att det många gånger var nödvändigt att konfrontera kvinnan och att som professionell inte vara rädd för att gå in i obekväma diskussioner med kvinnan. Intervjupersonerna talade om vikten av att inte blunda inför de problem som kan uppstå vid en graviditet i samband med missbruk samt att det var betydelsefullt att i samtalen ge kvinnan en realistisk syn på verkligheten och föräldraskapet.

En socialsekreterare berättar exempelvis om ett par möten med unga kvinnor som haft ett pågående missbruk i kombination med psykisk ohälsa. Socialsekreteraren menade att fallen var extra problematiska eftersom de inte hade någon utbildning och förankring på arbetsmarknaden och därför var det osäkert vilka förutsättningar de skulle kunna ge sina barn.

Sen vill ju inte jag sitta och säga till klienten i fråga att du borde göra abort. Även om jag sitter med den känslan så är det ju jätteviktigt att klienten får fram det förankrat hos sig själv. Sen kanske jag styrde lite med frågor åt det hållet och nämnde det som alternativ och så men de kom ändå själva fram till att abort var det bästa. (Socialsekreterare 2).

Ovanstående resultat kan analyseras med hjälp av Foucaults begrepp om kunskapsmakt (Swärd & Starrin 2006 s 253). Socialsekreterarens kunskap om att barnet eventuellt kommer bli omhändertaget efter födseln samt tidigare erfarenheter om hur förutsättningarna ser ut för kvinnor i liknande situationer ger indirekt en makt över att föreslå vilka insatser som är bäst för kvinnan. Kvinnans fria beslutsrätt lyfts fram samtidigt som underliggande tankar och

uppfattningar hos den professionella går att urskilja. Det kan tänkas vara kränkande att som rådfrågande klient medvetet eller omedvetet styras av den professionellas tankar och värderingar. I synnerhet då klienten aldrig kommer kunna överklaga bemötandet vid ett senare skede eftersom beslutsfattandet trots allt har lags över på klienten. Denna ansvarsförskjutning bidrar på ett sätt till att den professionella ges möjligheten att hålla ryggen fri (Swärd & Starrin 2006 s 253 f). Resonemanget kan även analyseras med hjälp av Foucaults begrepp om pastoralmakt som blir tydligt i sammanhanget. I och med att pastoralmakten till sin grund är välvillig och till för att hjälpa klienten kan det för den enskilde vara svårt att värja sig emot den och protestera (jmf Järvinen 2002 s 257f; Skau 2007 s 35f). Syftet med ambivalenssamtalen kan tänkas vara att den professionella ska få kvinnan att själv reflektera över sin livssituation samt få henne att utveckla så kallade självregleringstekniker som har till syfte att styra in kvinnan mot en livsstil som bättre motsvarar samhällets normer. Det bemötande som kvinnan får och den bild av problematiken som förmedlas genom den professionella till henne formar hennes självregleringstekniker och påverkar hur hon väljer att hantera situationen (jmf Hilte 2002 s 165-176; Järvinen & Mortensson 2003 s 14).

Två kuratorer i studien tar upp att det är betydelsefullt att vara finkänslig i samtal som rör abort med kvinnorna. Båda talar om ambivalenssamtalen som ett känsligt ämne och att det är viktigt att inte inverka allt för mycket i hur kvinnan borde gå tillväga.

Det är klart att man tar upp det. Eller kanske inte med alla, jag kan inte precis säga att 'Har du funderat på abort?' Men man kan ju prata i termer som att, när man förstår att de kanske inte är riktigt nöjda att 'har du tänkt någon gång att du inte skulle behålla?' Man får ju vara oerhört försiktig med det. För det kan ju uppfattas som att, 'hon sa till mig att jag skulle'. Det kan ju tolkas väldigt olika. (Kurator 2).

Samtidigt som ämnet är viktigt och värt att belysas är kuratorerna av uppfattningen att samtalen ska behandlas med försiktighet eftersom kvinnorna annars kan uppfatta bemötandet som kränkande. Kuratorerna påtalar alltså att de har en mer allmänt rådgivande roll där de är noga med att inte blanda in för mycket personliga värderingar i samtalen med kvinnorna, utan att mer fungera som bollplank för alla de känslor och rädslor som kvinnan kan tänkas bära på;

Det är ju väldigt speciell period när man är gravid och väntar barnet och med förväntningar och rädsla [...] 'Kan jag ta hand om mitt barn, duger jag?' och en mängd olika frågor. Det beror ju på vad hon har med sig... Om hon är trygg i sig själv eller om hon är osäker. Och en del har ju vacklat och funderat på abort många gånger fram och tillbaka och sedan bestämmer de sig för att behålla det. (Kurator 3).

Barnmorska 2 talar däremot om att det är en viktig del i arbetsrollen att gå in i situationer som kan kännas obekväma. Till skillnad från vad tidigare nämnda kuratorer talar om är det för barnmorskan viktigt att inte vara för försiktig utan att det är nödvändigt att konfrontera kvinnan när det behövs samt att möta henne i hennes ambivalens.

Vi får aldrig tulla på att det är kvinnan som fattar sitt beslut men man får heller inte vara för försiktig och för rädd för att gå in i de diskussionerna med kvinnan och låta henne få reflektera över situationen. Det är vår skyldighet. Är det så bra att det kommer ett

barn som dels riskerar att vara skadat redan när det föds... och sedan hela den sociala situationen? Att barnet får en uppväxt med en mamma som kanske återfaller o.s.v. (Barnmorska 2).

Det går alltså att urskilja vissa skillnader i hur de olika intervjupersonerna förhåller sig när de pratar om abortfrågor med kvinnorna. En förklaring kan tänkas ligga i barnmorskornas arbetsroll där det finns ett naturligt fokus på det kommande barnet. Missbrukets skadeverkningar på graviditeten kan tänkas bli mer påtagliga för barnmorskorna och kuratorerna som arbetar på mödra-barnhälsovården än vad som är fallet för exempelvis kuratorerna och socialsekreterarna som arbetar på socialförvaltningen. I barnmorskans uttalande finns en antydning till att hon i vissa fall anser att ett avbrytande av graviditeten kan vara bäst för barnet. Detta kan ses som en personlig värdering som påverkar hur abortsamtalen utformas. Järvinen & Mortensson (2003 s 9ff) belyser detta genom att de är av uppfattningen att sättet socialarbetare värderar och benämner sina klienters problematik ofta är en avspeglning av den professionelles egna värderingar. Att bemötandet baseras på personliga tankar och erfarenheter hos den professionella innebär att det skapas en asymmetrisk maktrelation mellan den professionella och klienten eftersom den professionellas åsikter ofta har tolkningsföreträde (Järvinen & Mortensen 2003 s 9ff).

