



Socialhögskolan  
SOL 065, SOL 067  
Vårterminen 2005

# *”HÄR FINNS INGEN TID ATT FÖRLORA”*

- professionellas tankar kring gravida missbrukare

Författare: Maria Jordy och Charlotte Petersson  
Handledare: Katarina Jacobsson

## **ABSTRACT**

The purpose of this paper has been to examine the ways in which professionals describe their work with pregnant drug-addicts. The paper raises the following questions;

- How does the deviant behavior, that using drugs during pregnancy can be described as, affect the professionals in their work with pregnant drug-addicts?
- How do the professionals experience their own role, and the roles of other professionals?
- In what ways do they work in order to reach a favorable result with these clients?

The paper is based on qualitative material, gathered through 14 interviews with professionals. By using theories of deviant behavior and attachment-theory between a child and its mother, our intention was to analyze the empirical results.

From our interviews we have learned that the professionals consider some factors as more important than others for a favourable result in their work with pregnant drug-addicts. Such factors are for example the significance of a cooperation between different authorities and ethical awareness in meeting with the client.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>6</b>
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte	7
1.3 Frågeställningar	7
<b>2. Metod</b>	<b>8</b>
2.1 Val av metod	8
2.2 Urval	8
2.3 Intervjuerna	9
2.4 Etiska övervägande	10
2.5 Resultatens tillförlitlighet	11
<b>3. Bakgrund och tidigare forskning</b>	<b>12</b>
<b>4. Teoretiska perspektiv</b>	<b>14</b>
<b>5. Framställning och analys av det empiriska materialet</b>	<b>16</b>
5.1 Tvärprofessionell samverkan	16
5.2 Arbetet med gravida missbrukare	18
<i>Nyckelbegrepp och viktiga egenskaper</i>	18
<i>En speciell klientgrupp</i>	21
<i>”Det är ju svårt många gånger...”</i>	23
5.3 Förhållningssätt i abortsamtal	24
5.4 Den dubbla rollen	26
5.5 De professionellas tankar om varandra	27
<i>Vårdens roll</i>	27
<i>Socialtjänstens roll</i>	28
5.6 Etisk medvetenhet	29
5.7 Hur samhället tycks se på klienterna	30
5.8 Hur klienterna tycks se på sig själva	31
5.9 Utbildningens betydelse	33
5.10 Ett gynnsamt resultat	34
<i>Att dra nytta av graviditetens möjligheter</i>	34
<i>Fortsatt stöd efter graviditeten</i>	35

<b>6. Avslutning</b>	<b>37</b>
6.1 Sammanfattning	37
6.2 Slutdiskussion	38
<b>Referenser</b>	
<b>Bilaga 1</b> Introduktionsbrev	
<b>Bilaga 2</b> Intervjuguide	

## **Förord**

Vi vill rikta ett stort tack till våra intervjupersoner som tagit sig tid att träffa oss och delat med sig av sina värdefulla erfarenheter och synpunkter. Ert tydliga engagemang och passion för era klienter har verkligen inspirerat oss inför vårt framtida yrkesliv. Vi vill även tacka alla de som bemödat sig med att korrekturläsa våra utkast under arbetets gång. Vi vill framförallt uttrycka tacksamhet till vår handledare Katarina Jacobsson som genom konstruktivt kritiserande varit ett stort stöd.

Lund, 25 maj 2005

*Maria Jordy och Charlotte Petersson*

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Normer formas utifrån det samhälle vi lever i och beror på den tid och kultur vi befinner oss i för tillfället. De som inte lever upp till dessa normer eller på något sätt bryter mot dem riskerar att av samhället definieras som avvikare (Merton & Nisbet, 1976). Då narkotikabruk är olagligt leder detta till att samhället ser på användarna av narkotika som normbrytare. Utifrån rådande normer skapas idealbilder för män respektive kvinnor och i det moderna samhället finns vissa egenskaper som ses som ideala för båda könen, till exempel att vara god, strävsam och hederlig. Enligt den kvinnliga idealbilden bör kvinnan vara mjuk, moderlig, kysk och omhändertagande (Hirdman, 2001). Att använda narkotika och röra sig i kriminella kretsar kan för en kvinna innefatta sexuella tjänster i utbyte mot narkotika eller brottslig verksamhet för att finansiera bruket (Svensson & Kristiansen, 2004). Genom dessa handlingar har den missbrukande kvinnan misslyckats i att leva upp till idealbilden.

Blomqvist (2003) resonerar kring begreppen *bruk* och *missbruk* av narkotika. Då icke receptbelagd användning av narkotikaklassade preparat är olagligt i Sverige använder han inte termen *bruk av narkotika* utan benämner allt användande som *missbruk*. Vi vill undvika att lägga värderingar genom vårt ordval och därför använder vi oss av Blomqvists definition utan att föra någon vidare diskussion. Dessutom har samtliga av våra intervjupersoner använt begreppen missbruk och missbrukare när de talat om sina klienter, vilket är ytterligare en anledning till varför även vi valt att uteslutande använda dessa begrepp.

Då det gäller graviditet finns en mängd kunskap och information om hur kvinnan ska bete sig under havandeskapet för att uppnå de ideala förhållandena för sitt ofödda barn. Att missbruka under graviditeten anses inte tillhöra dessa förhållanden då forskning visar att missbruk under graviditeten kan ge fostret allvarliga och kroniska skador (SoS-rapport 1993:11). Gravida missbrukare är exempel på en klientgrupp som på fler än ett sätt bryter mot samhällets normer, vilket borde resultera i att de utgör en speciell grupp att arbeta med. Dessa kvinnor har å ena sidan ett stort hjälpbehov då de bär på ett nytt liv som ska skyddas, samtidigt som de å andra sidan gör sig skyldiga till ett stort normbrott genom att missbruka under graviditeten. Klientgruppens särskilda behov har uppmärksammats i olika ”samverkansprojekt” där flera

olika yrkeskategorier är inblandade. I Malmö finns sedan ett tiotal år tillbaka ett etablerat tvärprofessionellt nätverk och i Lund har ett samarbete mellan socialtjänst och sjukvård börjat ta form.

## **1.2 Syfte**

Vårt syfte med uppsatsen är att undersöka hur professionella som arbetar med gravida missbrukare resonerar kring och upplever att de förhåller sig gentemot denna grupp av klienter.

## **1.3 Frågeställningar**

- Hur möter man som professionell kvinnor som kan sägas tillhöra en grupp av ”extrema” avvikare, då de både missbrukar och potentiellt skadar ett ofött barn?
- Hur upplever intervjupersonen sin egen och övriga professionellas roll i arbetet kring den gravida missbrukaren?
- På vilket sätt arbetar våra intervjupersoner för att nå ett gynnsamt resultat med denna klientgrupp?

## **2. Metod**

### **2.1 Val av metod**

Denscombe (2000) presenterar fördelar med kvantitativa respektive kvalitativa undersökningsmetoder. Författaren menar att en kvantitativ metod är att föredra exempelvis då undersökningens syfte är att genom identiska frågor producera mätbar fakta utifrån ett stort antal respondenter. Då en studie däremot syftar till att undersöka erfarenheter och emotioner hos enskilda individer eller lyfta fram frågor som kan uppfattas som känsliga för intervjupersonen kan istället kvalitativa intervjuer föredras (ibid.). Vi har i vår uppsats haft för avsikt att undersöka hur professionella resonerar kring och förhåller sig gentemot den aktuella klientgruppen. Vi tror att det är svårt att i enkätform formulera konkreta frågor som fångar våra intervjupersoners känslor och upplevelser. Vi har därför valt att insamla vårt empiriska material genom kvalitativa intervjuer.

### **2.2 Urval**

Vårt urval av intervjupersoner utgick ifrån en idé om att det inom olika professioner råder olika sätt att se på och förhålla sig till människor. Vi hade därför en önskan att prata med olika yrkeskategorier som arbetar med samma klientgrupp. De yrkeskategorier vi valt att intervjua är: projektledare för nätverkssamarbete (1), barnmorska (4), socialsekreterare (2), socialrådgivare (2), kurator inom specialistsjukvården (1) samt behandlare vid motivationshem och behandlingshem för kvinnliga missbrukare (4). Vi ville även ta del av olika konstellationer som formats utifrån tvärprofessionella samarbeten kring klientgruppen och hur dessa organisatoriska skillnader eventuellt påverkar deras intervjusvar. Av denna anledning började vi materialinsamlandet med att intervjua en person som vi visste har en samlad bild av samarbetet kring klientgruppen i Malmö. Vi hoppades på att vi genom denna inledande kontakt skulle få vetskap om fler personer som arbetar med den klientgrupp vi hade i åtanke, en så kallad ”snöbollseffekt” (Denscombe, 2000). Av denna person fick vi namn på nio personer knutna till nätverket och av dessa kontaktade vi sex för bokning av intervjuer. Vi valde medvetet att inte kontakta den läkare som var knuten till nätverket då vi beslutat att låta barnmorskorna representera vårdsektorn. Vi valde även att inte kontakta två från andra yrkeskategorier då vi, för att få en yrkesmässigt liknande grupp av intervjupersoner i en annan



stad, fick begränsa vårt urval. Därefter sökte vi nio personer med motsvarande yrken som möter och arbetar med den valda klientgruppen i Lund. Anledningen till att vi valt just dessa två städer är att det i Malmö finns ett utarbetat tvärprofessionellt nätverk kring klientgruppen i fråga. Att vi valde Lund beror på att det, av tidsmässiga och ekonomiska skäl, var gynnsammare för oss.

Vi har fått möjlighet att träffa just de intervjupersoner vi har kontaktat, med undantag för två personer. Den ena, visade det sig, mötte sällan den för oss intressanta klientgruppen. Den andra hade semester under tiden för den största delen av uppsatsarbetet.

### **2.3 Intervjuerna**

Vårt empiriska material består av 12 kvalitativa intervjuer med sammanlagt 14 intervjupersoner. Intervjuerna har bokats per telefon eller e-mail och intervjupersonen har i god tid före intervjutillfället fått ta del av ett introduktionsbrev (bilaga 1) där information kring intervjun och uppsatsen lämnats. Vi har båda varit närvarande vid samtliga intervjuer, detta för att lättare ha möjlighet att kontrollera att samtliga våra frågor berörts. Dessutom har vi funnit att analys och reflektion av en intervju underlättas då vi båda har fått ett intryck av intervjupersonen och det som sades under intervjun. En tematiserad intervjuguide har använts, uppdelad på teman med öppna frågor (bilaga 2). Genom öppna frågor ville vi ge intervjupersonen en möjlighet att själv tolka frågan, någonting som preciserade eller stängda frågor inte ger samma möjlighet till. Utifrån den tolkning som intervjupersonen gjort kunde de sedan utveckla sitt svar och vi upplevde att vi på detta sätt fick större variation och utförlighet i svaren. En nackdel med den valda metoden har varit att våra öppna frågor inte alltid resulterat i att intervjupersonen utvecklat sina svar. Denna typ av frågor verkar ha passat vissa personer bättre än andra, vilket tyvärr har genererat en del följdfrågor från oss som kan ha uppfattats som att vi har lett intervjupersonen in på ett visst spår. Detta har vi dock uppfattat endast vid ett fåtal tillfällen då de flesta intervjupersoner med lätthet har talat fritt utifrån givna teman.

