

Gravida missbrukare och deras foster

– en kvalitativ studie ur de professionellas perspektiv
om dilemmat med tvångsvård vid graviditet

Av

Helena Solberg och Martina Andersson

Lunds Universitet

Socialhögskolan

HT-11



Handledare: Helena Hansson

Förord

Vi vill tacka alla intervjupersoner som har ställt upp och medverkat i vår undersökning utan er skulle denna uppsatt inte blivit verklighet. Vill även rikta ett stort tack till vår handledare för ditt stöd under uppsatsens gång.

Begrepp och förkortningar

AbortL	Abortlag (1974:595)
BVC	Barnavårdscentral
Ds	Departement serien
FL	Förvaltningslag (1986:223)
LPT	Lag (1991:1 128) om psykiatrisk tvångsvård
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
MHV	Mödrahälsovård
MVC	Mödravårdscentral
SkL	Sekretesslagstiftning (1980:100)
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOU	Statens offentliga utredningar

Abstract

Authors: Helena Solberg and Martina Andersson

Title: Pregnant addicts and their fetus – a qualitative study from the professional perspective on the dilemma of compulsory treatment during pregnancy.

Supervisor: Helena Hansson

The purpose of this study was to examine and interpret the situation with pregnant women with alcohol-or drug addiction from a professional perspective. Our study addresses the dilemma with compulsory treatment act (LVM 1988:870) and pregnancy. The law does not provide a pregnant addict, compulsory treatment only on the basis that the fetus is at risk of harm.

We have studied this through an analysis to see how professionals relate to the compulsory treatment act (LVM), and to see if they want a change in the law so the fetus will receive increased protection. Our aim was also to find out who the professionals have their focus on in terms of compulsory treatment – the woman or fetus.

To answer our questions we have used a qualitative study with eight semi-structured interviews with different groups of professionals with experience of working with pregnant substance abusers. Our choice of theory was utilitarianism and power to analyze our material.

Some of our conclusions showed that there are disagreements among the professionals who they were focusing on when it came to the woman or fetus.

Keywords: compulsory treatment, pregnant woman, alcohol/drug addiction, motivation.

Innehållsförteckning

1. Inledning och problemformulering.....	7
1.2 Syfte och frågeställningar	8
1.3 Definition av begreppet missbruk.....	9
1.4 Avgränsningar.....	9
2. Bakgrund.....	9
2.1 Socialtjänsten som ansvarig utredare	9
2.2 LVM – så säger lagen	10
2.2.1 Resonemang emot ett ökat skydd för fostret i LVM.....	11
2.3 Etiska dilemman med LVM	12
2.4 Tvång kontra den gravida kvinnans autonomi	13
2.5 Ansvarsområden.....	14
3. Tidigare forskning.....	14
3.1 Moderskap och missbruk	14
3.2 Påtvingad vård – ur klienters och socialsekreterares perspektiv	15
4. Metod.....	16
4.1 Val av metod	16
4.2 Metodens begränsningar och förtjänster	16
4.3 Urval.....	17
4.3.1 Databearbetning och genomförande	17
4.3.2 Databearbetning.....	18
4.4 Metodens tillförlitlighet	18
4.5 Arbetsfördelning.....	19
4.6 Etiska överväganden	19
5. Teori.....	20
5.1 Utilitarismen.....	20
5.2 Pastoral makt.....	20

5.2.1 Makten mellan socialarbetare och klient	21
5.2.2 Paternalism	22
6. Analys	23
6.1 Beskrivning av intervjupersoner	23
6.2 Nuvarande tvångslagstiftning.....	24
6.2.1 Rättsäkerhet.....	24
6.2.2 Förändring i lagstiftningen	25
6.2.3 Kvinnans autonomi	28
6.3 Motivation.....	29
6.3.1 Graviditeten som motivation	29
6.3.2 Hinder för motivationen (den som misslyckas)	31
6.3.3 Hot om tvång	33
6.4 Vem ses som klient?.....	35
7. Slutdiskussion	38
Bilaga 1	41
Bilaga 2	42
Bilaga 3	43
Bilaga 4	44
Bilaga 5	46
Referenser	47
Lagar:.....	47

1. Inledning och problemformulering

Så tidigt som 1899 påvisades resultatet av den första vetenskapliga undersökningen att alkohol under graviditeten medförde risker för fostret. Men redan i domarboken från bibeln uppmanades kvinnor att avhålla sig från vin och starka drycker under graviditeten.

”Du kommer att bli havande och föda en son. Du får inte dricka vin eller starka drycker och inte äta något orent” (SOU 2004:3: 246).