Som professionell är det viktigt att ha kännedom om samt förståelse för kvinnorna och deras missbrukskaraktär. Att besitta kunskap om en viss problematik och på så sätt ha "försprång" i relationsbyggandet innebär en makt (jmf Skau 2007 s 57f). Som professionell är det viktigt att vara medveten om detta och veta hur man på bästa sätt skall kunna stötta upp dessa kvinnor. Dock finns det en risk att man generaliserar kunskapen på alla individer och utgår från att alla har samma behov. Att ambivalenssamtalens utformning ses som en självklar och nödvändig del i många av våra intervjupersoners arbete med kvinnorna kan till viss del tyda på förutfattade tankar om målgruppen som i vissa fall kan leda till en kränkning av klienten (jmf Skau 2007 s 93ff).

Majoriteten av våra intervjupersoner talar om att man ibland kan behöva ta upp abortfrågan med kvinnorna vid ett flertal tillfällen, för att verkligen skapa en diskussion kring det. Detta beror på kvinnan många gånger har en orealistisk syn på föräldraskapet och det finns ofta en tendens att kvinnan tror att graviditeten ska bli lösningen på hennes problem. De professionella har ofta en utgångspunkt i att många kvinnor är oförmögna att fatta genomtänkta beslut kring deras graviditet och därför behöver hjälp med det.

Sedan så säger ju vi aldrig att kvinnan ska göra abort, men man kan ha en dialog och en diskussion om det, om hur de tänker och vad som är rimligt så. [...] Och det kan man ju ibland behöva göra både en och två gånger för att kunna diskutera kring det så. För då kan det ju vara så precis när man är i början av graviditeten, då kan man tänka att 'Nu är jag gravid, nu kommer detta att kunna lösa alla mina problem' och så kanske inte det är så verklighetsförankrat. (Barnmorska 1)

En kurator berättar även att det är viktigt att ta upp och värdesätta ambivalenssamtalen tidigt i relationen med kvinnan;

Vår erfarenhet säger oss att när de här kvinnorna på ett väldigt snabbt och enkelt sätt i början av kontakten här säger att det är inget att snacka om och att de skall ha det här barnet... att om de bara får en

bebis att ta hand om så kommer det att fylla dom. Då försöker vi säga till de här kvinnorna att vi ändå tycker att det är viktigt att prata igenom det, för att det är ju ett stort och svårt beslut. (Kurator 4).

Intervjupersonen talar även om att det är viktigt att diskutera tankar kring abortfrågor även om kvinnan till en början verkar vara besluten om att behålla barnet. Detta på grund av kvinnan i takt med att graviditeten fortskrider ska känna att hon har fattat i välgrundat beslut. Enligt intervjupersonen finns annars en risk att hon i ett senare skede ångrar sig och eventuellt känner att hon inte har fått utrymme att tala om sin ambivalens.

Om vi hade hoppat över att ge utrymme för det här samtalet som vi kallar ambivalenssamtal, det vill säga om hon skulle avbryta eller fortsätta graviditeten. Om vi inte hade pratat med henne om det, då skulle hon ju med rätta kunnat säga så till oss när hon var i graviditetsvecka 25 att 'Varför pratade ni inte med mig om det, jag var ju helt blockerad?' 'Ni borde väl ha tagit upp det med mig och tvingat mig att tänka igenom det?' (Kurator 4).

Ovanstående resultat kan jämföras med Billinger m.fl. studie "Vägen till verkligheten" (1986) där hon just belyser att gravida kvinnor med missbruksproblematik många gånger kan ha en orealistisk syn och förväntning på föräldraskapet. Enligt hennes studier finns det ofta en parallell ambivalens hos kvinnan där hon å ena sidan ser graviditeten som en positiv vändpunkt i livet samtidigt som den bidrar till en stark oro och rädsla. Ambivalenssamtalen har alltså till syfte att hjälpa kvinnorna att skapa en klar bild över deras situation och möjligheter. Detta kan ses som extra betydelsefullt när det handlar om personer med missbruksproblematik eftersom de många gånger har lever under självförnekelse (Johansson & Wirbing 2005 s 20-21). Det finns en tendens till kvinnorna föredrar att stoppa huvudet i sanden och undervärdera sin problematik inför sig själv och andra (jmf Johansson & Wirbing 2005 s 20-21; Billinger m.fl. 1986). Som professionell kan det därför tänkas viktigt att stå på sig och inte ta efter kvinnornas tendens att blunda för problematiken vilket annars i sin tur riskerar att mynna ut i underlåtenhetsmakt (Svärd & Starrin 2006 s 254f). Dock belyser även Billinger m.fl. (1986) att en alltför ifrågasättande attityd till kvinnans graviditet i form av abortsamtal m.m. kan leda till känslor av motstånd hos kvinnan samt ett behov av att få bevisa att omgivningen har fel.

Historiskt sett har det funnits starka intressen från samhällets sida att påverka föräldraskap och familjeliv och än idag finns relativt tydliga normer för hur ett gott föräldraskap ska se ut. Genom styrning (styrandets mentalitet) har de professionella som syfte att normalisera och reglera individers handlingsmönster för att de bättre skall passa in i samhällets normer (Bäck-Wiklund 2012 s 5-21). Trulsson (2006 s 171ff) talar om att det finns en diskurs i samhället där missbruk och föräldraskap står i direkt motsats till det goda föräldraskapet. Klientgruppen tenderar ofta att vara stigmatiserade i samhället och detta kan till viss del även påverka hur målgruppen blir bemötta i sitt hjälpsökande. Resonemanget kan analyseras med hjälp av Bourdieus begrepp om fält och doxa. Föreställningen om att missbruk och barn inte hör ihop kan betraktas som ett fält. Det innebär alltså att doxan hos de professionella innebär en uppfattning om hur den här klientgruppen är och betar sig. Gällande ambivalenssamtalen kan man betrakta det som att de professionellas doxa innebär en uppfattning om att klientgruppen inte är kapabla till att fatta egna rationella beslut (jmf Järvinen 2002 s 256f; 1998).

5.6. De professionellas beskrivning av samverkan

I det här kapitlet ämnar vi redogöra för större delen av vårt resultat och vår analys utifrån frågeställningen om hur de professionella ser på samverkan. För att besvara frågeställningen ställde vi frågor till de professionella om hur samverkan ser ut och hur de tycker att den fungerar i våra intervjuer. De intervjupersoner vi pratat med har varit inblandade i olika typer av samarbete. Mödravårdscentraler och socialtjänsten i Göteborgsområdet och Södra Bohuslän har nära samarbete och lagstadgad skyldighet att samarbeta med Specialistvårdsteamet i Göteborg.

I vår studie har vi genom våra intervjuer funnit ett antal faktorer som våra intervjupersoner framhåller påverkar samverkan. Många av dem konstaterar att placeringen av de olika samverkande instanserna och personerna är relevant för hur samverkan fungerar. De menar att samverkan underlättas av att man befinner sig på samma plats och att det har större betydelse än att man tillhör samma förvaltning. Många av dem anser även att samverkan underlättas av att man har ett ansikte och en röst på de personer som de behöver ha kontakt med för samverkan. Resultaten av studien visar också på att intervjupersonerna framhåller att det både finns för och nackdelar med att ha en professionell roll som befinner sig mellan organisationer samt att det är en viktig uppgift för att samverkan skall fungera att avdramatisera socialtjänsten. I intervjuerna kommer skilda budskap fram om hur tydliga riktlinjerna för hur samverkan kring gravida kvinnor med missbruksproblematik är.