Intervjuerna har pågått mellan 40-60 minuter och spelats in med hjälp av en Mp3-spelare. Valet av inspelningssätt visade sig fungera väl då Mp3-spelaren var mycket diskret och endast vid ett tillfälle upplevde vi att intervjupersonens koncentration påverkades. Intervjuerna har transkriberats ordagrant med få undantag då vi har omvandlat talspråk till skriftspråk för att

ordet ska förstås rätt i sammanhanget. Vi har även valt att inte transkribera de delar då intervjupersonen pratat utanför intervjuämnena. Inspelningarna har sparats och förvarats tillsammans med det transkriberade materialet i ett låst utrymme som endast författarna har tillgång till.

Intervjuerna har utförts på en plats föreslagen av intervjupersonen, oftast på dennes arbetsplats och alltid i ett enskilt rum. Det faktum att intervjupersonerna själva har fått bestämma tid och plats för intervjun har lett till att de har avsatt tid för intervjun samt att de känt sig bekväma i miljön. Genom detta tillvägagångssätt har vi kunnat undvika att situationen upplevts stressande. Alla intervjuer utom två har utförts med en intervjuperson åt gången. Vid ett tillfälle närvarade en praktikant till intervjupersonen.

## **2.4 Etiska överväganden**

Våra intervjupersoner har avidentifierats på så vis att de inte nämns vid namn. De tillhör en relativt liten grupp av professionella med just denna spetskompetens och erfarenhet och deras identitet är därför inte svår att lista ut för den nyfikne. Detta faktum har tagits upp med intervjupersonerna och ingen av dem har uppfattat det som ett problem. De är medvetna om att de är lätta att identifiera men har trots detta genomfört inspelade intervjuer med oss.

Det finns även en överenskommelse med intervjupersonerna om att de ska återkomma till oss om de känner att de vill ändra något i sin berättelse. Deras professionalitet och den överenskomna ”ångerrätten” gör att vi inte känner någon oro för att våra samtal kan ha påverkat intervjupersonerna på något negativt sätt. Som tidigare nämnts har inspelningarna från intervjuerna och det transkriberade materialet förvarats i ett låst utrymme.

Vad gäller anonymiteten för de klienter som det berättats om i intervjuerna så har vårt arbete underlättats genom att intervjupersonerna avidentifierat dessa redan i sina berättelser. I de fall en klients ålder, boendeort eller annan känslig information nämnts i intervjun har denna avidentifierats av oss innan berättelsen använts i uppsatsen.

## 2.5 Resultatens tillförlitlighet

Det vi har varit intresserade av i insamlandet av material är intervjupersonens egen syn på klientgruppen gravida missbrukare och hur den uppfattar sitt sätt att förhålla sig gentemot dessa klienter. Genom vårt val av kvalitativa intervjuer är vi medvetna om att våra resultat inte är generaliserbara utan representerar våra intervjupersoners upplevelser. Vi har inte utgått från några hypoteser som format dataanalysen, vi har snarare tagit oss an intervjuerna med ett "öppet sinne". Vi har dock haft en idé kring huruvida en persons yrkesutbildning/yrkeskategori spelar roll för förhållningssättet mot klienten och velat undersöka denna. Alla de intervjupersoner vi träffat är kvinnor, vilket visat sig vara det dominerande könet bland de yrkeskategorier som jobbar med gravida missbrukare. Det faktum att både intervjupersonen och vi som intervjuledare är kvinnor tror vi har spelat roll för de svar vi fått då mycket av samtalen har berört ämnen som kan vara "självklara" för oss kvinnor (menstruationscykel, kvinnlig sexualitet och liknande). Frågan om huruvida vi har egna barn har uppkommit vid ett flertal intervjuer och vi tror att det nekande svar vi har givit, har gjort att intervjupersonen fört ett mer utförligt resonemang kring exempelvis havandeskap, moderskänslor, anknytning och förlossning.

### 3. Bakgrund och tidigare forskning

Vi har inte funnit forskning som berör professionellas förhållningssätt gentemot just gravida missbrukare. Däremot finns tidigare forskning på flera områden i nära anknytning till vårt ämne. I syfte att ge en kortare bakgrundsbeskrivning samt översiktlig genomgång av den förhållandevis bristfälliga forskningen i anslutning till vårt ämne ska vi nedan beröra följande områden:

- Fosterskador till följd av missbruk
- Graviditetens möjligheter
- Förhållningssätt hos den professionella

Redan för 20 år sedan kunde forskning visa på fosterskador till följd av narkotikamissbruk under graviditeten. Olika typer av narkotika ger olika skador och av de bevisade effekterna kan nämnas för tidig födsel, tillväxthämning, missbildningar och abstinens hos fostret/barnet (Allebeck & Nyberg, 1993). Vad det gäller de långvariga effekterna såsom utvecklingsstörningar upptäcks dessa först senare och är svåra att koppla direkt till missbruket. Detta gäller samtliga skador som sätts i samband med ett narkotikamissbruk under graviditeten och beror på att det ofta finns så kallade *confounding-faktorer* som kan spela in på ett barns utveckling, exempelvis rökning under graviditet, barnets uppväxtmiljö och anknytning till föräldrarna. Än idag finns det inte särskilt mycket bevis på vilka skador enbart ett narkotikamissbruk, oberoende av *confounding-faktorer*, ger på ett foster. Däremot finns det omfattande forskningsresultat som rör FAS (fetal alcohol syndrome) och de permanenta skador alkoholen bidrar till hos fostret (ibid.). Den bevisade risk som finns av att missbruka narkotika under graviditeten är att barnet föds med drogabstinens. Detta medför att barnet blir skrikigt, visar obehag, är svårt att trösta och mata samt avvisar kontakt. För anknytningen mellan barn och förälder är detta en stor svårighet och kan framkalla ilska hos föräldrarna gentemot barnet, samt en känsla av skuld och misslyckande för att har försakat detta tillstånd hos barnet (Slinning, 2005a).

För missbrukande kvinnor är graviditet en starkt motiverande faktor för att börja ett drogfritt liv då deras missbruk inte längre enbart skadar dem själva. Vissa uppfattas resonera som så att de bär på ett nytt liv som är värt mer än de själva (Slinning, 2005b). Den motivationen är en viktig resurs i det behandlande arbete kring kvinnan, men en del av dessa kvinnor har ofta

orealistiska förväntningar på stora och positiva förändringar i livet genom att bli mamma (Slinning, 2005b). Om kvinnan lyckas hålla sig drogfri under graviditeten kan hon undgå skuld känslor för att ha skadat sitt barn vilket gynnar den viktiga anknytningsprocessen mellan henne och barnet (ibid.). Graviditeten utlöser ofta många känslor runt kvinnans egen uppväxt och de relationer som hon har till sina egna föräldrar. Många av kvinnorna har själva vuxit upp med en missbrukande mamma och saknar därför en god förebild i sin modersroll (Trulsson, 1998).

Det kan ses tydliga samband mellan missbruk före och efter graviditeten. I de fall där kvinnan lyckats hålla sig drogfri under större delen av eller under hela sin graviditet finns det större chans att hon håller sig drogfri, åtminstone några månader efter barnets födsel. De kvinnor som däremot inte gör något nämnvärt uppehåll från sitt missbruk fortsätter ofta med detta snart efter förlossningen (ibid.). Ett omfattande stöd för kvinnan både under och efter graviditeten är av stor vikt för att hon ska uppnå och bibehålla en drogfri tillvaro. I mitten av 90-talet genomfördes ett projekt i Stockholm som genom förlängd uppföljningstid skulle minska frekvensen av återfall. Den då befintliga statistiken visade att cirka 40 % av missbrukande kvinnor återföll i missbruk inom ett år efter barnets födsel. Projektets resultat visade på att med ett ökat stöd och en längre uppföljning minskade återfallsfrekvensen till 7 % (Forslind, 2000).

I kontakten mellan kvinnan och socialtjänsten ser Trulsson, enligt Carrén (1998), vikten av att klienten möts som en blivande mamma istället för som en gravid missbrukare, något som ibland försvåras om socialsekreteraren saknar kunskap kring ämnet. Det finns en uppfattning hos barnmorskor och socialsekreterare som arbetar med gravida missbrukare att det är av stor vikt att ta situationen på allvar (Martinell Barfoed, 2000). Man framhåller vikten av att vara rak och tydlig i kommunikationen med kvinnan då graviditeten i sig innebär en naturlig deadline för kontakten mellan dem och kvinnan (ibid.). Barnmorskor på mödravårdscentralerna träffar cirka 99 % av alla gravida kvinnor under deras graviditet men undersökningar visar att endast hälften av kvinnorna med missbruksproblematik identifieras och uppmärksammas (Göransson, 2001). Forslind (2000) menar att mödravården måste ges möjlighet att kunna identifiera missbruk hos kvinnorna, vilket förutsätter större kunskaper kring ämnet och tätare kontakter mellan barnmorskan och kvinnan.

#### 4. Teoretiska perspektiv

Vi har uppfattningen att en gravid missbrukare ses som en samhällelig avvikare. Vi har även ett intryck av den stora roll en graviditet spelar i en kvinnas liv. Utifrån detta har vi valt teoribildningar som hjälper oss att förstå vårt empiriska material.

Utifrån ett interaktionistiskt perspektiv fördes det på 60-talet fram teorier inom socialpsykologisk forskning kring samhällets uppsatta normer och dess hantering av normbrytare. Becker, som ses som en förgrundsfigur inom denna teoribildning, förde fram samspelets betydelse för hur avvikare definieras. Han menar att det är i interaktionen mellan omgivningen och individen som en avvikare skapas (Hilte, 1996). Tannenbaum förde resonemanget vidare genom sin diskussion kring detta skapande som en process av handlingar och reaktioner. Samhället fokuserar på det negativa i den avvikandes beteende och tvingar på så vis individen längre och längre bort från samhället, mot den avvikande gruppen. Ur Beckers teori kan utläsas att avvikandet inte är en statisk företeelse utan istället kan ses som samhällets tolkning av regler och normer (ibid.). Begreppet *stämpling* kan förklaras med att en avvikande handling leder till att individen får en stämpel som avvikare av samhället. Genom denna stämpling placeras individen i en given social kategori, exempelvis knarkare eller brottsling, som räknas till avvikande grupper. Personens självbild formas sedan efter samhällets definition av henne (ibid.). Om en individ stämplats som exempelvis missbrukare knyts, genom denna definition, även andra egenskaper till henne. Trulsson (1998) menar att man exempelvis som missbrukande mamma automatiskt tillskrivs egenskaper såsom lösaktighet och dålig föräldraförmåga och kvinnan ifråga kommer då även hon att se dessa egenskaper hos sig själv.