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hädanefter förkortad till LVM, är en tvångslag som Sverige infört för att bereda vård till vuxna missbrukare med tung beroendeproblematik. Lagen används då individen inte kan medverka till vård i frivilliga former enligt Socialtjänstlagen. Det som är unikt med svensk tvångslagstiftning är att Sverige med stöd av lagen kan döma personer till sluten institutionsvård utan att de begått någon kriminell handling (Arlebrink 2005). Detta medför att de professionella som ska besluta om tvångsvård ställs inför svåra etiska överväganden. De professionella måste fråga sig i vilken utsträckning tvånget är motiverat (Tännsjö 2002). De professionella ska hantera kränkning och inskränkning i den personliga integriteten som klienten ställs inför och de ska samtidigt arbeta med motivation till vård i frivilliga former. Dessa etiska övervägningar är svårbedömda och situationen försvåras ytterligare då klienten är gravid. I svensk lagstiftning får inte gravida missbrukare beredas vård med hjälp av LVM enbart för att fostret riskerar att fara illa (propositionen 1987/88:147). I proposition framgår att tvångslagen kan användas som skydd för en närstående till kvinnan men propositionen menar vidare att ett foster inte inräknas som en närstående (ibid.). Närståendekriteriet är en specialindikation i LVM som gör det möjligt att en missbrukare ska kunna bli omhändertagen. Men tvångsvård kan endast beredas då både kvinnan och fostrets vårdbehov sammanfaller och kan inte användas enbart till skydd för det väntade barnet (SOU 2004:3).

Denna problematik är och har varit ett väldigt omdebatterat diskussionsämne genom åren och ett antal lagförslag har presenterats för ett ökat skydd för fostret, senast i Ds 2009:19 utan att få genomslagskraft i lagstiftningen. Debatten har dött ut emellanåt för att sedan blossa upp igen.

Då vi fick reda på att en gravid kvinna med tung beroendeproblematik inte kan beredas vård till skydd för fostret väcktes många tankar och funderingar kring varför samhället yttersta skyddsnät inte tar ansvar för fostret. Varför står svensk lagstiftning fast vid denna hållning och vad innebär den framförallt i praktiken?

Detta väckte en hel del tankar hos oss. Vi resonerade bl.a. kring olika etiska resonemang om *vem* som har skyddsvärde, är det kvinnan eller fostret vi avser att rädda? Kan man anse att fostret har rätt till liv som Barnkonventionens portalparagraf förespråkar eller ska vi istället ta hänsyn till kvinnans självbestämmande och autonomi? Vi ville ta fasta på hur praktiker såsom socionomer, barnmorskor och sjuksköterskor agerar i arbetet med gravida kvinnor men även för att se om det fanns en skillnad mellan professionerna. Anser de att dagens utformning av LVM lagstiftningen är ett problem när det gäller gravida missbrukare?

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka och analysera hur professionella inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården arbetar med och förhåller sig till rådande LVM-lagstiftning vid mötet med gravida missbrukare.

Våra frågeställningar är:

- Vilka tankar har de professionella kring en utvidgning av tvångslagstiftningen? Anser de att fostret bör ges ett ökat skydd?
- När det gäller vården, vem anser de professionella har skyddsvärde – kvinnan eller fostret?
- Finns det någon skillnad eller likhet i synen beroende på vilken profession de tillhör?

1.3 Definition av begreppet missbruk

Missbruksbegreppet har varit väldigt omdebatterat då olika professioner gör skilda bedömningar av vad missbruk innebär. Professionerna lägger även olika värderingar i ordet missbruk. Inom sociologisk och socialvetenskaplig litteratur beskrivs ofta begreppet missbruk utan att närmare beskriva dess innebörd. De utgår inte heller från några särskilda kriterier utan ordet missbruk används med en bred definition. Goldberg (2005) förklarar att han tidigare gjorde en åtskillnad mellan bruk och missbruk men att han numer övergett dessa begrepp då de saknar precision (ibid.). Inom hälso- och sjukvården använder man sig av den amerikanska definitionen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV för att förklara vad som menas med missbruk (Jansson 2010). DSM IV består av fyra kriterier och ett eller flera av dem ska vara uppfyllda inom en tolv månaders period för att få diagnosen missbruk. För att klassificeras som beroende ska tre av sju kriterier vara uppfyllda (ibid.). (För utförligare beskrivning se bilaga 2).

1.4 Avgränsningar

Vi kommer i denna uppsats använda ordet missbruk och vi menar då kvinnor med tung beroendeproblematik. Vi har valt att enbart förhålla oss till LVM lagstiftningen. Vår utgångspunkt är att det finns ett pågående beroende/missbrukproblematik men vi kommer inte att fördjupa oss närmare i om det är alkohol eller narkotika kvinna är beroende av. Vi kommer inte heller att fördjupa oss i de skador som orsakas på barnet då kvinnan använder narkotika eller alkohol under graviditeten.