Platsbundenhet

En av kuratorerna som arbetade på MVC/BVC uttryckte att en underlättande faktor kunde vara att befinna sig på samma plats som de samverkande parterna, barnmorskorna i detta fall. Kuratorn menar att kommunikationen underlättas av att vara nära varandra. Samverkan kan underlättas genom att vara delaktig i olika team och på så sätt få möjlighet att träffa de olika samverkande parterna.

Jag kan säga att om jag hade varit på socialkontoret så hade det inte alls varit samma utan det är viktigt att vara här [...] Man kan titta in om man ser att dörren är öppen. Och så tänker jag att jag är med på lite olika team, även om det blir lite splittrat för mig så är det ganska bra, jag är med på socialkontoret, jag är med på teamet här för BVC och jag är med på MVC team som vi har. Sådant där är ju väldigt bra så att man ses i olika sammanhang. (Kurator 2).

En annan kurator beskriver att samverkan kring målgruppen underlättas av att vara under samma tak som barnmorskorna på så sätt att föräldrar, som besöker familjecentralen, som kuratorn annars inte skulle fått kontakt med lättare kan nås. Föräldrarna kan också lättare nå kuratorn i och med att ett besök på barnavårdscentralen ofta inte upplevs som lika hotande eller utsatt som ett besök på socialkontoret menar kuratorn.

Ja det är ju egentligen mer en fråga om att sköterskorna slussar över dem då. Ofta är det BVC-sköterskan som kommer hit med föräldrar och barn och att man presenterar lite hur man jobbar och hur det ser ut och hur det fungerar. (Kurator 1).

En av socialsekreterarna menar att det är en fördel gentemot större städer att vara en liten kommun eftersom man då lättare känner till varandras arbeten. Det kan bidra till att det blir

en mer ”naturlig kontakt” (Socialsekreterare 3). På mindre orter blir samverkan en mer naturlig del av arbetet vilket eventuellt kan göra att tydliga direktiv inte blir lika nödvändiga som på större orter. En SOU - rapport framhåller också att samverkan underlättas då samverkansparterna opererar under samma tak. Det underlättar kommunikationen, kan göra rollfördelningen tydligare och lättare att dubbelt arbete utförs (SOU 2011:35 vol 2 s 685f).

Personbundenhet

Flera av våra intervjupersoner menade att en faktor som underlättade samverkan var om man kände till personerna som man behövde ha kontakt med. Det framgår genom intervjuerna att det upplevs som en trygghet att ha ett ansikte och en röst på den personen man skall ha kontakt med för att samverkan skall underlättas.

Det är ju mycket personbundet och att man har någon man tänker på eller att henne pratar jag med eller att dit kan jag ringa. På det sättet är det ju en fördel, jag har ju jobbat länge inom kommunen, men det är klart: byter det folk så försvinner ju den kunskapen. (Kurator 3).

Kurator 2 uttrycker att det har betydelse hur länge man jobbat inom t.ex. stadsdelen; “att man kan de olika kanalerna och vet vart jag skall vända mig”. Kullberg och Danermark (1999 s 10f) menar att personkemi kan ha betydelse för samverkan, men att det inte står som ensam förutsättning. Författarna menar att samverkansproblemen lätt reduceras till den psykologiska nivån och att det finns en föreställning om att bara de inblandade kommer bra överrens så löser det sig. I en rikstäckande undersökning utförd år 1993 framkommer, enligt Alaby (1993 s.6 i Danermark & Kullberg 1999 s 10)), att 85% av representanterna för landets kommuner helt eller delvis instämmer i påståendet “samverkan mellan människor i olika organisationer kan uppnås bara man vill, det handlar mest om person”. Det är dock troligt att god samverkan bygger på många andra, exempelvis organisatoriska, förutsättningar (ibid).

Skilda professionella roller

Förutsättningen för samverkan är att rollerna är tydligt uppdelade och uppgifterna tydligt fördelade enligt Danermark & Kullberg (1999 s 53f). Då de olika professionella mer eller mindre tydligt kunde uttrycka sina roller kan man tänka sig att detta kan skapa hinder för goda samverkansmöjligheter. Hos socialtjänsten där arbetsrollernas omfattning inte är lika tydliga kan det tänkas vara svårare att avgöra i vilket skede man är i behov av att koppla in andra kompetenser och professioner, medan i mödrahälsovården där arbetet är mer avgränsat blir det mer tydligt när man behöver hjälp från andra håll. Andra faktorer som några av de intervjuade uttryckte kan hindra samverkan är att det finns olika tank inom olika organisationer vilket kan göra kommunikationen svårare.

Det är den högsta önskan på barnmorskemottagningen. Att man har någon person på socialkontoret som man kan samverka med. För t.ex. i vår kommun så finns det ju en socialtjänst och en mödravårdscentral, hur svårt kan det vara egentligen undrar man. Jag tror att viljan finns [...] men det finns även många hinder; det här med att man inte har samma organisation och tänk mellan de olika organisationerna. Men det är ju ändå så att gravida kvinnor med missbruksproblematik ska vara högprioriterade. Så vi längtar verkligen efter samarbete men vi har inte det på det sättet. (Barnmorska 2).

Att ha en mellanroll

De 4 kuratorer vi intervjuat har olika uppdragsgivare. Det kan skilja sig om man är anställd av primärvården eller inom socialtjänsten. De kuratorer som var anställda inom socialtjänsten men hade sin placering på MVC eller familjecentralen upplevde att det kunde vara både fördelar och nackdelar med att vara "mellan organisationerna". För en kurator anställd av socialtjänsten kunde det innebära att hon, trots att hon var placerad på mödravårdscentralen inte fick ta del av någon av organisationernas journalsystem vilket kan upplevas som en brist.

För det är ju knepigt i och med att jag är mitt emellan sjukvården och socialtjänsten så att jag kan ju inte ta del av socialtjänstens journalsystem och jag kan inte ta sjukvårdens. Man skulle ha någonting gemensamt egentligen. (Kurator 2).

Att ha mellanrollen som kurator mellan socialtjänsten och sjukvården har många fördelar och fyller ofta en funktion. Kurator 2 uttrycker att hon ju inte är en "myndighetsperson så att jag är ju inte hotfull på det sättet som socialekreterare på kontoret kan uppfattas som". Att ha en mellanroll kan också innebära en konfliktfylld position. Samma kurator uttryckte att hon inte fick ta del av de utbildningar som barnmorskorna på arbetsplatsen gick på utan hon fick ta del av de utbildningar de gick på inom socialtjänsten. Det kan påverka känslan av delaktighet. Hon uttrycker att det skulle underlätta samverkan om man fick gå på utbildningar tillsammans.

Man skulle höra till båda på något vis, organisatoriskt. Jag tänker med mail [...] intranätet är ju socialtjänsten men här har man ett annat intranät, som gör att information som kanske är viktig för mig, får ju inte jag [...] där är mellanpositionen inte så bra. (Kurator 2).