Inom svensk missbruksforskning har Beckers teoribildning använts som grund för en rad förklaringsmodeller, bland annat av Eriksson och av Goldberg (Hilte, 1996). Eriksson resonerar kring hur en samhällelig stämpling leder till att individen identifierar sig själv med ”narkomanvärlden” och gör karriär som missbrukare. Goldberg tar upp följderna av stämpling genom sin karriärmodell i fyra steg:

*Föräldrars stämpling* leder till en negativ självbild → Den stämplingen leder i vissa fall till en primär avvikelse som blir föremål för en *samhällelig stämpling* → Den samhälleliga stämplingen leder till en förstärkt negativ

självbild och en *sekundär avvikelse* → Individens hamnar lätt i en *avvikelsespiral*, där den stämplade tvingas ”devalvera” sin självbild, vilket i sin tur leder till ännu mer avvikelse och ännu mer stämpling. (Hilte, 1996 s. 130)

Hur kan då denna stämpling förhindras eller förändras? Eriksson tar upp några faktorer som är nödvändiga för att en missbrukare ska kunna bryta den avvikarkarriär som stämplingen kan leda till. Hon nämner bland annat att det är viktigt att bli accepterad av ”vanligt folk”, att ändra sin självbild och självuppfattning, att sluta missbruka droger och att förändra den negativa bild andra människor har (Hilte, 1996). Även Hedin (2002) tar upp viktiga faktorer i detta förändringsarbete såsom sociala grundresurser för ett nytt liv samt ett identitetsarbete kring individens psykologiska problem, självförtroende och självbild.

När det gäller gravida missbrukare visar forskning entydigt att de flesta försöker avbryta eller minska sitt missbruk under graviditeten (Trulsson, 1998). De flesta kvinnor är medvetna om vad ett missbruk innebär för deras ofödda barn. För att få en djupare förståelse kring varför denna förändring i beteende sker har vi valt att använda oss av Bowlbys teori kring *anknytning*. Anknyningsrelationen mellan barn och förälder och dess vikt för barnets överlevnad fördes fram av Bowlby redan på 50-talet. Han menade att den första anknytningen sker genom barnets reflexmässiga signaler som initierar ett samspel med mamman (Brodén, 2004). I detta samspel skapar barnet *inre arbetsmodeller* och dessa påverkas av hur väl mamman kan läsa sitt barns signaler och tillfredsställa dess behov. De inre arbetsmodellerna lägger en grund för barnets känsla av trygghet och förmåga att knyta an, samt barnets fortsatta förväntningar i relationer med andra människor livet ut (ibid.). En kvinnas förmåga att anknyta till sitt barn är kopplat till hur väl hennes egen föräldraanknytning under den tidiga uppväxten fungerat då man ”mammor som man har blivit mammad” (ibid., s. 45).

## 5. Framställning och analys av det empiriska materialet

Vi kommer i detta avsnitt att presentera vårt empiriska material utifrån olika teman som vi tagit upp i våra intervjuer eller som våra intervjupersoner belyst som viktiga. I texten analyseras vårt material med hjälp av de teorier vi valt samt tidigare forskning. För att läsaren ska få en inblick i hur arbetet ser ut kring denna klientgrupp inleder vi med en kort sammanfattning av detta baserat på våra intervjupersoners berättelser.

En graviditet hos en missbrukare upptäcks oftast av en barnmorska eller av behandlingspersonal i de fall då kvinnan är i behandling. I samhället finns ett mål om att alla barn ska födas drog fria och därför är det viktigt att agera fort. Kvinnan och hennes graviditet ska upptäckas, hon ska motiveras att ta emot hjälp samt lyckas bli drog fri under den relativt korta graviditetsperioden. Kvinnan behöver i och med sitt missbruk och sin graviditet hjälp och stöd från olika instanser, såsom sjukvård och socialtjänst. För att hålla graviditeten levande för kvinnan och hjälpa henne att behålla motivationen för ett drogfritt liv träffar dessa instanser kvinnan minst en gång i veckan under hela graviditeten.

### 5.1 Tvärprofessionell samverkan

Samtliga intervjupersoner ingår i någon slags tvärprofessionell samverkan i sitt arbete med gravida missbrukare. Samverkan kring dessa kvinnor är något samtliga intervjupersoner uttrycker att de av olika anledningar ser som nödvändigt. En av barnmorskorna berättar att hon upplever att samarbetet resulterar i att hon känner en trygghet i att veta vart hon ska vända sig för att få rätt hjälp när hon kommer i kontakt med en gravid missbrukare. Som barnmorska har hon själv primärt hand om graviditeten medan det exempelvis är socialsekreterare som ansvarar för de drogtesterna som ska utföras. En av socialsekreterarna uttrycker att hon har en upplevelse av att det finns en trygghet i att hon inom nätverket, med klientens tillåtelse, kan tala om klientens graviditet.

En vinst som en samverkansgrupp kan medföra är att berörda klienter i de flesta fall hänvisas till en bestämd grupp av professionella. Våra intervjupersoner upplever att detta kan leda till att det inom gruppen utvecklas stor *erfarenhet* kring att arbeta med denna klientgrupp.



Det som vi också, som är speciellt med den här gruppen, är ju att de här missbrukande kvinnorna, är ju... ja i sina problem med kontakter så har de många gånger, på ett sätt, ett väldigt manipulativt sätt, de kan ju lura oss så in i bängen, de är så himla bra på det va'. Och det kan ju också vara väldigt frustrerande såklart, att man tror på folk och så visar det sig i slutändan att, så var det inte alls. Men på nåt sätt så, ja det handlar också om en slags erfarenhet, att våga stå för det man ser och det man misstänker och konfrontera folk. Och det är ju också en slags erfarenhet, att göra, att våga det. Och hur långt ska man driva det. (Barnmorska)

Många av intervjupersonerna resonerar kring denna samverkan som gynnsam för klienterna då den bland annat resulterar i att de snabbt får komma till avgiftning och till kvinnokliniken (KK) för tidsbestämning av graviditeten. För att klienterna ska bli bemötta korrekt när de kommer dit och även på exempelvis förlossningsavdelningen, är det enligt en av barnmorskorna viktigt att den personal som inte är knuten till nätverket får information och kunskap om klienternas problematik.

Det tvärprofessionella stödet som klienterna enligt våra intervjupersoner får, menar de förhoppningsvis ska ge ett positivt förlopp för det väntade barnet och ge barnet en chans att växa upp under drogfria förhållanden.

Då är det ju också ett samhällsansvar att se till så att det här barnet får det bra, och det tycker jag hela tiden är en sån här röd tråd genom det här arbetet med de här kvinnorna. (Projektledaren)

En genomgående uppfattning som våra intervjupersoner ger uttryck för är vikten av ett *samarbete mellan olika professioner*. Detta för att få det enligt dem mest gynnsamma resultatet i arbetet med klientgruppen.

Om man ska lyckas med en graviditet på en missbrukare så måste socialvård och sjukvård jobba ihop, annars går det inte. Eller det är väldigt svårt. (Barnmorska)

## 5.2 Arbetet med gravida missbrukare

### *Nyckelbegrepp och viktiga egenskaper*

När intervjupersonerna ska beskriva sitt arbete framträder vissa begrepp och egenskaper som mer betydelsefulla än andra och några av dem är; respekt, tolerans, en omhändertagande roll, ärlighet och tydlighet samt en eldsjälsmentalitet. Nedan presenterar vi de professionellas tankar kring dessa.

Flera av intervjupersonerna betonar den grundinställning de som professionella måste ha, vilket enligt dem bland annat innebär att de behandlar klienterna med *respekt*. Begreppet respekt är inte alltid lätt att definiera och sannolikt kan det vara svårt för våra intervjupersoner att beskriva i ord med exakthet på vilket sätt denna respekt tar sig uttryck. Ett sätt att förmedla detta till oss är dock genom att föra fram ideologiska ställningstaganden. Barnmorskorna menar att de försöker bygga upp klienternas självförtroende och få dem att känna att de har ett värde. De upplever att de genom detta behandlar klienten på ett respektfullt och korrekt sätt. En av behandlarna beskriver sin starka övertygelse om att alla förtjänar en chans att få vara mamma. Genom kvinnans drogfrihet menar hon att det ges en möjlighet till den viktiga anknytningsprocessen mellan mor och barn. En annan behandlare talar om respekt utifrån en icke dömande inställning gentemot missbrukaren som person;

Och det är ju litegrann att visa i ord och handlingar att det du gör där gillar vi inte, men att du som människa är helt okej. (Behandlare)

I ett respektfullt bemötande anser en av barnmorskorna att man bör ha realistiska förväntningar på klienterna, vilket hon i många fall upplever innefattar att visa större *tolerans*. Detta innebär enligt henne bland annat att acceptera att de inte alltid håller tiden eller att de uteblir från bokade besök vilket kan kräva mer tålamod från den professionella.

Eller kunna säga det att; det gör ingenting att du inte har slutat röka för du har ju faktiskt slutat knarka och det får väl räcka ändå. Så man får försöka hitta sånt som kan lyfta istället för att trycka ner. Och det är också kanske sånt som kan vara svårt mot kollegor som kan ha svårt att acceptera att jag tycker det är okej att en tjej röker 30 cigaretter om dan när hon är gravid.

Men det hjälper inte att jag säger att hon inte ska göra det, hon vet ju att hon inte ska göra det, hon blir ju inte lyckligare utav det. (Barnmorska)

En annan anledning till ökad tolerans gentemot klientgruppen förklarar en behandlare med att klienterna enligt henne ständigt har ögonen på sig från omgivningen;

Vanliga mammor har ju jättekrav på sig att de ska vara den perfekta mamman, men gravida här måste ju bevisa för hela världen, för sig själva och för oss här måste man visa att man klarar det här. (Behandlare)

Sannolikt är det bland annat på grund av dessa höga krav som våra intervjupersoner menar sig vara något mer *omhändertagande* i relationen till denna klientgrupp. Detta ”extra” omhändertagande beror möjligen även på att klienterna har en bakgrund som upplevs göra dem mer sårbara i mötet med exempelvis en barnmorska, än ”vanliga” kvinnor är.

Och dessa kvinnorna har oftast inte det självförtroendet utan har en mer avvaktande hållning på ett sätt kan man säga och så är de väldigt glada om de blir väl omhändertagna. Det betyder nåt speciellt för dem känns det som, och sen så är det också detta med undersökning, ofta har de väldigt svårt för att göra en gynekologisk undersökning. Många är ju utsatta för sexuella övergrepp, har det med sig, prostitution och så som gör att det är svårt för dem att visa upp sig. Det är värre, det är mycket värre än för icke missbrukande kvinnor. (Barnmorska)

En viktig hörnsten för en förtroendefull relation mellan klienten och den professionella är enligt våra intervjupersoner *ärlighet*. Barnmorskor är inga myndighetspersoner med beslutsrätt men samtidigt belyser en av dem vikten av att klargöra hur sekretessen fungerar. Som barnmorska har hon en anmälningsskyldighet om hon exempelvis misstänker att klienten inte är drogfri. En annan barnmorska utvecklar betydelsen av ärlighet och framförallt *tydlighet* gentemot klienten;

Alltså det enda samhället kräver, det är att du är drogfri, och det är inte för samhället utan det är för din skull. För att du inte ska skada ditt foster, det är du som ska bli mamma, det är du som ska leva med detta. Och det fattar de

ju. Om din mamma super som ett svin medan hon väntar dig och så talar hon om det för sin barnmorska och för sin socialsekreterare. Och så lik förbaskat så går hon ut och dricker va', för hon klarar inte att vara drogfri, och så står vi och blundar och du blir skadad. Alltså de fattar ju det här, de ska ha raka rör. Nu gäller det att vara drogfri. (Barnmorska)

Då många kvinnor har börjat missbruka i tidig ålder berättar en av barnmorskorna att hon upplever att det finns en stor risk att de stannat i en mognadsnivå motsvarande den hos exempelvis en 14-åring. Många av dessa kvinnor uppfattas därför vara väldigt känsliga för attityder och det är ytterligare en anledning till varför intervjupersonerna anser att de måste vara tydliga mot dem.