2. Bakgrund

2.1 Socialtjänsten som ansvarig utredare

Socialtjänstlagen, SoL, ska först och främst baseras på frivilliga insatser för den enskilde. Grogrunden i portalparagrafen i SoL är att alla insatser med stöd av lagen ska ske med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande (SoL 2001:453). Först då alla frivilliga insatser är uttömda kan tvångsvård med stöd av LVM bli aktuellt (Gustafsson 2001). Socialtjänsten är den myndighet som har det *yttersta* ansvaret för den gravida

missbrukaren, vare sig det handlar om tvångsvård via LVM eller insatser på frivillig basis detta framgår av 5 kap. 9 § SoL (Gustavsson 2005). Så den enskilde ska få den hjälp och de insatser hon är i behov av (Gustafsson 2001). Socionomer arbetar under socialtjänstens ramar och har myndighetsansvar och är den som beslutar om tvångsvård. Socialarbetaren har inom SoL ett visst handlingsutrymme i arbetet med klienten. Detta utrymme präglas ofta av traditioner och professionella tolkningar som socialarbetaren eller organisationen har. Det finns vissa dilemman förenat med socialarbetarens handlingsutrymme när det handlar om tvångsvård. En av dessa är att socialarbetarens och klientens förhållande tidigare har baserats på ett gemensamt och frivilligt arbete. Socialarbetaren måste ta i beaktning att denna relation kan ta skada av ett tvångsomhändertagande då kontakten ofta fortsätter efter avslutad vård (Svensson et al 2010).

2.2 LVM – så säger lagen

Sverige har en tvångslag, LVM, för vuxna missbrukare som är en tvingande lag (Gustafsson 2002). Syftet med lagen är att motivera missbrukaren till vård i frivilliga former för att på så sätt komma ifrån sitt destruktiva missbruk (Gustafsson 2001). LVM är en undantagslag som används som ett komplement till SoL och så långt det är möjligt eftersträvar man även i LVM samtycke till vården (ibid.). För att ett beslut om tvångsvård enligt LVM ska bli möjlig krävs att den så kallade generalindikationen är uppfylld. Den innebär att personen till följd av ett fortgående missbruk av narkotika, alkohol eller flyktiga läsningsmedel behöver vård för att komma ifrån missbruket (SOU 2011:35). Vården ska inte heller kunna tillgodoses på frivillig väg. Vid beredande av vård behöver även en av de tre specialindikationerna vara uppfylld (se bilaga 1). Vård enligt 4 § LVM kan bli aktuell om någon:

- "a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,*
- b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller*
- c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående."*

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Som vi tidigare nämnt innefattar inte punkt c) ett ofött barn utan tvångsvård kan endast motiveras utifrån kvinnans eget vårdbehov och om kvinnans psykiska eller fysiska hälsa

är i fara. Situationen för den gravida kvinnan måste vara sådan att hon själv uppfyller kraven i 4 § LVM. Den sociala indikationen med den uppenbara risken för att hon ska förstöra sitt liv och den allvarliga faran för hälsan i hälsoindikationen avser den blivande modern, inte det väntade barnet (Gustafsson 2002). Barnets enda skydd i lagen infaller endast då både kvinnan *och* barnets vårdbehov sammanfaller (SOU 2004:3).

Gustafsson (2005) menar att rekvisiten i LVM ger utrymme för en viss godtycklighet. Även om förarbeten till lagen har vissa preciseranden som ska vara vägledande kan socialarbetaren ändå tvivla på förutsättningarnas egentliga innebörd. Som vi tidigare nämnt är syftet med tvångsvården att motivera missbrukaren till vård i frivilliga former. Tvångsvården ska även upphöra så fort syftet med vården är uppnått eller efter max 6 månader. Om vården kan fortsätta i frivilliga former ska den omprövas fortlöpande under tiden då tvångsvården pågår. Men även här finns det rum för godtycklighet och olika bedömningar då det varken i lagen eller i förarbetena sägs hur ofta eller under vilka former prövningen skall ske (ibid.).

LVM lagstiftningen har på senare år börjat att ifrågasättas och Regeringen tillsatte 2009 en särskild utredare vid namn Gerhard Larsson som haft uppdraget att förändra missbruks- och beroendevården. Gerhard Larsson föreslår bland annat i utredningen, att LVM kommer försvinna och ersättas av lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Han vill att landstingen helt ska ta över beroendevården (SOU 2011:35). Utredningen ligger i dagsläget på Socialdepartementets kansli och förväntas allra tidigast vara färdig 1 januari 2013 (Telefonkontakt, Hans Wiklund 2011-11-18). Vi kommer inte närmare fördjupa oss kring detta i vår uppsats.

2.2.1 Resonemang emot ett ökat skydd för fostret i LVM

De anledningar som har angetts emot ett ökat skydd för fostret i LVM lagstiftningen har handlat om en del svårigheter samt farhågor. SOU 2004:3 refererar till *Utredningen om det ofödda barnet* för att förklara argumenten emot ett ökat skydd för det väntade barnet i tvångslagstiftningen. För det första är det svårt att ange ett tröskelvärde i lagstiftningen om en alkoholkonsumtion som vetenskapligt kan fastställas vid vilket det *inte* föreligger några skaderisker för fostret. När det kommer till narkotika är det ännu mer osäkert vilken mängd som behövs för att skador ska uppstå hos det ofödda barnet.