Avdramatisera socialtjänsten

Flera av kuratorerna beskriver att en viktig uppgift för dem är att avdramatisera socialtjänsten. Många av dem beskriver att de möter klienter som har mycket dålig erfarenhet av socialtjänsten och att det finns de som inte vill ta emot hjälp från någon med myndighetsfunktion. En kurator uttrycker att kvinnorna inte vågade ta kontakt med socialtjänsten "för att då tror man att då tar de mitt barn" (Kurator 2).

Det är ju också någonting som jag pratar om för övrigt, det här med att försöka avdramatisera socialtjänsten, att de är till för att hjälpa till, att det är där som insatserna finns eller stöd och råd. Det är en väldigt viktigt uppgift som jag har. (Kurator 2).

Ovanstående resultat kan tänkas styrka tanken om att samverkan är betydelsefullt. För att motivera kvinnorna att våga söka hjälp hos socialtjänsten behöver socialtjänsten samarbeta med andra instanser som inte upplevs lika hotfulla, såsom kuratorer och barnmorskor. Gärna genom mödravården eftersom det är en instans som kvinnorna ofta känner tillit till. Risken är annars att många kvinnor inte fångas upp i tid och kan erbjudas den hjälp de behöver (jmf Trulsson 2006 s 183ff).

Genom normaliseringsprocessen och den relationella makten, att makt finns i alla relationer, blir klienten lätt underlägsen i hjälpare- och klientförhållandet enligt Järvinen & Mortensen (2003). Genom att de professionella har kunskap om hur systemet fungerar har de makt och klienterna måste underställa sig detta för att kunna få hjälp. Samverkan kan fungera som

medel för normaliseringsprocessen både för att trycka ner och för att lyfta upp klienten (Järvinen & Mortensen 2003). Därför har ofta socialsekreterare en viktig roll att vara "spindeln i nätet". Klienten kan styras genom att de olika samverkansinstanserna befinner sig på olika fält och har olika doxa vilket kan göra det krångligt för klienten att klara sig i systemet utan beroende av de professionellas vägledning (jmf ibid; Järvinen 2002 s 257f).

Olika tydliga riktlinjer mellan yrkesgrupperna

På en mödra-barnhälsovårdscentral beskriver kuratorn att det är självklart att kvinnan skall slussas över till specialistteamet:

Utan då, upptäcker barnmorskorna det, så erbjuder de att de skall få specialistmödravård. Och att, då ska de inte gå här utan då får de gå i Haga. (Kurator 1).

Här kan man förstå att riktlinjerna är tydligt uppfattade och implementerade. Andra yrkesgrupper beskriver inte överslussandet lika självklart;

Man måste ju hålla det uppdaterat och när det är någonting som man stöter på ganska sällan så tappas det där bort liksom. Då får man ju börja leta och söka information. Men jag har inte varit i kontakt med dem än. (Socialsekreterare 3).

Danermark och Kullberg (1999 s 38f) skriver att det ofta förekommer en maktobalans mellan socialtjänst och hälsovård trots att dessa många gånger är beroende av varandra då man möter samma klientgrupper. Författarna menar att maktobalansen uttrycks i att det medicinska är överordnat det sociala arbetet. Detta skiljer sig mot vad som visas i denna studies resultat. I våra resultat tolkar vi det som att de som arbetar inom socialtjänsten upplevs som överordnade av de som jobbar inom hälso-sjukvården av våra intervjupersoner. Enligt Andrews och Patterson (1995) bör man ta hänsyn till om maktobalansen kan påverka hur de gravida kvinnornas behandling utformas och vilken yrkesgrupp som får tolkningsföreträde. Det sociala arbetet innebär även en balansgång mellan de yrkesprofessionella och klienterna och en mall och tydliga riktlinjer för hur man bör gå tillväga i svåra etiska och moraliska situationer kan vara till hjälp för de professionella (Andrews & Patterson 1995).

5.7. Samverkans betydelse för målgruppen enligt de professionella

I detta kapitel vill vi försöka sammanställa de resultat som har kommit fram då vi frågat om vilken betydelse de professionella tror att samverkan har för målgruppen. Denna och ovanstående kapitel går in i varandra. Samtliga av våra respondenter framhåller att samverkan med andra instanser är en väldigt betydelsefull och nödvändig del i arbetet med de gravida kvinnorna. Vi har sett en tydlig tendens till att barnmorskorna är den yrkesgrupp som efterfrågar samverkan mest och har tydligast kunskap om vilka riktlinjer om samverkan som finns.

De personer som vi har intervjuat ingår i samverkan på olika sätt. Två av kuratorerna ingår i tvärprofessionella team (specialistteamet och familjecentralen) där tanken är att organiseringen skall bidra till att de olika professionernas kunskaper kompletterar varandra. Tanken är även att de skall arbeta tillsammans i ett ömsesidigt beroende för att på så sätt nå gemensamma och högt värderade mål. Representanter från olika yrkesgrupper och

professioner finns inom ett tvärprofessionellt team och det behandlingsarbete som utförs är gemensamt. Fördelarna, enligt Svensson m.fl. (2008 s 194-195), med samverkan är att man med hjälp av de olika kompetenserna kan erbjuda bättre insatser för klienterna. Ett hinder för samverkan kan dock vara kommunikationen mellan olika professioner och organisationer. Inom varje profession och organisation talas olika språk, t.ex. medicinskt språk med latinska termer bland barnmorskor och ett annat språk bland socialarbetare som kan uppfattas som byråkratiskt och kan skapa avstånd till andra samverkansgrupper (ibid s 194) Inom de olika professionerna och organisationerna kan det också finnas olika sätt att benämna mottagarna, t.ex. patient och klient. När strider om revir, kompetens och makt uppstår mellan yrkesgrupper kan ett problem bli att klienter hamnar mellan stolarna och inte får någon hjälp alls (ibid). Utifrån maktbegrepp kan detta förstås utifrån Bourdieus teori om fält, doxa och symbolisk makt. I arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik är olika professioner från olika fält och doxa (medicinskt och socialt) inblandade. I samverkansprojekt befinner sig de olika professionerna på samma fält men har ofta olika doxa, olika språk samt sätt att se på den hjälpbehövande. Vilket fokus de har i arbetet, fokus på kvinnan eller barnet, kan t.ex. skilja sig i doxan beroende på vilken profession man tillhör (jmf Järvinen 2002 s 257f).

För att samverkan skall kunna fungera bra krävs det en hög integration från samtliga parter. Det är också viktigt med tydliga regler och ansvarsfördelningar samt att de olika professionerna har samma möjlighet att göra professionella anspråk i samarbetet (Danermark & Kullberg 1999).