Jo, det gäller ju att ha den rätta, raka attityden, och att man aldrig sätter sig på några höga hästar utan man frågar rakt, rätt upp och ner. Och ju mindre krusiduller man har desto bättre är det. (Barnmorska)

En av socialsekreterarna beskriver att det ligger i hennes yrkesroll, och i det sociala arbetet överhuvudtaget, att vara tydlig och saklig mot klienterna. I detta upplever hon att hon ofta får vara sträng och offensiv för att klienten ska förstå allvaret i situationen och vikten av att ta emot stöd och hjälp. Hon tycker det är viktigt att både hon och klienten är ärliga mot varandra och att de båda visar var de står. Även om hon tillhör den kontrollerande myndigheten som kan besluta mycket mot klientens vilja upplever hon att man kan komma långt i arbetet genom ett upparbetat förtroende och en bra relation.

Ett annat skede i arbetet kring klienten är efter förlossningen då klienten har chans att träffa kuratorn. Hon poängterar att hon anser det vara av stor betydelse att vara ärlig mot dem om varför barnet eventuellt har tagit skada. Många barn som föds efter att mamman missbrukat i graviditeten är abstinenta vid födseln, vilket innebär att de är skrikiga, oroliga samt svåra att mata och anknyta till (Slinning, 2005a). Kuratorn uttrycker att hon tycker det är viktigt att förklara varför barnet beter sig på detta sätt och när det kommer att gå över. Hon upplever även att det är av stor vikt att få klienterna att inse att de behöver ta emot hjälp då hon erfar att dessa barn är svåra att hantera på egen hand.

Många av våra intervjupersoner beskriver vikten av ett personligt intresse för klientgruppen och talar i samband med detta om en *eldsjälsmentalitet*. Denna mentalitet tyckte vi oss utläsa i en barnmorskas berättelse om sina klienter och varför hon upplever att det är viktigt med en intensiv kontakt.

För att de här tjejerna saknar nätverk, de har inga familjer och då är det som jag brukar säga till de här tjejerna, nu är vi din familj. Alltså om man ser det så, så förstår man hur man ska jobba med dem. (Barnmorska)

Hon erfar att det är viktigt att inte bara göra barnmorskekontroller, utföra drogtester eller ordna bostad utan att man som professionell visar ett, i hennes mening, genuint intresse för klienten. En av de andra barnmorskorna betonar att hon inte anser att man behöver vara före detta missbrukare för att ha detta intresse och engagemang för klientgruppen, vilket hon upplever är en utbredd uppfattning. Projektledaren har intrycket av att denna eldsjälsmentalitet finns bland de professionella inom nätverket. Hon upplever att de har en önskan om att fånga de här klienterna tidigt och på så sätt kunna ge dem en chans till förändring under graviditeten. En av barnmorskorna illustrerar detta; ”om det är någon som behöver få stora insatser, gräddfiler, så är det de här flickorna”.

### *En speciell klientgrupp*

Vi var intresserade av om intervjupersonen själv tycker sig se att hon ändrar sig i sitt sätt att arbeta och i sitt sätt att vara mot denna klientgrupp i förhållande till sina övriga klienter. Mycket av intervjutiden gick därför åt till diskussioner kring huruvida intervjupersonerna upplever att det finns skillnader i deras sätt att förhålla sig gentemot klientgruppen.

Missbruksbehandling som berör gravida missbrukare är ofta specifikt utformad för att möta deras problematik (Trulsson et al, 1997). En av behandlarna beskriver en skillnad i deras behandling i det att de har fler enskilda samtal med de gravida klienterna. Där talar de enligt henne dels om missbruket och kriminaliteten men lägger framförallt stor vikt vid graviditeten och föräldrskapet.

Det vi känner att vi fokuserar mycket på är den egna uppväxten, hur har man haft det, vad har man för syn på föräldrskap eller vuxenskap. Många har ju haft det problemet att de vuxit upp med missbrukande föräldrar och

har blivit placerade på institution eller i familjehem eller hos nån moster eller så. Så vi försöker backa bandet lite och se hur ser man på det, vad är bra och vad är mindre bra och så vidare, och vad har man för syn på sig själv som blivande förälder, vad tycker man är viktigt i föräldrskapet och så. (Behandlare)

Behandlaren upplever att klienterna, efter avslutad behandling, har höga krav på sig och att de kontrolleras från många håll. Hon erfar att det i arbetet med klienter utan barn finns mer utrymme för de professionella att göra upprepade insatser vilket enligt henne innebär att klienten ges fler chanser. Hon har intrycket att det är stor skillnad då det inte rör sig om en vuxen individs välfärd utan om ett barns. Av denna anledning upplever hon att dessa klienter måste sköta sig perfekt för att ett omhändertagande av deras barn inte ska genomföras.

En av barnmorskorna återkommer vid ett flertal tillfällen i intervjun till att hon tycker det är viktigt att ge beröm och fokusera på det positiva och att lyfta upp istället för att trycka ner. Hon berättar att hon genom sin erfarenhet upplever att hon inte längre känner att hon måste vänta på rätt tillfälle för att ställa, enligt henne, viktiga och känsliga frågor, exempelvis om sexuella övergrepp. Samtidigt upplever hon att hon har ett oerhört ansvar då hon har intrycket av att många av dessa klienter känner stor tillit till henne.

En vanlig kvinna finns det en mycket större tolerans att få göra fel, för de har så många andra att kolla av med. Men här blir det ju så himla viktigt, för säger jag fel så kan jag göra jättemycket fel bara genom att säga en sak. Och jag kan också skada ett förtroende för att, alltså de är ju så, många har ju jättesvårt med förtroende så att när man väl får förtroende så är det verkligen liksom nånting att vårda. (Barnmorska)

Enligt våra intervjupersoner upplever de att det finns många avvägningar och en speciell fingertoppskänsla i arbetet kring gravida missbrukare. De berättar att de har erfarenhet av att detta i många fall leder till en svår balansgång. Det är samtidigt denna balansgång som många av dem anser resultera i att deras arbete är så utmanande och stimulerande.

Projektledaren, som tidigare jobbat mycket med föräldrskap, berättar att hon upplever sig ha blivit positivt överraskad över klienternas förmåga. Enligt henne ligger inte de eventuella

problem som kan uppstå i klienternas föräldraförmåga, utan i att det inte finns något bra stödprogram för dem efter graviditeten. Projektledaren har intrycket att de behöver hjälp under lång tid och att de behöver stöd på ett annat sätt än vad kvinnor utan missbruk behöver.

*”Det är ju svårt många gånger...”*

Nästan samtliga intervjupersoner har uppgivit att de anser klientgruppen vara svår att arbeta med, inte minst på grund av de känslor som enligt dem kan väckas.

En graviditet och missbruk är ju så fel som det överhuvudtaget kan vara, missbruk och ett foster i magen är ju jättehemskt. Och det föder naturligtvis tankar på oss också ju. (Socialrådgivare)

En av barnmorskorna berättar att hon av klienterna får ta del av en mängd tragiska livsöden och historier;

Det blir väldigt konkret när det sitter en ung kvinna framför en och berättar till exempel att hennes mamma var den som gav henne den första silen när hon var tretton. Herregud liksom, hur har man levt. Och många andra såna livsöden, som det verkligen handlar om. Så det är ju en del i detta att liksom härbärgera det, och det gör väl att man känner extra mycket att man vill göra nåt litet gott för dem. Uppmuntra dem på det man kan och prata med dem på ett annat sätt än vad de kanske är vana vid, alltså utan intentioner. Berättar de för socialförvaltningen till exempel så handlar det ju liksom om att åtgärda på olika sätt, att då får vi göra det och det och detta. Men jag lyssnar ju och kan inte göra så mycket mer än att hjälpa dem med det de... om de vill ha preventivmedel eller undersöka sig. (Barnmorska)

En av behandlarna berättar att hon genom sin erfarenhet upplever att det finns två olika slags inställningar till graviditet och behandling hos dessa klienter. Det finns de klienter som oplanerat blivit gravida och gjort ett ställningstagande att gå in i behandling för sitt ofödda barns skull. Det finns även de klienter som medvetet blir gravida under sin behandling i hopp om att det ska kunna motivera dem ytterligare till drogfrihet. Hon upplever att det, i de fall då klienten enligt henne ser barnet som en räddning, kan väckas känslor hos behandlingspersonalen som hon av erfarenhet vet att behandlarna känner är svåra att hantera.

En av de känslor som hon själv upplevt som svår, ligger i det enligt henne etiska dilemma som hon menar uppstår då hon önskar att en klient ska göra abort. Diskussionen kring på vilket sätt intervjupersonerna anser att den professionelle ska samtala med klienten kring abort har uppkommit i flera intervjuer. Detta presenterar vi i avsnittet som följer.

I intervjupersonernas diskussioner kring de upplevda svårigheterna har många lyft fram att de tycker det är viktigt att i detta arbete ha en referensgrupp som består av ”vanliga” klienter. En av barnmorskorna berättar att hon arbetar med gravida missbrukare 40 % av sin arbetstid och upplever att det är bra att kunna referera till sina icke missbrukande klienter. Hon har intrycket av att det kan lugna de missbrukande klienterna om hon kan bekräfta att den oro de känner och de frågor de har kring graviditeten även finns bland hennes övriga besökare. En av behandlarna upplever även hon vikten för denna klientgrupp av att behandlarna har andra klienter att referera till. Hon erfar att klienterna befinner sig i en miljö på behandlingshemmet där de är bland ”likar” och ses enligt henne i första hand som missbrukare och i andra hand som gravida. En av barnmorskorna uttrycker att det för henne är viktigt att inte få en felaktig verklighetsuppfattning om vad som är normalt och inte normalt och hon upplever därför att det är bra att inte arbeta till 100 % med gravida missbrukare utan även med vanliga graviditeter. ”Det gäller att inte sänka ribban för lågt med vad man accepterar”.

### **5.3 Förhållningssätt i abortsamtal**

Vid en oplanerad graviditet väcks alltid frågan huruvida du kan och vill fullfölja denna, oavsett om du har ett missbruk eller inte. Att som professionell förhålla sig neutral i samtal med en klient kring hennes graviditet uppger alla intervjupersoner att de anser vara det som är etiskt riktigt. Till vilken grad detta efterlevs i verkligheten kan vi omöjligt ta ställning till utifrån vårt intervjumaterial.