Utredningen menade att med detta underlag blir det omöjligt att ange kriterierna i lagstiftningen för ett tvångsingripande. Då det inte går att ange något tröskelvärde kan det leda till rättsosäkerhet i lagstiftningen som skapar otrygghet och rädsla för oberättigade ingripanden. För det andra framhöll utredningen att det skulle finnas en påtaglig risk att gravida kvinnor i farozonen skulle undvika att uppsöka mödrahälsovården, MHV, med rädsla för att bli tvångsomhändertagen (ibid.). Trulsson (1998) menar att gravida missbrukare är medvetna om omgivningens syn på missbruk under graviditeten och författaren menar att även detta kan medföra att de avhåller sig från MHV (ibid.). Skråner (2001) berättar att kvinnorna upplever skuld känslor i och med att de missbrukar under graviditeten (ibid.).

2.3 Etiska dilemman med LVM

Tvångsvård har legitimerats ur en paternalistisk argumentation som innebär att tvångsvård är för personens egen skull och används för att skydda individens hälsa och liv från ett destruktivt missbruk. Argumentationen för tvångsvård är att samhället har ett ansvar att skydda individen då han eller hon inte själv anses ha förmågan. I ett välfärdssamhälle anses det oacceptabelt att låta människor leva ett destruktivt liv i missär. Tvångsvård har även legitimerats för att skydda missbrukarens närstående från skada. Men som propositionen 1987/88:147 visar innefattas inte det ofödda barnet under närståendekriteriet (ibid.). Detta blir ett dilemma eftersom LVM inte kan tillämpas enbart till skydd för fostret och det väntade barnet och kvinnans vårdbehov kan vara vitt skilda och behöver inte nödvändigtvis sammanfalla (Gustafsson 2002).

Diskussionen kring tvångsvård handlar i mycket hög grad om vilket skyddsvärde som ska väga tyngst, barnets eller kvinnans. Inom vissa områden har åsikten om barnet som en egen individ med skyddsvärde fått genomslagskraft. Ett exempel är att det för några år sedan skedde en ändring i sekretesslagen, som gör att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ömsesidigt får dela information om det är nödvändigt för en insats som är till skydd för det väntade barnet (Gustafsson 2002). Men på andra håll har istället kvinnans skyddsvärde fått genomslag. Ett exempel är den abortlag vi i dagsläget har där kvinnan har möjlighet att själv välja om hon vill avbryta graviditeten fram till 18 graviditetsveckan. Om synnerliga skäl föreligger kan kvinnan göra abort så sent som i

vecka 22 och missbruk ses som ett sådant synnerligt skäl (Ahlenius & Bygdeman 2005). Här har kvinnans intresse varit i fokus och inte det väntade barnets. Även i barnkonventionen som handlar om barns rättigheter står det att varje barn har rätt till liv och utveckling men detta gäller främst födda barn. Europakonventionen har inte gjort några yttranden om det ofödda barnets skyddsvärde. I Sverige gjordes en Utredning om det ofödda barnet 1981. Den skulle utreda om man skulle behöva en lagstiftning som tillät ett omhändertagande av en gravid missbrukare till skydd för det väntade barnet. Utredningen kom fram till att en sådan utvidgning i lagstiftningen inte borde ske, av de farhågor vi redogjort för i stycke 2.2.2 (Gustafsson 2002).

2.4 Tvång kontra den gravida kvinnans autonomi

Ingrepp i form av tvångsvård för en gravid missbrukande kvinna med argumentet för det ofödda barnets hälsa är ett ingrepp i kvinnans autonomi. Kvinnor har rätt att göra vad de vill med sina kroppar förklarar Tännsjö (1995). Människor bör varken i sitt eget eller i andras intresse utsättas för tvångsvård. Tännsjö anser ändå att samhället i vissa avseende får tillåtas att använda sig av LVM för att skydda individen men hon ska aldrig behöva tvingas till vård. Samhällets skydd ska då ske i form av straff, ex. fängelse eller böter, men aldrig i form av vård (Tännsjö 2002). Tännsjö (1998) fortsätter med att förklara att autonomi kan verka som skydd mot orätta behandlingar från samhället. Samhället bör alltid respektera en individs autonomi (ibid.). Trots att det finns argument för tvångsvård finns det även de som anser att LVM är ett stort och allvarligt ingrepp i en människas liv som gör anspråk på individens självbestämmanderätt. Vid tvångsvård får självbestämmandepincipen ge vika för lidandeminimeringsprincipen på ett oetiskt sätt. Om man ser människan som en individ som är kapabel till att själv välja blir tvångsvård för dennes bästa orimligt. Det enda som skulle kunna göra det rimligt att förbise självbestämmandepincipen på detta sätt, är om man har starka bevis för att tvångsvård minskar missbruket och samhällets lidande (Kinnunen 1994).