En makthierarki kan också finnas mellan de olika professionerna och organisationerna, vilket kan innebära olika förutsättningar för samarbetet (Svensson m.fl. 2008 s 194-195). Skilda yrkesgrupper kan ha olika mycket inflytande vad gäller att definiera problem samt att bedöma och avgöra vilka insatser och åtgärder som behövs för individen (Svärd & Starrin 2006 s 250). Enligt Danermark och Kullberg (1999 s 38f) har det medicinska högre rang än det sociala arbetet vilket kan medföra olika syn på legitimiteten. Som professionell är det viktigt att våga använda och synliggöra den makt man har för att så goda (och jämlika när det behövs) förutsättningar som möjligt skall skapas i mötet med klienten (ibid; Skau 2007; jmf Svensson m.fl. 2008 s 194-195).

En socialsekreterare talar om att det är viktigt med samverkan för att kunna arbeta med den här målgruppen, dels med andra enheter på socialtjänsten men också med mödravården.

Det är jätteviktigt med samverkan mellan utredning, barn och ungdom och försörjningsstöd. Pengar är ofantligt viktigt även för någon som lever i missbruk. Alltså det teamet... barnmorskan under tiden som de är gravida är kanon. Vi har världens bästa här... det är jättemycket team runt. (Socialsekreterare 1).

Samtliga kuratorer i vår studie beskriver det som en central uppgift för dem att vara spindeln i nätet. Att ha en helhetssyn, en insikt i vilka instanser som finns samt vilken hjälp det finns för att på så sätt kunna slussa vidare individer betonas även i riktlinjerna från Svensk Kuratorsförening (Svensson m.fl. 2008 s 183).

Man kan ju säga det att vi som jobbar här fattar ju det att man fångar upp jättemånga tidigt [...] Man kan inte liksom tro att man kan hjälpa alla kanske då, utan förhoppningsvis kan ju vi [...] slussa dem vidare,

motivera dem till att ta emot hjälp från socialkontoret eller det händer att man gör anmälningar eller också så är det så att folk redan har insatt från socialtjänsten. (Kurator 1).

De olika professionerna och rollerna fyller olika funktioner. Det är viktigt att det finns olika rum för kvinnorna som bildar en helhet, där vissa möten handlar om kontroll och andra om stöd, enligt majoriteten av våra intervjupersoner. Då kvinnorna ofta har kontakt med olika instanser fyller dessa ofta olika funktioner. En analys är exempelvis att mödravården kan stå mer för det positiva med barnafödandet och att bli förälder och missbruksenheten för arbetet med att arbeta för att motivera att långsiktigt sluta med missbruket. Enligt statens offentliga utredningar (2011:35 vol 2, s 685f) har familjecentraler, med MVC, BVC och socialtjänst samlade under samma tak en fördel vad gäller att nå de föräldrar som har missbruksproblematik. Det är viktigt med tidiga upptäckter och kort intervention när det handlar om risk- och missbruk för att nå långsiktiga resultat då det gäller barnens bästa (SOU 2011:35 vol 1 s 216f; vol 2 s 746).

Målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik har många gånger en mångfasetterad problematik vilket gör att samverkan mellan flera instanser blir nödvändig. Barnmorska 1 beskriver följande:

Ja det blir ju mycket... har man ett missbruk och är gravid så finns det ju så mycket andra problem också. Då kan det ju vara problem med bostad, jobb och pengar och sådant. Så man får försöka sälla; vad är det jag ska hjälpa till med och vad ska någon annan hjälpa till med? Det är ju inte så att jag är bäst på allt [...] Jag kan exempelvis inte ordna en bostad åt kvinnan utan då är det liksom socialsekreteraren som ska göra det. [...] Men oftast får ju jag allt i knäet, och då får man hjälpa till att strukturera upp. (Barnmorska 1).

Enligt de ovan beskrivna resultaten är tydliga riktlinjer efterfrågade och önskvärda. Detta är även något som Andrews och Patterson (1995) framhåller i sin forskning; att tydliga riktlinjer är viktigt för att de professionella skall känna sig trygga i sin roll och för att det skall underlätta etiskt och moraliskt problematiska situationer.

6. Diskussion

Vårt syfte med denna undersökning var att undersöka hur anställda på socialtjänsten, mödravården och specialistmödravården beskriver sitt möte med gravida kvinnor med missbruksproblematik, samt hur samverkan i det professionella nätverket skildras. I detta avslutande kapitel ämnar vi knyta ihop våra resultat och vår analys med frågeställningarna, redogöra för egna tankar och reflektioner, diskutera vad vår studie bidragit med samt ge förslag till vidare forskning.

6.1. Slutsatser

Vår första frågeställning löd; hur bemöter de professionella de gravida kvinnorna med missbruksproblematik för att få dem att upprätthålla en alkohol- och drogfri graviditet? Våra resultat visar att de professionella i huvudsak lyfter fram att relationsarbetet är viktigt i mötet med kvinnorna. I detta relationsskapande måste de professionella ständigt förhålla sig till en komplex balansgång mellan att å ena sidan vara ett stöd för kvinnorna och å andra sidan inneha en kontrollerande funktion. De måste även ha en medvetenhet om graviditeten som en motivationsfaktor samt skiftande fokusering på modern och fostret. Resultaten visar att de professionella uttrycker en ambivalens där de värdesätter kvinnans autonomi men samtidigt uttrycker tydliga uppfattningar om vad kvinnan bör styras mot. Utifrån våra resultat har vi kunnat urskilja att de professionella beskrev sina möten med kvinnorna som ett slags interpersonellt relationsskapande där specifika arbetsmetoder var av mindre vikt. I dessa möten är maktdimensionerna ständigt närvarande och föränderliga. Att utifrån ett maktperspektiv närmare belysa hur mötet mellan professionell och klient verkligen ser ut bortom specifika metodbeskrivningar anser vi är kärnan i vår studie.

Vår andra frågeställning handlade om hur de professionella ser på samverkan och vilken betydelse de anser att samverkan har när det gäller den beskrivna målgruppen. Vi fann en skillnad i hur de olika professionerna pratade om kvinnorna, både från medicinskt och socialt håll. Ett för vår del oväntat resultat var att ansvarsfördelningen mellan de professionella verkade vara relativt otydlig. Eftersom de gravida kvinnorna med missbruksproblematik tenderar att söka sig till mödravården var det i längden barnmorskorna som hade mest verktyg för att bemöta målgruppen. Det var också barnmorskorna som verkade vara mest medvetna om att arbetet kring kvinnorna kräver en god samverkan. Vi förväntade oss att det skulle finnas tydligare riktlinjer och ansvarsfördelning från socialtjänstens sida.

6.2. Avlutande reflektioner

En viktig del av helhetsbilden av vårt resultat, som inte fått utrymme i resultat- och analysdelen, är att det var svårt för oss att först få tag på intervjupersoner som kunde ställa upp på intervju. Många uttryckte att de inte hade tillräcklig erfarenhet. När väl intervjuerna bokats in och genomfördes visade det sig att de faktiskt hade erfarenhet av relativt många fall och hade mycket reflektioner om och erfarenheter av målgruppen. Detta kan jämföras med Billinger m.fl. studie "Vägen till verkligheten" (1986) där de hade liknande erfarenheter. Det kan vara betydelsefullt att reflektera kring vad detta beror på. Vi tänker oss att det kan ha att göra med att det finns en osäkerhet kring den här målgruppen. En otydlighet om hur arbetet

skall gå till. Det kan också ha att göra med att man som professionell inte uppmärksammar omständigheterna kring graviditet och missbruk jämfört med kvinnligt missbruk. Kanske upplever de olika professionella även att de inte har tillräckliga verktyg för att kunna bemöta dessa olika delar i en problematik kring de gravida kvinnorna.