Alltså konsten att vara en abortrådgivare är att hjälpa kvinnan i det beslutet som känns bäst för henne och inte mitt tyckande. Och det låter kanske enkelt men det är inte så jäkla enkelt när man sitter med en nerknarkad, bostadslös tjej. (Barnmorska)

En av barnmorskorna har uppfattningen att abortfrekvensen är hög bland deras klienter. Enligt henne genomförs det bland icke missbrukande kvinnor en abort på vart fjärde fött barn,



medan det i den aktuella klientgruppen genomförs minst en abort på varje fött barn. Hon anser att man som professionell inte ska ta ett graviditetstest på en missbrukare om man känner sig osäker på hur man ska hantera svaret, då hon upplever att sättet det förmedlas på betyder jättemycket för klienten. Hon berättar att hon har erfarenhet av att personal på behandlingshem och inom socialtjänsten generellt är dåliga på att förhålla sig neutrala. Hon upplever att många av dem talar om för klienten hur den ska agera vilket enligt henne är det sämsta de kan göra.

Ska du verkligen föda barn? Du kommer att bli en dålig mor, det är vad jag säger om jag säger att; klart du ska göra abort. Det är precis det jag säger till dig, i ansiktet. (Barnmorska)

En av behandlarna diskuterar kring var gränsen går mellan att ifrågasätta en graviditet och uppmana till en abort. Hon berättar att hon aldrig kommer ifrån den maktposition hon upplever sig ha som behandlare. Hon har intrycket av att i de fall då hon har en stark önskan om att klienten ska göra abort så känner denna av det, även om det inte uttalats.

Det ligger lite i den etik som man har att man säger inte till en gravid kvinna att jag tycker att du ska göra abort, men ibland kanske man undrar om man inte borde säga det. Ibland är man övertygad om att man borde säga det, det är jättesvårt. (Behandlare)

En av barnmorskorna berättar att hon tycker att det är viktigt för professionella att komma ihåg att även de klienter som väljer att inte behålla sin graviditet bör få känna att det också är ett sätt att, enligt henne, vara mamma på. Vid de tillfällen då klienten väljer abort gratulerar hon dem och säger att hon tycker de är bra mammor. Detta då hon upplever att de, genom aborten, har tagit ett beslut som mamma kring vad som är bäst för barnet.

Intervjupersonerna upplever att en diskussion kring etisk medvetenhet är viktig i arbetet med denna klientgrupp. Enligt Carlander och Carlander (2004) bör hjälparen, som sitter i en maktposition gentemot klienten, använda sig av ett *dialektiskt förhållningssätt* i möten och i samtal med klienter. Detta innebär att samtalet består av ett givande och ett tagande och resulterar i en ”lösning” som de gemensamt kommit fram till (ibid.). Vi är av uppfattningen att det, i abortsamtalen, är av ytterst stor vikt att den professionella inte förmedlar en färdig

lösning, alltså föreslår att klienten ska behålla barnet, alternativt göra abort. Vi anser därför att det ligger mycket i det vi uppfattade att en barnmorska beskrev vara viktigt i dessa samtal; det är av stor vikt att lyssna på klienten för att kunna tolka vad hon själv önskar och sedan stödja henne i det beslut hon väljer.

#### **5.4 Den dubbla rollen**

Något som kommit upp i samtliga intervjuer är diskussionen kring vems perspektiv man som professionell, upplever att man tar i sitt arbete med gravida missbrukare. Finns det en kluvenhet i att ha den gravida kvinnan som klient och samtidigt vara det ofödda barnets beskyddare? En av socialsekreterarna uppfattar att de inom socialtjänsten lägger fokus på barnperspektivet. Hon betonar att de enligt henne har ett stort ansvar när det gäller ofödda barn och barn i missbrukssammanhang. Hon är av åsikten att de i dessa fall får agera barnets advokat och föra dess talan. Enligt henne lägger de samtidigt vikt vid att arbeta utifrån mammans perspektiv, då hon upplever att de har en uppfattning om att ”mår mamman bra så mår barnet bra”. En annan av socialsekreterarna utvecklar det dubbla uppdrag hon anser att socialtjänsten har; dels som hjälpare och dels som kontrollant. Hon menar sig på grund av detta ha ett dubbelt perspektiv, då mamman och barnet hör ihop. Projektledaren anser att socialtjänsten inte alltid är så medvetna om att de i dessa fall har detta dubbla perspektiv;

Och ibland kan jag tycka att socialtjänsten inte är tydlig med det, utan man väljer sida så att säga. Antingen väljer man att stödja kvinnan och då stödjer man kvinnan till 150 % vilket kan innebära att barnet far väldigt illa och får gå med på många olika turer. Eller så väljer man barnets sida och då kan det bli en snabb, alltså en väldigt snabb, alltså då kanske man placerar barnet väldigt snabbt, och säger att kvinnan har inte en chans. Jag menar, har du sex barn omhändertagna sen tidigare och du får ditt sjunde barn så placerar man barnet direkt från början i princip, och det är den andra ytterligheten.  
(Projektledaren)

Från barnmorskornas sida upplevde vi att det däremot inte uttrycktes några tveksamheter kring vilket perspektiv de jobbar utifrån då de alla, på frågan om val av perspektiv, svarade att de upplever sig ha ett tydligt barnperspektiv. En av barnmorskorna påpekade dock att deras

mål enligt henne, liksom för socialtjänsten, är att kunna välja barnet och mamman tillsammans.

## 5.5 De professionellas tankar om varandra

I arbetet kring den gravida missbrukaren har det utvecklats ett samarbete mellan olika professioner. Vi kommer i detta avsnitt att presentera hur våra intervjupersoner ser på sig själva och hur de ser på andra professionella inom detta samarbete.

### *Vårdens roll*

En av socialsekreterarna uppfattar att det finns olika synsätt inom socialtjänsten och sjukvården, vilket enligt henne möjligtvis kan bero på de olika lagar de har att rätta sig efter. Då sjukvårdens tvångslag, Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, rör människor med psykisk problematik kan den inte appliceras på människor med enbart missbruksproblematik. Hon upplever att det kan leda till att sjukvården får en ”snällare roll” gentemot den senare klientgruppen. Hon har även intrycket att skillnaderna kan härledas till de olika kulturer som enligt henne finns inom socialtjänsten och sjukvården.

Det är klart att det finns svårigheter på grund av att man kanske har olika synsätt. Man har föreställningar om varandra, myter om varandra som inte är med sanning överensstämmande”. (Socialsekreterare)

En av behandlarna berättar att hon tidigare uppfattat en hård och fördömande inställning gentemot gravida missbrukare inom sjukvården. Denna inställning anser hon dock har förändrats i en, enligt henne, positiv riktning.

Då kunde man riktigt känna hur hon hade taggarna utåt mot dom, alltså den undersköterskan man fick till sitt rum till förlossningen. Riktigt taggarna utåt, du kan ligga där och ha ont, alltså du har satt dej i det här själv och såna som du ska ha barn! Men det ser jag aldrig mer nu. (Behandlare)

Kuratorn upplever dock att det inom vårdsektorn fortfarande finns en hård inställning till missbrukare. Hon tror att denna inställning till viss del beror på att de främst har ett barnperspektiv och att det därför är lätt att klandra och kritisera mamman. En av

barnmorskorna har en liknande uppfattning och berättar om hur en klient beksrev upplevelsen av en ”vanlig” barnmorskas bemötande; ”Oj, kan man bli smittad [av Hepatit C] och var är min plånbok, ska de sno nåt?” Hon anser därför att det är viktigt att vårdpersonal som träffar denna klientgrupp besitter specialiserad kunskap och erfarenhet, särskilt vad det gäller symtom och tecken på missbruk. Vikten av denna specialiserade kunskap diskuteras i flera artiklar inom ämnesområdet (Allebeck & Nyberg, 1993; Ottenblad, 2000).

### *Socialtjänstens roll*

En av barnmorskorna diskuterar kring det synsätt som hon upplever finns inom socialtjänsten;

Ja, det finns en skillnad i synsätt, ja det tycker jag. Nu har de ju en annan roll, de har ju den här kontrollerande och utredande och ska verkligen gå till botten. Kan också vara, åtminstone så som klienterna kan uppfatta det, en straffande roll. Det är de som kan säga att vi tar barnet, alltså det ger också ett annat förhållningssätt tror jag. Vi har mycket lättare att hålla en mer medmänsklig, och jag tror vi gör det också. Alltså mödravården är ju egentligen frivillig, och vi gör ju ingen, alltså det är ju socialförvaltningen också på ett sätt men de har alltid det här hotet om att de kan sätta in folk och vi har ju ingenting sånt på KK. Vi kan bara tycka och be och insistera och folk väljer ju själva. Så det ger ett, det ger en olikhet i förhållningssättet, det tror jag. (Barnmorska)

En av de andra barnmorskorna upplever att det finns svårigheter i hennes kontakt med socialförvaltningar som sällan har gravida missbrukare som klienter, och där ett tvärprofessionellt samarbete inte är utvecklat.

Och det har funnits några halvår när man har tänkt liksom att jag går under utav detta för att, då tillhör jag ju en annan yrkeskategori och att då ringa till en socialförvaltning och ha en idé, en tanke, nånting, det är nästan omöjligt. Man kan faktiskt bli väldigt illa bemött och jag tror att det är att de känner att man stiger över en gräns där man inte borde stiga över, att det väcker en väldig irritation. (Barnmorska)

Några av behandlarna upplever att samarbetet mellan dem och socialtjänsten fungerar mycket bättre då det handlar om gravida missbrukare än när det rör klienter som inte är gravida. De menar att socialtjänsten i dessa ärenden är snabbare med att boka möten för planering, göra studiebesök på lämpliga behandlingshem och så vidare. En av behandlarna tror att detta möjligen kan bero på att socialtjänsten är beredda att lägga mer pengar på behandling för dessa klienter och att de på detta sätt kan undvika att även barnet blir ett framtida ärende. Hon tror även att socialtjänstens utökade engagemang kring just denna klientgrupp till stor del beror på graviditetens naturliga deadline och den tidspress denna innebär. En av socialrådgivarna bekräftar att tiden är en faktor som gör att de, på hennes arbetsplats, agerar annorlunda; ”Det får inte finnas en minuts fördröjning” i arbetet med de gravida missbrukarna medan hon har ”mer is i magen” i arbetet med icke gravida missbrukare.