Arlebrink (2005) skriver att låsa in en person mot sin vilja innebär även det en kränkning av individens fysiska integritet då personens rörelsefrihet blir begränsad pga. tvångsvården. Med integritet menas att man har ett slags inneboendeskydd och man ska

inte behöva utsättas för något som är främmande. Om individen ändå tvingas till något sådant har integriteten kränkts.

Författaren menar vidare att samhället bör fundera på om det är moraliskt försvarbart att använda sig av tvångsvård då det inte finns några bevis på att tvångsvården gör någon nytta (Arlebrink 2005).

2.5 Ansvarsområden

Socialtjänsten har som vi tidigare nämnt det yttersta ansvaret för den gravida missbrukaren. Mödrahälsovården, MHV, ligger under sjukvårdens regi och är den enhet som gravida kvinnor först kommer i kontakt med då de blir gravida. Denna oftast så tidiga kontakt fångar då upp de kvinnor som är i farozonen med missbruksproblematik. Mödravårdcentralen, MVC, har en central roll för att förbygga eller lindra fosterskador till följd av missbruk (SOU 1987:11). MHV screenar alla gravida kvinnor efter alkoholkonsumtionen de senaste tolv månaderna via frågeformuläret ADUIT (se bilaga 3)(Socialstyrelsen 2007). MHV har också ansvaret om kvinnan väljer att göra abort. Beroendesjukvården ansvarar för kvinnans underhållsbehandling med subutex eller metadon, som ett alternativ till ett fortsatt missbruk.

3. Tidigare forskning

3.1 Moderskap och missbruk

Karin Trulsson (2003) har skrivit artikeln *moderskap och missbruk* i boken "konturer av ett kvinnligt fält" ur kvinnornas egna perspektiv. Trulsson har i sin forskning visat att moderskapet utgör en viktig drivkraft till att kvinnor söker sig till behandling och att de fullföljer den. Artikeln tar upp att de flesta kvinnor tog avstånd från ett fortsatt missbruk under graviditeten då barnet sågs som "räddningen". Trulssons studie visar även att missbruket gav upphov till skuld känslor hos kvinnorna då det fanns risk att barnen blev försummade pga. missbruket. I författarens artikel framgår det att för de flesta kvinnor innebär graviditeten en vändpunkt och med barnet växte hoppet om ett inträde i samhällsgemenskapen.

Trulsson menar att just moderskap och graviditet är en nyckelsituation då missbrukande kvinnor har enklast att bryta sitt missbruk. De ansträngde sig även att försöka vara drogfria under graviditeten. De kvinnor i Trulssons studie som lyckades hålla sig drogfria under graviditeten talade om stöd från någon närstående. Medan de som fortsatte missbruka fram till slutskedet av graviditeten hade en avsaknad av stöd- och hjälpinsatser. Hennes forskning visar hur viktigt det är med stödinsatser för kvinnan och att brist på stöd kan få mycket negativa konsekvenserna för det blivande barnet.

3.2 Påtvingad vård – ur klienters och socialsekreterares perspektiv

Eva Johnsson (2006) har skrivit rapporten "*Tvångsvård enligt LVM – en studie om socialsekreterares och klienters erfarenheter och upplevelser av LVM-situationen*".

Johnsson menar att för klienternas del är det viktigt att de blir bemötta med respekt och omsorg från sin socialsekreterare och att de känner att de får information om LVM processen.

Författarens forskning visar att från socialsekreterarnas perspektiv är tvångsvård ett etiskt dilemma trots att vården avser att rädda klientens liv och är till för att bryta ett destruktivt missbruk. Vidare menar hon att deras tidigare gemensamma behandlar-klient relation blir inriktad på tvång istället för frivillighet och gammalt uppbyggt förtroende dem emellan riskerar att raseras. Klienternas syn på tvånget handlar istället om kränkningar och frihetsberövanden förklarar Johnsson (2006) som påverkar deras självbestämmanderätt.

Johnsson visar även att det finns positiva sidor med tvångssituationen som klienterna lyfter fram. Flera av klienterna berättar om tvångsvården som räddningen med avgiftning och tid för fysisk och psykisk återhämtning.

Författarens studie visar att de flesta klienters syn på det omedelbara omhändertagandet var att det inte behövdes medan andra talade om det akuta omhändertagandet som en lättnad. Trots det menar flera av klienterna att tvångsåtgärden var rätt i det akuta skedet med avgiftning men att den fortsatta LVM-vården sågs mer som en bestraffning. Johnssons slutsats visar att det är få av de

intervjuade klienterna eller socialsekreterarna som är av åsikten att LVM vistelsen kommer att förändra klientens syn på missbruket. Istället kan man se att det efterföljande rehabiliteringsarbetet är viktigt och att tvångsinterventionen är en kedja i ett längre behandlingssammanhang.