Vi har efter vår analys fått en tydligare bild över hur det komplexa arbetet ser ut kring gravida kvinnor med missbruksproblematik. Vi kan se att alla våra respondenter fyller en viktig roll i arbetet med kvinnorna fast på olika sätt. Studien visar också att de professionella i vissa avseenden utför liknande arbetsuppgifter kring målgruppen. I synnerhet är stödsamtalen liknande och uppbyggda på samma sätt oavsett om barnmorskan, socialsekreteraren eller kuratorn håller i dem. Av det kan man dra slutsatsen att samarbete och tydliggörande av olika roller kan vara extra viktigt.

Enligt de resultat vi har fått fram i studien finns det inte så utvecklade riktlinjer om arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik, speciellt vad gäller inom socialtjänsten. Mödra-barnhälsovården tenderar att ha tydligast direktiv över hur arbetet med målgruppen ska bedrivas och det är också denna instans som tydligt uttrycker behovet av en närmare samverkan, i synnerhet med socialtjänsten. Det kan tänkas märkligt att socialtjänsten som är en instans som regelbundet arbetar med missbruk inte har tydligare riktlinjer om målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik. En eventuell förklaring kan ligga i att socialtjänsten har en hög arbetsbelastning och att det varken finns tid eller möjlighet att utveckla arbetet (Akademikerförbundet 2013). Det kan å andra sidan betraktas som en slags underlåtenhetsmakt hos de professionella att inte bemöta de problem och behov man ser samt kräva att det skapas tydligare riktlinjer kring målgruppen (Swärd & Starrin 2006 s 254f).

Trulssons (1998; 2006) studier visar att mödravården många gånger upplevs som mindre hotfull i jämförelse med socialtjänsten. Att många blivande kvinnor i första hand söker sig dit tänker vi kräver en beredskap hos mödravården med tydliga riktlinjer och direktiv som följd. Att mödravården upplevs som ”den goda” instansen och att tydligare riktlinjer införs kan i förlängningen tänkas bidra till att de får större ansvarsområden och därmed större handlingsutrymme över målgruppen. Att inkludera mödra-barnhälsovårdens arbete i vår studie har gett oss en ovärderlig inblick i arbetets komplexitet. Tills viss del var deras breda kunskap och arbetsfält oväntat. Vi hade inte riktigt förväntat oss att de skulle uttrycka att deras ansvarsområden var så breda att det även inkluderade mycket av det psykosociala arbetet med målgruppen.

Under arbetets gång har vi avgränsat och omformulerat våra frågeställningar för att de skall bli så svarbara som möjligt. En första variant av vår ena frågeställning handlade om hur de professionella arbetar motiverande för att få målgruppen att upprätthålla en drogfri graviditet. Under uppsatsprocessen och under våra intervjuer förstod vi att arbetet som de professionella utförde handlade om så mycket mer än att motivera. Motivationsarbetet var inte alls särskilt mycket i fokus som vi först tänkt. Snarare verkade arbetet vara mer fokuserat kring att bromsa kvinnorna i deras iver och tro om att allt kommer förändras bara de får barn. Istället för tydligt motivationsarbete för att få kvinnorna att avsluta sitt missbruk (som vi först hade tänkt) handlade arbetet om att få ner kvinnorna på jorden och ta grundade och realistiska beslut angående sin graviditet.

Våra intervjupersoner har överlag varit av uppfattningen att samverkan med andra instanser är nödvändig för att målgruppen ska få tillgång till en tillfredställande och relevant vård. Ändå upplever vi att många av våra respondenter har svårt att beskriva hur samverkan

fungerar samt betydelsen av den. Vi vill även beakta att samverkansarbete ligger i tiden och inom många verksamheter och organisationer strävar man efter att samverka bättre samt utveckla tvärprofessionella team vilket många gånger kan vara nödvändigt, framförallt när man arbetar med en målgrupp som har mångfasetterade behov. I och med att nästan alla verksamheter förväntas arbeta med att förbättra samverkan tänker vi dock att det kan leda till att man inte belyser eventuella nackdelar som kan uppstå i arbetet samt att få skulle erkänna om de eventuellt inte tycker att det behövs eller om de är emot samverkan som arbetsmetod.

Genom att göra forskning om den målgrupp vi valt bidrar vi till att belysa ett viktigt fält. Kvinnor med missbruk tenderar att vara dubbelt utsatta. Det finns många föreställningar om målgruppen i samhället som även till viss del de professionella påverkas av. Det finns ett behov av att tala mer om kvinnligt missbruk och vilka specifika behov denna målgrupp har. Vid intervjutillfällena var det en några av våra intervjupersoner som uttryckte att det var givande att få reflektera kring ämnet. Thomassen (2007 s 207ff) menar att dekonstruktion av kunskap skapas genom att problematisera och förstå varför man tänker som man gör och på så sätt öppna upp för nya sätt att tänka. Genom att låta personal som kommer i kontakt med målgruppen gravida kvinnor med missbruksproblematik reflektera kring våra frågeställningar kan vi ha bidragit till vidare intresse för och nya tankar kring arbetet samt en vidare förståelse över professionsgränserna. Vi hoppas också att det kan ha bidragit till att medvetandegöra de egna handlingsmönstren. Då mycket av de studier som tidigare gjorts har en del år på nacken så hoppas vi även ha bidragit med en modernare bild av området. Vår studie bekräftar dock mycket av den tidigare forskning som redan gjorts.

Under arbetets gång har vi funderat på hur de professionellas arbete påverkas av att inte ha tydliga arbetssätt. Vi har frågat oss om det kan innebära en risk för att arbetet blir väldigt godtyckligt då t.ex. kuratorerna inte behöver dokumentera. Samtidigt kräver det en stor kunskap att kunna arbeta med olika metoder och att kunna avgöra när vilken metod är lämpligast. Att skapa förtroende och en relation kan man göra på olika sätt, beroende på hur man själv är som person, det finns ingen riktig mall eller någon metod som är rätt eller fel. Ett arbetssätt där arbetsmetoden är mer strukturerad kan tänkas medföra en mer kontrollerad maktpåverkan. Där behandlingen mer bygger på att relationen är god blir skillnaderna i hur de olika mötena ser ut och vilka förutsättningar som finns större.

6.3. Förslag till vidare forskning

Under processen av denna uppsats har många tankar kring om vad som vore intressant att forska vidare kring dykt upp. Vi finner de skillnader som finns mellan Norge och Sverige vad gäller abortlagstiftningen intressanta. Eftersom Norge är det enda landet i hela världen som har lagstiftning som tillåter att tvångsomhändertaga en gravid kvinna för att skydda fostret vore det intressant att bedriva vidare forskning om vilka skillnader en sådan lagstiftning bidrar till i längden.