## 5.6 Etisk medvetenhet

Inom socialt arbete anser vi att det är viktigt att den professionella är väl insatt i vad hennes maktposition medför och att hon har en etisk medvetenhet. Detta tror vi är av särskilt stor vikt i arbetet med en klientgrupp som sannolikt är stämplad som ”extremt” avvikande. Enligt Pettersson (2000) finns det ett antal välkända etiska principer och en av dessa är principen om *lika människovärde*. Alla människor ska ha samma rättigheter och en av dessa är självbestämmande över sitt eget liv (ibid.). Därför är det enligt oss viktigt att de insatser som blir aktuella, planeras i samråd med klienten och baseras på frivillighet enligt självbestämmandeprincipen. I de fall då klientens vilja inte överensstämmer med vad den professionella anser vara det bästa alternativet tror vi dock att denna princip ibland ”körs över” då socialsekreteraren har makten att ansöka om tvångsåtgärder. Hur är det etiskt försvarbart att socialsekreteraren bortser från denna princip för att, till synes, få sin vilja igenom? Från våra intervjupersoner har framkommit att målet i deras arbete med denna klientgrupp enligt dem är att kvinnan och hennes ofödda barn ska må bra. Om frivillighet till vård saknas tror vi att självbestämmandeprincipen ibland måste bortses från för att uppnå detta. Sannolikheten är då stor att de professionella får arbeta utifrån andra etiska principer i dessa fall. Pettersson (ibid.) beskriver *godhetsmaximeringsprincipen* som innebär att vi bör göra gott mot andra, förebygga skador och förhindra eller eliminera sådant som är skadligt. Denna princip bygger på att man ska göra gott, men inte alltid på att man ska vara god. Kombinerat med *skademinimeringsprincipen*, som innebär att vi har en plikt att inte orsaka

andra människor lidande eller åstadkomma skada (Pettersson, 2000), menar vi att tvång i vissa fall kan vara etiskt rättfärdigat i arbetet med denna klientgrupp.

## 5.7 Hur samhället tycks se på klienterna

En av behandlarna är av uppfattningen att det inom många myndigheter finns en brist på kunskap kring missbruk och hon hade önskat att det för en ökad förståelse kring problematiken funnits mer inblick i aktuell missbruksforskning. Att det kan anses finnas en brist på kunskap och förståelse diskuterar en av barnmorskorna kring;

För vi [samhället] gör ju lite grann med missbrukare som vi gör med homosexuella. Homosexuella är ju bara sexuella och så är det ju med missbrukare, de är ju bara missbrukare, de är inte vanliga människor också. Så det tycker jag är en viktig del i jobbet, att göra dem till vanliga, för de ska faktiskt bli vanliga mammor, vi kan inte ha missbrukarmammor i samhället, det funkar inte. (Barnmorska)

I arbetet med denna klientgrupp har forskning visat på att en lång kontakt och en kontinuerlig eftervård är viktigt för ett långsiktigt gott resultat (Forslind, 2000). Många av intervjupersonerna upplever att trots dessa forskningsresultat ser politiker och tjänstemän inom detta område främst till vad de anser vara det ekonomiskt mest lönsamma alternativet. Detta innebär oftast inte en lång behandlingstid. En av behandlarna är av uppfattningen att beslutsfattare har en naiv föreställning i tron att en kort behandling alltid ska ge ett positivt resultat. Många av hennes klienter har, enligt henne, missbrukat droger från tidig tonår tills de hamnat på ett behandlingshem och för att förändra hela sitt liv menar hon att tre månaders behandling sällan räcker.

En av socialsekreterarna berättar att hon ibland upplever att hon utsätts för ett hårt tryck och ifrågasättande synpunkter från andra myndigheter när det gäller missbrukare som får barn. Hon tycker att hon ibland får kämpa hårt för att bevisa att hennes klient faktiskt klarar av att ta hand om sitt barn och hon menar att hon då får ”sätta sig över vad det övriga samhället tycker”. Det är enligt henne inte hennes arbetsuppgift att per automatik omhänderta dessa barn utan hon anser att hennes uppgift är ”att trygga det lilla barnet och barnets vårdare” så långt det går. Hon erfar att många har en felaktig uppfattning om vilka kriterier som ska vara

uppfylla för att hon ska kunna genomföra ett omhändertagande. Utifrån vad våra intervjupersoner berättat har vi en tanke kring att det i samhället kan finnas en oro kring klientgruppens föräldraförmåga. Möjligtvis har denna oro utgångspunkt i den bild samhället, enligt Hilde (2002), har av en missbrukande kvinna. I denna bild tillskrivs hon egenskaper som står i motsats till de en god ”vanlig” kvinna besitter. Kristiansen (2000) menar att en kvinna med automatik ses som en potentiell moder. De egenskaper som samhället knyter till en kvinnlig missbrukare, exempelvis lösaktighet och bristande omvårdnadsförmåga (Trulsson, 1998), är inte egenskaper som är förenliga med moderskapet. Risken är, enligt Goldbergs karriärmodell (Hilde, 1996), att kvinnan implementerar samhällets negativa förväntningar på hennes föräldraförmåga, i sin självbild.

### **5.8 Hur klienterna tycks se på sig själva**

Alla kvinnor reagerar olika på ett positivt graviditetstest, beroende på ålder, livssituation, civilstånd etcetera och dessa olika sätt att reagera på återfinns givetvis även hos kvinnliga missbrukare. Vi var intresserade av om, och i så fall på vilket sätt våra intervjupersoner uppfattar att deras klienter uttrycker tankar kring sin graviditet. En av behandlarna tycker sig se skillnader i reaktioner mellan yngre och äldre klienter på sin arbetsplats. Hon menar att de unga kvinnorna som är gravida för första gången till synes ofta har ett hopp om att graviditeten ska ge dem ett nytt liv. Av den anledningen går de, enligt henne, in för sin behandling med ett stort engagemang vilket hon menar i många fall leder till ett positivt utfall. Sannolikheten att de äldre klienterna har tidigare erfarenhet av egna barn som blivit omhändertagna och att de är ”mer kantstötta” av det liv de levtt, är enligt henne stor. Av denna anledning erfar hon att en graviditet inte alltid är motivation nog för de äldre kvinnorna att sluta missbruka.

En av behandlarna tror att det finns en risk att många av klienterna bagatelliserar sitt missbruk, då hon upplever att de på grund av sin graviditet får en övertro på sin kapacitet. Hon har uppfattat att en vanlig tanke hos klienten kan vara; ”barnet gör att jag blir frisk och nu klarar jag mig själv”. Då hon upplever att detta medför en risk vill hon i sitt arbete försöka få klienten att förstå att det handlar om att hon själv måste arbeta för att bli frisk och att barnet inte är ett medel för att hon ska komma ur sitt missbruk. Behandlaren beskriver ytterligare något som hon anser kan leda till bagatellisering;

För det finns ju ändå i samhället den här glorifierade mamman som ju absolut inte är nån missbrukare, och då kan det va svårt också att jobba med det mörka och till exempel jobba med erfarenheter från prostitution. Eller man kanske bortser från att killen faktiskt har misshandlat en för man vill så gärna vara den där lyckliga mamman. (Behandlare)

Behandlaren har intrycket av att kvinnan plötsligt verkar kunna se sig själv leva ett "Svensson-liv". Hon berättar att under alla de år som hon har arbetat med gravida missbrukare har hon inte upplevt en enda klient som inte sett sig själv leva ett sådant vanligt familjeliv; "mamma-pappa-barn". Detta är en problematik som Slinning (2005b) diskuterar i en artikel som rör klientgruppen. Enligt henne visar erfarenhet att "...dessa kvinnor ofta har orealistiska förväntningar på stora och positiva förändringar i livet genom detta att bli mamma" (ibid., s. 13).

Alla våra intervjupersoner betonar att de inte tror att det finns någon frisk kvinna som vill göra sitt barn illa och de upplever att denna mentalitet även finns hos deras klienter. Många av intervjupersonerna har erfarenheten att det på grund av detta finns en stor rädsla bland de gravida missbrukarna att de inte ska klara av att vara drogfria under och efter graviditeten. De upplever samtidigt att det oftast finns en stark vilja att kunna behålla sitt barn efter födseln. Enligt många intervjupersoner kan problem uppstå om klienten inte klarar av att bryta sitt missbruk under graviditeten. De menar att det i det skedet är viktigt att starkt motivera henne att vilja ta emot hjälp för att möjliggöra en förändring. En av barnmorskorna beskriver varför hon anser att motivationsarbetet är så viktigt;

Med de mest hemska odds man kan tänka sig från början och så vänder de.  
De har samma styrka som de har i sitt destruktiva liv, samma styrka kan de vända till nånting positivt också. (Barnmorska)

Barnmorskan uppfattar att det finns en oro hos klienterna att de på grund av sitt missbruk kan ha skadat sitt barn. Hon berättar att hon ofta får en känsla av att klienterna upplever att "de har små monster i magen".

En av behandlarna upplever att en stor skillnad för klienterna är att de under sin graviditet gör något för någon annans skull vilket hon säger sig tro inte är speciellt vanligt i



missbruksvärlden. Hennes erfarenhet är att klienterna många gånger säger; ”mitt barn ska aldrig uppleva det som jag gjort”. Detta upplever hon vara en motiverande faktor som kan resultera i att klienter lyckas hålla sig drogfria under graviditeten och i början på sitt moderskap.

En av barnmorskorna har intrycket av att klienterna har en klar uppfattning om att övriga samhället ser dem som en avvikande grupp; ”de som har den sämsta uppfattningen om dem är de själva”. Kuratorn menar att detta kan resultera i att de agerar på ett särskilt sätt och straffar ut sig då de, enligt henne, inte anser sig vara värda den hjälp de har rätt till. Den låga självkänsla som en av barnmorskorna uppfattar hos klienterna tror hon kan leda till att de kan uppleva obehag när de träffar professionella som inte är insatta i missbruksproblematik. Av denna anledning tror en av socialrådgivarna att klienterna upplever deras tvärprofessionella samarbete kring dem som positivt. Samarbetet innebär bland annat att klienterna får träffa en barnmorska som vet hur deras situation ser ut. Detta kan enligt henne möjligen resultera i att klienterna upplever att de inte behöver hålla upp någon fasad. En av barnmorskorna upplever att deras klienter har en känsla av att det finns människor kring dem som vill att det ska gå bra, både från socialtjänsten och från sjukvårdens sida.

## **5.9 Utbildningens betydelse**

Vi hade i ett tidigt skede av uppsatsen en tanke om att det finns skillnader i våra intervjupersoners förhållningssätt gentemot klientgruppen och att dessa kan bero på att de olika utbildningar de har sannolikt fokuserar på olika områden. Inom sjukvården bedrivs arbetet utifrån evidensbaserad kunskap och de professionella kan med hjälp av denna ställa diagnoser och i många fall bota människor. Inom de flesta socionomyrken saknas tillgång på denna typ av evidensbaserad kunskap och socionomer får istället använda sig själva och sin erfarenhet som verktyg för att identifiera problem och hitta sätt på vilka dessa kan hanteras. Att olika utbildningar skulle leda till skillnader i förhållningssätt var det dock bara en av socialsekreterarna som belyste. Hon menar att de skillnader som hon kan se i förhållningssätt sannolikt beror på att socionomer har en annan skolning än vårdpersonal. Genom sin utbildning på Socialhögskolan i Lund har hon intrycket av att hon fått tid till att jobba med den personliga utvecklingen samt fått träna sig i att våga stå på sig och att tåla mer.