4. Metod

4.1 Val av metod

För att nå vårt syfte med denna uppsats och få svar på våra frågeställningar använde vi oss av kvalitativmetod med semistrukturerade intervjuer. Vår bedömning var att vi med hjälp av denna metod på bästa sätt skulle kunna ta del av sjuksköterskan, socionomernas och barnmorskornas tankar och de intervjuades reflektioner kring arbetet med gravida missbrukare i praktiken. Fördelen med semistrukturerade intervjuer är bland annat att den tillåter att man kan använda öppna frågor vid intervjutillfällena vilket ger en möjligheten att ställa följdfrågor på det som känns oklart i intervjupersonernas svar (Bryman 2011).

Följdfrågorna fördjupar och ger större möjligheter att man ringar in och får fram intervjupersoners tankar, känslor och uppfattningar (Arhne & Svensson 2011).

Vi valde bort strukturerade intervjuer då vi bedömde att denna metod medförde en risk att vi skulle få allt för otillräckliga svar och att den inte skulle lyfta fram intervjupersonernas tankar och erfarenheter tillräckligt tydligt.

Då syftet med vår studie var att ta del av de professionellas erfarenheter rörande gravida missbrukare, eller det som Kvale (2009) nämner som beskrivningar av den intervjuades livsvärld var det denna metod som bäst matchade vårt syfte (ibid.).

4.2 Metodens begränsningar och förtjänster

Kvalitativ metod medför dock en del begränsningar som är viktiga att vara observant på. En sådan är att kvalitativmetod är för subjektiv då vi riskerar att komma för nära våra undersökningsspersoner för att kunna vara objektiva i vår studie (Bryman 2011). Vi har varit medvetna om denna risk då vi till det yttersta försökt vara så objektiva som möjligt under våra intervjuer. Vår kvalitativa forskning är gjord på en smal målgrupp och få

intervjupersoner därav blir det omöjligt att generalisera våra resultat till andra miljöer (Bryman 2011). Vi gör dock inget anspråk på att vårt resultat skall vara generaliserbart. Vi är medvetna om att materialet är alldeles för litet för att kunna göra några allmänna generaliseringar.

4.3 Urval

Vår målgrupp har varit gravida missbrukare men då denna grupp är väldigt utsatt och marginaliserade i samhället valde vi istället att fokusera våra intervjuer på professionella som arbetar med dessa kvinnor. Vi tror även det hade varit svårt att hitta gravida missbrukande kvinnor som skulle vara villiga att ställa upp på en intervju. Aspers (2011) menar att det är viktigt att man mäter det man avser att mäta vilket han kallar *validitet*. Vi har därför valt att intervjua professionella inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten som i sitt arbete möter gravida missbrukare. Vi intervjuade en sjuksköterska, fyra socionomer och tre barnmorskor. Vår tanke då vi valde professionella från olika yrkesgrupper var för att se om det fanns en skillnad i praktikernas tankar och erfarenheter, men även för att se hur de såg på samarbetet mellan professionerna.

Vi gjorde våra intervjuer i tre större kommuner i Sverige (invånarantal mellan ca 100 000 – 300 000), vi har valt att anonymisera kommunerna då resultaten inte beror på vilken kommun de professionella tillhör.

4.3.1 Datainsamling och genomförande

Genom att ta del av olika informationssidor på Internet fann vi namn på en del personer som arbetade med gravida missbrukare på olika sätt. Vi kontaktade ett antal av dessa personer och den första kontakten togs via telefon. Våra intervjupersoner blev då informerade med vårt syfte med studien och därefter gav de sitt samtycke till att medverka. Detta kallas för *informationskravet* och vi informerade att deras medverkan var frivillig och att de hade rätten att avbryta sin medverkan när som helst under arbetets gång (Vetenskapsrådet). Enligt Vetenskapsrådet var vi även tvungna att förhålla oss till *konfidentialitetskravet* som innebär att intervjupersonerna har rätt att

vara anonyma då känslig information ska hållas dold för allmänheten (ibid.) Vi valde att anonymisera våra intervjupersoner i denna studie.

Efter telefonkontakten skickade vi ut ett informationsbrev (se bilaga 5) och en intervjuguide (se bilaga 4) till samtliga intervjupersoner. Vår intervjuguide har varit den samma för alla tre yrkesgrupperna och intervjuerna hölls på de yrkesverksammars arbetsplats och varade ca 45 min – 1h.

Då Vetenskapsrådet rekommenderar att intervjupersonerna bör få ta del av forskningsresultaten ställde vi denna fråga då vi först initierade en kontakt och vi kommer skicka en färdig uppsats till samtliga intervjupersoner då uppsatsen är examinerad (ibid.).

Vi har även studerat litteratur som rör tvångslagstiftning, offentliga statliga utredningar och annan litteratur som handlar om gravida missbrukare.