En av våra respondenter påtalade att man kan urskilja många svårigheter när den gravida kvinnan med missbruksproblematik har ett beroende av heroin eller andra opiater. I de fallen kan fostret påverkas till en sådan grad att det får abstinensbesvär och riskerar att dö om mamman avbryter sitt missbruk under graviditeten. Substitutionsbehandling kan vara en lösning på detta men ett ytterligare problem uppstår då inga behandlingshem i Sverige tar emot kvinnor som går på substitutionsbehandling. Det går alltså inte att göra ett omedelbart omhändertagande på en sådan kvinna trots att det många gånger hade varit fördelaktigt då de

lever i en riskabel tillvaro, i synnerhet när de är gravida. Detta framstår som ett stort problem som vi tror är viktigt att vidare forskning görs på.

I denna studie har ambivalenssamtal beskrivits och problematiserats som en del av de professionellas bemötande av de gravida kvinnorna men missbruksproblematik. Det vore intressant att koncentrera detta ämne i en kommande studie där även klienternas syn beaktas. En tanke som vi fått är att även om upptagandet av ämnet är diskret och med en god bakomliggande tanke, så kan det uppfattas kränkande för kvinnorna att ämnet ens tas upp.

7. Referenser

- Akademikerförbundet SSR (2013). *Nu har vi fått nog! Göteborgs socialsekreterare i massiv protestmanifestation* (elektronisk). Akademikerförbundet SSR hemsida <www.akademssr.se/text/nu-har-vi-fatt-nog> (2013-11-20)
- Andrews, Arlene Bowers & Patterson, Elizabeth (1995). *Searching for solutions to alcohol and other drug abuse during pregnancy: ethics, values, and constitutional principles*. College of Social Work, University of South Carolina, Columbia
- Billinger, Kajsa (2000). *Att få dem att vilja - motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Stockholms Universitet
- Billinger, Kajsa, Hägg, Anne & Ullén, Ing-Marie (1986). *Vägen till verkligheten: en bok om arbetsmetoder i socialvården utifrån arbete med gravida kvinnor med missbruksproblem*. 1. uppl. Stockholm: Liber Förlag
- Bourdieu, Pierre (1972). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: Univ. of Chicago Press
- Braun, George & Thylefors, Ingela (1986). *Samverkan vid identifiering och vård av gravida kvinnor med alkoholproblem*. Göteborg
- Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber: Malmö
- Eide, Tom & Eide, Hilde (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Familjecentral (2013). *Introduktion till Föreningen För Familjecentralers Främjande - Vad är en familjecentral?* (elektronisk). Föreningen för familjecentralers främjande <<http://www.familjecentraler.se/Default.aspx?id=4837#>> (2013-09-15).
- Foucault, Michel (2002). *Sexualitetens historia. Bd 1, Viljan att veta*. [Ny utg.] Göteborg: Daidalos
- Foucault, Michel (2003). *Övervakning och straff: fängelsets födelse*. 4., översedda uppl. Lund: Arkiv
- Franzén, Mats (2005). *I fråga om makt. Diskurser, resurser, kontexter*. i Ted Goldberg (2005) (red): *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur. Sjätte upplagan
- Danermark, Berth & Kullberg, Christian (1999). *Samverkan- välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur
- Göransson, Mona. (2004). *Alcohol consumption during pregnancy: How do we separate myth from reality*. Avhandling vid neurotic department, Division of psykiatry Karolinska institutet Stockholm. Stockholm: Karolinska university press.

- Göransson, Mona & Magnusson, Åsa (2012). *Kvinnor och alkohol: bruk, riskbruk och beroende*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Hilte, Mats (2002) ”Den missbrukande kvinnan. Om självregleringstekniker och subjektformer inom missbrukarvården”. I Leissner, Tom & Hedin, Ulla Carin (reds.) *Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm, Bjurner & Bruno.
- Hilte, Mats & Laanemets, Leili (2000). *Berättelser om missbruk och vård. Om missbrukande kvinnor i fyra olika behandlingsprogram*. Lunds Universitet
- Hydén, Margareta (2002) ”Har sociala problem ett kön?” I Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur
- Bäck-Wiklund, Margareta (2012) ”Prolog: Stat, profession, familj - om makt, normer och normering” I Johansson, Helena & Bäck-Wiklund, Margareta (red.) *Att fostra familjen: en grundbok om styrning, föräldraskap och socialtjänst*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005). *Riskbruk och missbruk: alkohol, läkemedel, narkotika : uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. 2., [utök.] utg. Stockholm: Natur och Kultur
- Järvinen, Margaretha (1998). *Det dårlige selskab: misbrug, behandling, omsorg*. København: Socpol
- Järvinen, Margaretha (2002) ”Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system” I Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur
- Järvinen, Margaretha & Mortensen, Nils (2003) ”Det magtfulde møde mellem system og klient – teoretiske perspektiver” I Margaretha Järvinen, Jørgen Elm Larsen & Nils Mortensen, (red): *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus: Aarhus Universitetsforlag
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitative forskningsintervju*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- LGS Temagrupp Psykiatri (2012-09-12). *Lokal riktlinje för samverkan mellan Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga, socialtjänst och Beroendekliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Nordenfors, Monica & Höjer, Ingrid (2012). *Kvinnors erfarenheter av stöd från Mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga*. 1. uppl. Göteborg: FoU i Väst
- Nilsson, Roddy (2008). *Foucault: en introduktion*. Malmö: Égalité
- Prentice, Sheena (2007) *Substance misuse in pregnancy*. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*, 17, 9, s. 272-277
- Reitan, Therese & Weding, Linda (2012). *Gravida missbrukare inom LVM-vården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS)
- Scheffel Birath, C. & Borg, S. (2011) ”Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika? I *Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga*. SOU 2011:6.

Skau, Greta Marie (2007). *Mellan makt och hjälp: [om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare]*. 3., [uppdaterade] uppl. Stockholm: Liber

Ds S 1981:6: Socialberedningen (1981). *Åtgärder mot missbruk under graviditet*.

Socialstyrelsen, (2007a). *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem*. Avrapportering av regeringsuppdrag

Socialstyrelsen (2007b). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.

Socialstyrelsen (2013). *Missbruk under graviditeten* (elektronisk). Socialstyrelsens hemsida <<http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/missbrukundergraviditeten>> (2013-10-05).