Alltså att man kan ta emot att nån berättar hur de känner sig och att inte gå i försvar. Det tror jag är viktigt. Och att fatta svåra beslut om att jag bedömer inte att det är lämpligt att du åker hem på permission denna helgen för nu har detta och detta hänt och stå fast vid det. (Socialsekreterare)

### 5.10 Ett gynnsamt resultat

#### *Att dra nytta av graviditetens möjligheter*

En av barnmorskorna beskriver utifrån sin erfarenhet att man har absolut bäst odds för, vad hon anser vara, ett gynnsamt resultat i arbetet med dessa klienter när man hittar dem tidigt i graviditeten. Vidare menar hon att då ”tidig upptäckt är A och O” för adekvata stödinsatser, är det enligt henne viktigt att socialsekreterare är uppmärksamma då klienter ”slänger ur sig varningssignaler”. Dessa varningssignaler upplever hon oftast finnas även om klienterna visar dem mer eller mindre tydligt.

Alla kvinnor vill bli hjälpta. Det finns ingen kvinna på jorden som vill skada sitt foster, och inte heller missbrukare. De vet att missbruket kan skada och det gör ju att de vill ha hjälp, de vill ha akut hjälp. (Barnmorska)

Graviditeten är en väldigt speciell händelse i en människas liv, då det händer mycket med en gravid kvinna, både fysiskt och psykiskt. En av socialrådgivarna erfar att det finns en stor möjlighet att förändra klientens liv då och berättar att hon tagit del av forskning som visar på att en graviditet är det mest gynnsamma tillfälle för en livsstilsförändring hos en missbrukande kvinna. Enligt Blomqvist (2003) anger största andelen av kvinnliga ”självläkare”, det vill säga de som utan behandling lyckats bryta sitt missbruk, graviditet som den avgörande faktorn för sin förändring. Brodén (2004) menar att det är viktigt att kvinnan kan organisera sina tankar om anknytning och relationer och genom att reflektera över dem kunna nå en förändring i positiv riktning. En av behandlarna upplever att klienternas graviditeter sällan är planerade men att de ser den som en ny chans då många enligt henne har en längtan efter att bilda familj och bli ”vanlig”.

Det börjar väckas nånting i att förändra mitt liv, eller vårt liv. Och de börjar drömma. De har kanske inte haft nåt att drömma om på länge. (Behandlare)

En annan behandlare berättar att många av klienterna har beskrivit sin graviditet för henne som den fantastiska vändpunkt då deras liv förändrades. Behandlaren uppfattade att dessa klienter hittade en styrka och motivation i graviditeten och att det sannolikt var det som medförde att de lyckades hålla sig drogfria.

#### *Fortsatt stöd efter graviditeten*

I de fall då en kvinna lyckats hålla sig drogfri under sin graviditet är risken att hon återfaller i missbruk störst ett par månader efter barnets födelse (Forslind, 2000). En av socialrådgivarna uppfattar att graviditeten innebär en spärr för klienten som kan leda till att hon bryter sitt missbruk under havandeskapet. I de fall då barnets pappa är missbrukare upplever hon att han oftast fortsätter sitt missbruk trots graviditeten och detta erfar hon kan medföra att kvinnan har svårare att behålla sin drogfrihet. Den ickemissbrukande partner som ofta finns som stöd bakom en manlig missbrukare finns sällan bakom en kvinnlig missbrukare (Socialstyrelsen, 1991).

Det är av stor vikt att gravida missbrukare får fortsatt stöd efter graviditeten (Ottensblad, 2000). Exempel på sådant kan vara familjestödare och föräldragrupper. Det råder skilda meningar bland våra intervjupersoner om hur ett stöd i form av föräldragrupp bör vara utformat. En av barnmorskorna diskuterar kring sin erfarenhet av att introducera klienten i en föräldragrupp på mödravårdcentralen;

De vet ju inte hur Svenssons är, eller hur? De är jättenyfikna på hur vanliga människor lever och har det, de vet ju ingenting om det många gånger va'. Om de kan träffa, så att säga, vanliga mammor i en vanlig föräldragrupp, så har det gått bra många gånger, och en del går det inte bra. En del behöver ha lite specialutbildning i såfall, det är individuellt. En del är rädda för att träffa andra och en del tycker det är jättekul att träffa andra, så man får vara så flexibel som möjligt och behandla dem så individuellt som möjligt. För det är väldigt olika individer, väldigt mycket mer olika kanske än vanliga människor är. (Barnmorska)

Enligt många av intervjupersonerna är sannolikheten stor att klienterna har vuxit upp under väldigt svåra förhållanden och har mammor som också är missbrukare. Detta upplever intervjupersonerna resulterar i att klienterna inte har någon bra modell över hur det är att vara

mamma, vilket de möjligtvis skulle kunna få hjälp med att bilda sig i en föräldragrupp. En av behandlarna ser dock en möjlig svårighet med att genomföra ”blandade” föräldragrupper då många missbrukande kvinnor enligt henne är rädda för frågor och blickar från de ”vanliga” mammorna. Hon tror att detta sannolikt kan hänga ihop med den brist på erfarenhet de har av ”Svensson-livet” som enligt henne gör att de inte kan relatera till de ”vanliga” mammorna. En av de andra behandlarna delar denna uppfattning och har intrycket av att dessa blandade föräldragrupper många gånger kan upplevas av klienterna som en belastning mer än som en tillgång.

Ibland oroar hon sig också kanske om de ställer frågor, vad ska man då säga? Hur det är? Jag är före detta heroinist och jag har suttit i fängelse. Eller ska man ljuga, och om man nu ska ljuga, vad ska man då hitta på? Alltså det är en jättesvår situation för många. (Behandlare)

## 6. Avslutning

### 6.1 Sammanfattning

I Sverige är narkotikabruk olagligt och genom att missbruka narkotika bryter individen mot de samhälleliga normerna. Då det råder olika normer för män och kvinnor i samhället innebär ett missbruk för en kvinna en större avvikelse från normerna och med detta följer en högre risk att de stigmatiseras. Vid en graviditet finns det speciella normer för hur en kvinna ska bete sig för att ge sitt barn de bästa förhållandena och att missbruka under sin graviditet är inte förenligt med dessa. Då den gravida kvinnans missbruk innebär att hon potentiellt skadar sitt ofödda barn ses hon som en ”extrem” avvikare. Hon tillhör en klientgrupp med speciella behov då hon under den begränsade tid som graviditeten innebär behöver hjälp att bryta sitt missbruk, dels för sin egen skull men framförallt för sitt ofödda barns skull. Forskning har visat att graviditeten är ett av de mest gynnsamma tillfällena för en förändring i en missbrukande kvinnas liv, då ansvaret för ett nytt liv i många fall höjer motivationen att lyckas bli drogfri (Trulsson, 1997).

För att undersöka hur man som professionell resonerar kring och förhåller sig till denna klientgrupp har vi genomfört 12 intervjuer med professionella som i sin yrkesutövning möter klientgruppen. I intervjuerna har framkommit vad våra intervjupersoner anser vara viktigt i mötet med klienterna, hur de uppfattar skillnader mellan sitt eget och andra professionellas förhållningssätt och hur de uppfattar att de förhåller sig gentemot klientgruppen. Andra centrala teman i intervjuerna har varit vikten av ett korrekt bemötande i abortsamtal och de förändringsmöjligheter en graviditet innebär. Intervjupersonerna har även diskuterat kring hur samhällets normer påverkar klienten och de professionella i arbetet runt denna samt innebörden av den dubbla roll intervjupersonen besitter genom att vara kvinnans kontrollant och barnets beskyddare. Intervjusvaren har presenterats i avsnitt knutna till olika teman och analyserats utifrån teorier kring avvikande beteende och anknytningsprocessen mellan barn och mamma. Utifrån vårt empiriska material tycker vi oss kunna dra flera slutsatser. De professionella framhåller vikten av att vara medveten om samhällets attityder gentemot klientgruppen och hur dessa påverkar både klienten och henne själv. Man menar vidare att i mötet bör den professionella vara rak och tydlig då mognadsnivån hos klienten inte alltid är i fas med hennes biologiska ålder och hon på grund av sin bakgrund ofta är känslig för avståndstagande attityder. Den professionella bör även tydligt klargöra sin dubbla roll för

klienten; dels som mammans kontrollant och hjälpare, och dels som barnets beskyddare. Intervjupersonerna anser att det krävs samarbete mellan erfarna professionella inom socialtjänst och sjukvård för att nå det mest gynnsamma resultatet för klientgruppen. De bör ha en gemensam målsättning som innebär en drogfri graviditet och en drogfri framtid för kvinnan som kan möjliggöra att hon kan ta hand om sitt barn. För att uppnå detta menar man att det krävs en intensiv kontakt under graviditeten och en långsiktig uppföljning med fortsatta stödinsatser.

## 6.2 Slutdiskussion

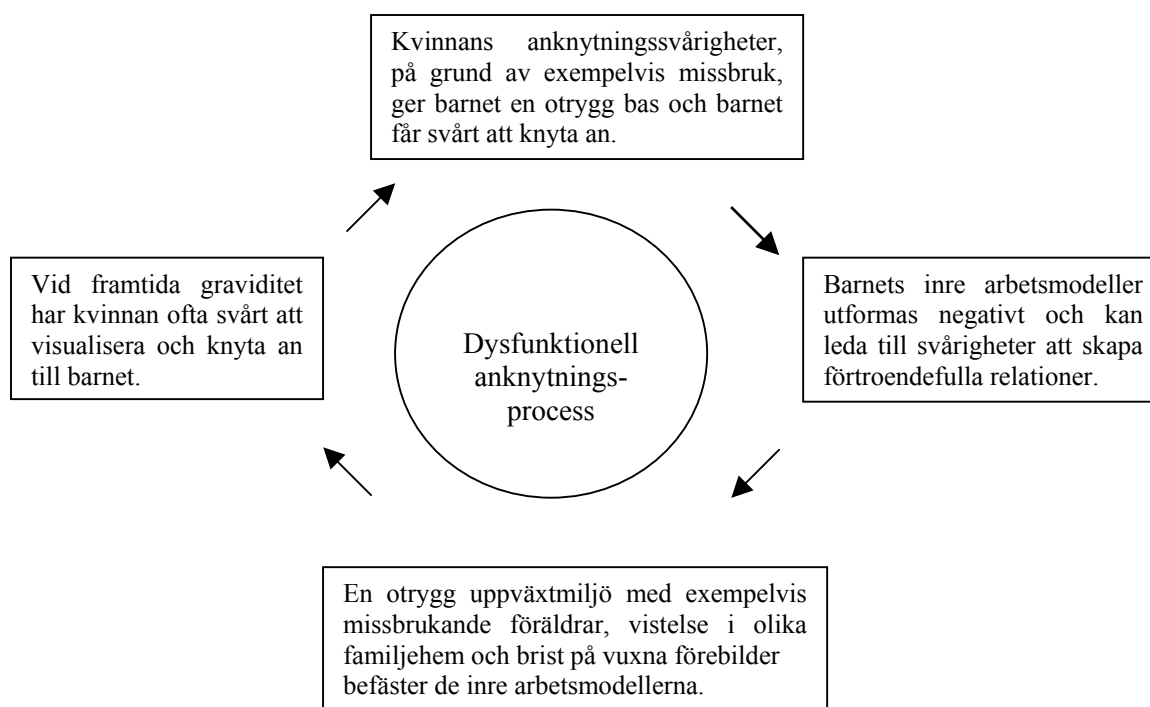
Under vår socionomutbildning har vi läst och diskuterat kring olika klientgrupper, sociala problem och socionomens myndighetsroll i samhället och den makt denna roll innebär. Som socionomer kommer vi att använda oss själva som arbetsverktyg och därför tror vi att det är viktigt att vi förstår hur vi fungerar i den mellanmänniska interaktionen. En förförståelse vi hade inför uppsatsarbetet var att den professionelles utbildning är en faktor som färgar dennes förhållningssätt. Vi hade en tanke om att socionomstudenten genom utbildningen utvecklar ett empatiskt förhållningssätt som ”sitter i ryggraden”, men i våra intervjuer gavs inte utbildningen den betydelse vi förväntat oss. Istället betonades att de skillnader som finns i sättet på vilket man bemöter klientgruppen främst beror på de olika kulturer som råder mellan yrkesgrupperna och hur lång erfarenhet personen har av sitt yrke. Vi tror därför att det är viktigt att vi i vår framtida yrkesroll ständigt strävar efter att försöka bli medvetna om vår *omedvetna förförståelse* och de känslor vi har inför en viss klient eller grupp samt hur detta förmedlas i mötet med klienten.