4.3.2 Databearbetning

Vi valde att spela in våra intervjuer på band efter intervjupersonernas samtycke, vilket ökar vår *reliabilitet* vilket handlar om att stärka tillförlitligheten av mätresultatet (Bryman 2011). Genom bandinspelning har vi kunnat granska våra intervjupersoners svar om och om igen för att säkerställa att vi uppfattat deras svar korrekt (ibid.). Efter genomförda intervjuer har vi överfört bandinspelningen till text vilket Aspers (2011) kallar för transkribering (ibid.). Vi valde därefter att koda våra intervjuer efter olika teman som sedan blev underlag för vår analys (ibid.).

4.4 Metodens tillförlitlighet

Bryman (2011) menar att tillförlitlighet i studien består av fyra kriterier. Dessa är *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet, och att styrka och konfirmera.*

Trovärdighet handlar om att forskningen säkerställs genom att man följer de regler som finns och att resultaten är öppna för allmänheten och att intervjupersonerna ska få ta del av den sammanställda studien (ibid.). Då vårt arbete är sammanställt och färdigt kommer det att arkiveras på Lunds universitets högskoledatabas och blir därmed tillgängligt för allmänheten. Vi har även lovat att skicka vår färdiga uppsats till de berörda intervjupersonerna som deltagit i studien.

Överförbarhet handlar om att man i kvalitativmetod ser varje sammanhang som unikt och beskrivningarna som ges av resultaten är betydelsefulla för den sociala verklighet man studerar (Bryman 2011). Våra intervjupersoners svar ligger till grund för vår analys och är därmed ett viktigt verktyg som gjort att uppsatsen blivit möjlig.

Pålitlighet innebär att samtliga steg i forskningsprocessen skall vara tydligt beskrivna då det ska framgå t.ex. hur man fått fram sitt material (ibid.). I denna metoddel har vi redogjort för varje delprocess i sin helhet för att läsaren ska kunna följa vårt forskningsförlopp.

En möjlighet att *styrka* och *konfirmera* handlar om att forskaren är medveten om att det inte går att vara fullt objektiv i sin forskning (ibid.). Redan innan vi påbörjade vår studie var vi medvetna om denna svårighet med att förhålla oss objektiva under forskningsprocessen. Denna medvetenhet gjorde att vi fick en ökad insikt om problemet.

4.5 Arbetsfördelning

Vi har under arbetets gång med denna uppsats mestadels arbetat med texten tillsammans men vi har även delat upp vissa delar mellan oss. Vi har genomfört alla intervjuer tillsammans men valde att transkribera intervjuerna var för sig. Vissa avsnitt i texten har vi skrivit enskilt då Helena har skrivit avsnitt 3 och Martina har skrivit avsnitt 5. Resterande text har vi författat gemensamt.

4.6 Etiska överväganden

Vi har som sagt valt att anonymisera våra intervjupersoner och deras kommuner då de arbetar med en känslig målgrupp. Det är inte heller så många professionella som arbetar med gravida missbrukare och därför var det viktigt att anonymisera vilka kommuner de arbetar i. Vi har även tagit i beaktande att de har en arbetsgivare och lag att förhålla sig till och vi ville att våra intervjupersoner skulle känna en trygghet i att deras identiteter inte skulle kunna identifieras då uppsatsen kommer att bli tillgänglig för allmänheten.

5. Teori

En viktig del av teorivalet är att teorin måste vara anpassad efter det ämne forskaren väljer att studera. Teorin är till för att skapa förståelse och förklaringar av forskarens ämne (Aspers 2011). Grunden för en förklaring menar Aspers (2011) är att teorin ska hjälpa forskaren att avgränsa sitt område (ibid.). Vi bestämde oss ganska omgående för att använda oss av teorierna utilitarism och makt. Då vår uppsats handlar mycket om etiska dilemman vid tvångsvård kändes det naturligt att använda oss av utilitarismen som är en teori som berör mycket om just etiken vid tvångsvård. Då tvångsvård från vår synvinkel handlar om ett maktutövande från socionomens sida blev även teorin om makt viktig att belysa. Vi kommer att beskriva dessa två teorier närmare i detta avsnitt och kommer även applicera dem i vår analys i avsnitt 6.

5.1 Utilitarismen

Utilitarism innebär att man i de flesta fall bör välja den handling som får de bästa konsekvenserna, så länge priset för dem som handlar är rimligt (Tännsjö 2002).

”En handling är rätt om och endast om det inte finns något alternativ till den som skulle ge upphov till bättre konsekvenser” (Tännsjö, T 2000:26).