SOU 1987:11 *Skydd för det väntade barnet. 1. Åtgärder vid missbruk m.m. under graviditet. Delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet*. Stockholm: Justitiedepartementet

SOU 1994:28 *Kvinnor och alkohol – Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen*. Stockholm: Socialdepartementet

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, volym 1 av 2, förord och kapitel 1-12, bilaga 1-5, SOU 2011:35

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, volym 2 av 2, kapitel 13-31, SOU 2011:35

Stenius, Kerstin (2009). *Ogenomtänkta förslag om tvångsvård av gravida missbrukare*. Nordisk alkohol- & Narkotikatidskrift, vol 26 (3) s. 241-242

Svensson, Kerstin; Johnsson, Eva & Laanemets Leili (2008). *Handlingsutrymme - utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur

Swärd, Hans & Starrin, Bengt (2006) "Makt och socialt arbete" i Anna Meeuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd, (red): *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur. Andra utgåvan

Thurén, Torsten (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. 2., [omarb.] uppl. Stockholm: Liber

Trulsson, Karin (1998). *Det är i alla fall mitt barn!: en studie om att vara missbrukare och mamma*. Stockholm: Carlsson

Trulsson, Karin (red.) (2002). *Kvinnligt möte - en kraft på vägen ut ur missbruk: om erfarenheter från en forsknings- och utvecklingscirkel om stöd till kvinnor med missbruk och deras familjer*. 1. uppl. Göteborg: Göteborgsregionens kommunalförb.

Trulsson, Karin (2003a). *Konturer av ett kvinnligt fält: om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Diss. Lund : Univ., 2003

Trulsson, Karin (2003). Manligt och kvinnligt i smältdegeln: om könets betydelse för missbruk. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*. 2003(20):1, s. 5-19

Trulsson, Karin (2006). *Dans på lina: kvinna, mamma och missbrukare*. Stockholm: Carlsson

Trulsson, Karin & Hedin, Ulla-Carin (2004). *The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective*. Int J Soc Welfare 2004: 13: 145–157

Trulsson, Karin & Nötesjö, Gunilla (1999). *Semillan ett frä i god jord. Om öppenvård för gravida missbrukare och småbarnsfamiljer*. Malmö

Tännsjö, Torbjörn (2002). *Tvångsvård: om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Thales

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet: Elanders Gotab

Wright, Alison & Walker, James (2007) *Management of women who use drugs during pregnancy” Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12, 2, s. 114-118

8. Bilagor:

8.1. Bilaga 1 – Intervjuguide

Bakgrund

- Berätta lite kort om din bakgrund! Utbildning? Yrkeserfarenhet?
- Hur många år har du varit verksam? I yrket? På organisationen?

Klientgruppen

- **Vilket är verksamhetens huvudsakliga mål i arbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik?**
- Hur definierar organisationen missbruk?
- Vilka typer av missbruk kommer ni i kontakt med?
- På vilket sätt kommer era patienter i kontakt med er? MVC, SOC eller egen remiss?
- Är kontakten på frivillig basis?
- Berätta om vad som händer i det första mötet med klienten (vid misstanke om missbruk)? Hur ser mötena ut? Rutiner? Mötesplats? Samtalsämnen? Insatser? Frekvens? Vad är väsentligt?

Motiverande arbete/metoder

- **Hur arbetar ni med gravida kvinnor med missbruksproblematik?**
- Vilka metoder/teorier utgår ni ifrån i arbetet med den gravida kvinnan? Vad fungerar bra/mindre bra?
- Hur motiverar ni era patienter att avsluta ett aktivt missbruk under en pågående graviditet? Vilka faktorer upplever ni påverkar kvinnornas motivation att sluta med sitt missbruk? Fungerar graviditeten som motiverande eller kan den försvåra arbetet? som
- På vilka sätt arbetar ni med eventuell partner? Delaktighet?
- Hur arbetar ni med motiverade respektive omotiverade klienter?
- På vilket sätt påverkas arbetsmetoderna genom det faktum att kvinnan är gravid och att det finns en risk att skada fostret på grund av missbruket?

- Vad händer om patienten ej väljer att sluta missbruka? Motiveras det till avbruten graviditet?
- Lättare vs tyngre missbruk?
- Hur många är förstföderskor? Hur påverkar det arbetet jämfört med dem som har barn sedan tidigare?
- Vilka svårigheter ser du i ditt arbete med gravida som har ett risk eller missbruk?
- Vilka skillnader kan ni se i motivationsarbetet med gravida kvinnor med missbruksproblematik jämfört med den ordinarie missbruksvården?

Lagstiftning /Dilemma /Egna värderingar

- **Vart hamnar ditt huvudfokus när det gäller att se till barnets bästa respektive moderns hjälpbehov? Är det något skyddsvärde som väger över?**
- På vilket sätt tror du att du kan påverkas av dina personliga värderingar?
- Upplever Du att lagstiftningen fungerar tillfredställande? Vad skulle kunna bli bättre? Skulle det påverka om lagstiftningen vidgades och det blev möjligt att omhänderta en kvinna på grund av att fostret skadas?

Samverkan

- **Hur ser samverkan ut mellan er verksamhet och andra verksamheter?**
- Vilka är era samarbetspartners? Socialtjänst? Öppenvård? Tvångsvården? Specialistmödravården?
- Hur tycker Du att samverkan fungerar? Är det något du saknar? Vad tror du detta beror på? Vilka försvårande och underlättande faktorer kan du urskilja? Organisatoriska problem? Vad tror du att detta beror på?
- Vilken betydelse har en god samverkan för just denna målgrupp?

Är det något annat ni vill dela med er av när det gäller gravida kvinnor med missbruksproblematik?

8.2. Bilaga 2 – Informationsbrev

Informationsbrev

Vi är två socionomstudenter från Göteborgs universitet som går termin 6 på socionomprogrammet. Under våren 2013 skall vi skriva vår kandidatuppsats om professionellas arbete med gravida kvinnor med missbruksproblematik. Vårt syfte är att undersöka arbetet ur de professionellas synvinkel, däribland Mödra- barnhälsovårdsteamet i Haga och socialtjänsten. Vi är intresserade av att undersöka hur de professionella beskriver sitt arbete med gravida kvinnor med missbruksproblematik, samt hur samverkan inom det professionella nätverket ser ut och fungerar. Det är en kvalitativ studie som vi vill genomföra med hjälp av intervjuer.

Intervjupersonerna vi söker är socialarbetare och barnmorskor som arbetar kring gravida kvinnor med missbruksproblematik.

Intervjuerna kommer att ta ca 1- 1,5 timme och spelas in på band för att underlätta arbetet med att analysera intervjumaterialet. Deltagande är naturligtvis frivilligt och Du kan när som helst under studien avbryta Ditt deltagande. Materialet kommer att förvaras säkert så att ingen utomstående har tillgång till det och Dina uppgifter kommer endast att användas till vår studie. Vi kommer att använda oss av fiktiva namn för att Dina svar skall vara så anonyma som möjligt.

Du kommer givetvis att kunna ta del av undersökningen då den beräknas vara färdig i slutet av Maj 2013. Studien kommer att publiceras i Göteborgs universitet system för elektronisk publicering där den är tillgänglig för allmänheten. Om så önskas skickar vi gärna en kopia till er då den färdigställts.

Hör av Dig till oss om du vill ställa upp på en intervju någon gång under de kommande veckorna! Ditt svar önskar vi snarast.

Har du frågor får du gärna kontakta oss eller vår handledare:

Hannah Ånhammar xxxx-xxx xxx
Elin Åkerlund xxxx-xxx xxx

Handledare:

Karin Röbbäck de Souza (handledare)
xxxx-xxx xxx