Att undersöka och redovisa en persons förhållningssätt medför svårigheter då det inte finns något sätt att med exakthet mäta detta på. Då vi inte utfört observationsstudier av mötet mellan den professionella och dennes klient har vi inte själva bevittnat den interaktion våra intervjupersoner beskriver. Vi har istället genom diskussion kring hur personen uppfattar att hon själv förhåller sig och hur hon uppfattar att andra förhåller sig gentemot klientgruppen, försökt att ta del av intervjupersonernas beskrivningar. Vi har även lagt vikt vid på vilket sätt personen talar om klienterna och på vilket sätt hon benämner dem, vilket vi anser på många sätt speglar personens förhållningssätt. Under varje intervjutillfälle har vi känt en värme och ett stort engagemang från intervjupersonerna gentemot klientgruppen. Vi är övertygade om att denna eldsjälsmentalitet, som intervjupersonerna talar om och förmedlar, är nödvändig för ett

lyckat arbete med klientgruppen. Vi tror och hoppas även att många klienter för första gången möts av professionella som har tilltro till deras förmåga att förändra sin situation. Betydelsen av denna respekt för den missbrukande kvinnan kan inte nog betonas.

Anledningen till att dessa klienter istället för att mötas med respekt vanligtvis möts av misstro och av en dömande inställning beror på en i samhället rådande uppfattning om att missbruk är en självvald livsstil och har man valt att missbruka får man ta konsekvenserna av detta val. Våra intervjupersoner anser att samhällets inställning grundar sig i bristande kunskap och insikt i missbruksproblematik. Det är lätt att se den missbrukande kvinnan enbart i den situation hon är just nu, istället för att se hennes situation som en följd av den bakgrund hon kommer ifrån. En fråga vi ställer oss är huruvida denna brist på kunskap och insikt från samhällets sida är självvald. En större kunskap kring missbruk kan leda till en förståelse för hur en människa hamnar i den livssituation en missbrukare befinner sig i. Detta skulle kunna leda till att den starka tanke om missbrukare som ”de” och alla andra som ”vi” börjar luckras upp. Vi tror dock inte att gemene man är så benägen att normalisera missbrukare då detta leder till att det inte längre skulle finnas en referensgrupp mot vilken man själv kan framstå som god, korrekt och normal.

Brodén (2004) diskuterar i sin bok ”Graviditetens möjligheter” anknytningsprocessens betydelse för den egna föräldraförmågan. Enligt Brodén (ibid.) har studier visat att vuxnas beskrivningar av sina egna relationserfarenheter i barndomen ofta kan förutsäga barnets anknytningsmönster. Har föräldern själv haft en fungerande anknytning som barn läggs en grund för den fortsatta förmågan att skapa relationer och även för en positiv anknytning till det egna barnet. Vi har reflekterat över hur ”vår” klientgrupps anknytningsprocess har utvecklats då det enligt Trulsson (1998) är vanligt att missbrukande kvinnor själva har vuxit upp med missbrukande mammor. Vi tror att det genom klienternas sociala arv skapats ett dysfunktionellt mönster som påverkar anknytningen till det egna barnet negativt. Utifrån denna tanke har vi skapat en modell som kan illustrera denna ”onda cirkel”:



Vi tror att det finns många chanser att bryta denna ”onda cirkel” med exempelvis missbruksbehandling och föräldrautbildning, trygga alternativa omsorgspersoner då den biologiska mamman är frånvarande eller ett stort engagemang kring den missbrukande kvinnan då hon är gravid. Den alternativa omsorgspersonen behöver inte nödvändigtvis vara någon i barnets släkt utan kan gestaltas av en omhändertagande granne eller en engagerad lärare. Utifrån våra intervjupersoners berättelser menar vi att även de har stor potential till att utgöra en sådan viktig person. Eriksson (Hilte, 1996) och Hedin (2002) diskuterar kring att det finns flera faktorer som kan bryta en avvikarkarriär. Flertalet av dessa faktorer känner vi igen i intervjupersonernas diskussioner kring de nyckelbegrepp de angivit som viktiga i arbetet med gravida missbrukare. För att kunna identifiera och ”fånga upp” klienten – varhelst hon än befinner sig i den ”onda cirkeln” - tror vi att det är viktigt med samarbete kring klientgruppen. Nätverksarbete tycks utgöra en god förutsättning för detta ändamål.



## Referenser

Allebeck, Peter & Nyberg, Karin (1993) Alkohol och narkotika under graviditeten. Vilka är riskerna för barnet. *SoS-rapport 1993:11*. Stockholm: Norstedts Tryckeri.

Blomqvist, Jan (2003) Väger ut ur missbruket. Om olika sätt att lösa alkohol- och narkotikaproblem och om behandlingens roll. FAS-rapport. *Blir det bättre med behandling?* Sundbyberg: Alfa Print AB.

Brodén, Margareta (2004) *Graviditetens möjligheter. En tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Carlander, Jakob & Carlander, Lis (2004) *Hur står det till? Konsten att ställa frågor i människovårdande yrken*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Carrén, Cajsa (1998) Graviditet – en hjälp ut ur missbruket. *Socionomen*, 4, 80-84.

Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, Rosmari (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.

Forslind, Elisabet, (2000) Motiverar till minskat missbruk. *Vårdfacket*, 5, 40-41.

Göransson, Mona (2001) Varför har **ingen** gjort något? *Alkohol & Narkotika*, 2, 16-19.

Hedin, Ulla-Carin (2002) ”Uppbrott från missbruk” i Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red) *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.

Hilte, Mats (1996) *Avvikande beteende – en sociologisk introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Hilte, Mats (2002) ”Den missbrukande kvinnan” i Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red) *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.

Kristiansen, Arne (2000) *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Vaxholm: Bjurner och Bruno AB.

Martinell Barfoed, Elizabeth (2000) Ingen tid att förlora. *Socionomen*, 7, 58-63.

Merton, Robert K. & Nisbet, Robert A. (1976) *Contemporary social problems*. New York: Harcourt Brace Jovanovich. 4:e upplagan.

Ottenblad, Christina (2000) Specialistmödrahjälsövård för drogberoende blivande föräldrar. Långsiktigt stöd förebygger återfall och skapar bättre uppväxtmiljö för barnet. *Läkartidningen*, 97:18, 2201-2202.

Pettersson, Ulla (2000) *Etik och socialtjänst. Om förutsättningarna för det sociala arbetets etik*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Slinning, Kari, (2005a) Nyfödda på avtändning. *Socialpolitik*, 1, 8-9.

Slinning, Kari (2005b) Kvinnans obetingade ansvar. *Socialpolitik*, 1, 10-13.

Socialstyrelsen (1991) "Kvinnor och missbruk" i *Rapport till regeringen och socialdepartementet*, BF-enheten. 251-4496/91.

Svensson, Bengt & Kristiansen, Arne (2004) "Narkomani och byråkrati går inte ihop...- livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika". Rapport 1, Mobilisering mot narkotika.

Trulsson, Karin; Länne, Lotta & Nötesjö, Gunilla (1997) *Kvinnor på väg in från kylan. Bilder av kvinnor och missbruk*. Stockholm: Kvinnoforum.

Trulsson, Karin (1998) *Det är i alla fall mitt barn*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

## Bilaga 1

### Information kring studien ”att arbeta med klientgruppen gravida missbrukare”.

Vi heter Charlotte Petersson och Maria Jordy och studerar båda på sjätte terminen på Lunds Socialhögskolas socionomprogram. Vi ska under våren skriva vår C-uppsats under handledning av Katarina Jacobsson. Uppsatsen kommer att handla om hur det är att arbeta med gravida missbrukare. *Det vi främst vill försöka ta reda på är hur man som professionell förhåller sig till dessa kvinnor och hur arbetet kring dem ser ut.*

Intervjun beräknas ta en knapp timme och platsen för denna läggs enligt överenskommelse med Er. Vi spelar gärna in intervjun (dels för att det är lätt att missa något när enbart anteckningar görs, dels för att ge Er fullständig uppmärksamhet under hela intervjun) men resultaten kommer i uppsatsen att presenteras oidentifierat. De inspelade intervjuerna kommer att förvaras på ett säkert sätt och den information vi samlar in kommer inte att användas till något annat än nämnda uppsats.

Uppsatsen kommer efter godkännande och examination (juni 2005) att publiceras på Social- och beteendevetenskapliga bibliotekets hemsida. Önskar Ni att ytterligare ta del av uppsatsen kan en papperskopia skickas till Er.

Kontakta oss gärna om Ni har några frågor.

Tack på förhand!

Socionomstuderande:

Maria Jordy

tel.nr och e-mail:

Charlotte Petersson

tel.nr och e-mail:

Handledare:

Katarina Jacobsson

tel.nr och e-mail:

## **Bilaga 2**

### **Tematiserad intervjuguide:**

#### **Bakgrundsfrågor:**

Arbetsuppgifter? (utbildning, tjänsteår, erfarenhet)

#### **Samarbetspartners / andra myndigheter:**

Vilka arbetar du tillsammans med?

Vad ser du för svårigheter i samarbetet?

Vad ser du för vinster i samarbetet?

#### **Mötet med klientgruppen gravida missbrukare:**

Jämförelser med andra klientgrupper?

Hur uppfattas gruppen? Samhälleligt / personligt.

#### **Mötet med individen (gravid missbrukare):**

Hur ser mötet ut? Mötesplats? Samtal / insatser? Frekvens? Vad är väsentligt?

Vad upplever du som lätt i mötet/arbetet med missbrukaren?

Vad upplever du som svårt i mötet/arbetet med missbrukaren?

Om klienten ej slutar droga, vad händer då?

Går det att kombinera barnets bästa med kvinnans hjälpbehov?

Vad händer vid avbrytande av graviditeten?