En svårighet med utilitarismen är att man inte alltid på förhand vet vilken handling som kommer ge det bästa utfallet (Tännsjö 2000). Det är svårt och veta vad konsekvenserna skulle blivit om vi handlat annorlunda. Man kan endast ta beslut på premisserna att valet man gör har en förväntad nytta men man kan aldrig vara säker på att konsekvenserna blir det man hoppas på (ibid.). Teorin kan även användas både för och emot tvångsvård. Beroende på vem konsekvenserna kommer beröra. t.ex. kan man se tvångsvård utifrån kvinnans perspektiv eller utifrån barnets eller samhällets

5.2 Pastoral makt

Järvinen (2002) beskriver Foucaults begrepp pastoral makt som handlar om hjälp och kontroll. Pastoral makten härstammar från den kristna traditionen och prästerskapet var

de som hade makten över menigheten, alltså befolkningen i trosamfundet. Syftet med makten var att försäkra att samfundets medlemmar levde i äkthet så att de skulle få frälsning i sitt nästkommande liv. Prästerna krävde kontroll över både menigheten och den enskilde individen och på så vis skulle samfundet uppnå frälsning. Pastoralmakten handlar dock inte bara om kontroll utan först och främst skulle prästerna hjälpa individerna och prästerna var även beredda att offra sina liv för att uppnå detta syfte.

I dagens samhälle har kyrkan alltmer förlorat sin ursprungliga makt och styrka men pastoralmakten är inte utdöd utan har levt vidare och den nya pastoralmakten kännetecknas av tre faktorer. Pastoralmakten verkar nu genom samhällets kontrollerande- och vårdande institutioner. Pastoralmakten går bl.a. att finna inom professioner som sjuksköterskor, poliser, domare och socialsekreterare. För det andra sker inte längre frälsning i nästkommande liv utan idag fokuserar man på "här och nu" och fokuseringen ligger inte längre på frälsning utan på välmående, hälsa och säkerhet för den enskilde. Därmed ses pastoralmakten som positiv och produktiv. Den tredje faktor är att pastoralmaktens ursprungliga funktion har tillvaratagits då den fortfarande inriktar sig på att dels kontrollera/hjälpa individen och dels kontrollera/hjälpa befolkningen. Makten bygger på en närgående undersökning och utforskning av individen med fokus på den enskildes svagheter och problem. Pastoralmakten använder sig av olika redskap som klienten utsätts för. Dessa redskap kategoriserar klienten som hjälpsökande genom att individen registreras i journaler, handlingsplaner etc. Detta skapar en bild av individen som socialt avvikande och bekräftar samtidigt individens behov av behandling, stöd och uppfostran. Individen framstår på detta sätt som hjälpbehövande och socialsekreteraren framträder som den som ska hjälpa individen. Pastoralmakten ser sig som en produktiv och positiv makt då den inriktar sig på att hjälpa individen och den enskilde individen har svårt att värja sig mot makten (Järvinen 2002).

5.2.1 Makten mellan socialarbetare och klient

Vi har fokuserat på makten som finns mellan socionomen och klienten och hur denna påverkar arbetet med de gravida missbrukarna. Detta möte sker mellan två ojämlika parter. Socialarbetaren är den som arbetar i ett system och är styrd av dess rutiner,

resurser och regler. Medan klienten är objektet som vill nyttja dess resurser men som måste förhålla sig till de regler som socialarbetaren har direktiv att följa. Socialarbetaren representerar välfärdsamhället och klienten är en mottagare av välfärdsamhällets hjälpåtgärder men för att få hjälpen måste klienten också gå med på en viss kontroll från samhällets sida. Att ha kontroll över resurser som andra vill nyttja innebär att ha makt. Socialarbetaren har makten i mötet med klienten (Järvinen 2002). Socialarbetaren har ofta en bra insyn i kvinnans liv och en kontroll från socialarbetarens sida kan leda till att kvinnan slutligen får den hjälp hon är i behov av. Så i denna kontext kan makten bli positiv (Franzén 2005).

Även Skau (2008) har berört makten mellan socialarbetare och klient. Författaren menar att makt finns i all interaktion mellan socialarbetare och klient men att den ofta osynliggörs. Man framhäver hjälpaspekten men döljer makten menar Skau. Vidare menar författaren att makt *måste* finnas som en del av de professionellas yrkesutövning men det behöver inte nödvändigtvis finnas en hjälpaspekt. Trots detta är det hjälpaspekten som görs synlig (ibid.).

5.2.2 Paternalism

Swärd & Starrin (2006) beskriver att *paternalism* begränsar människors handlingsförmåga med förklaringen att det är för den enskildes eget bästa och beslutet görs över individens huvud. Man tror inte att individen själv vet vad som är bäst för henne själv. Besluten tas bortom individens kontroll. Det är ofta andra som anser att hon behöver vård för sitt missbruk. Användandet av paternalism hänger ihop med att en person förlorar sin autonomi.

Tännsjö använder sig av J. S Mills argument mot paternalismen och menar:

"varken en person eller några personer har rätt att säga till en annan människa i mogen ålder att han inte ska göra vad han väljer att göra med sitt liv, för sitt eget bästa. Han är den person som är mest intresserad av sitt eget välbefinnande: det intresse som någon annan person, utom i fall av personlig tillgivenhet, kan ha av det, är obetydligt jämfört med det han själv har"
(Tännsjö. T 2002:39).

6. Analys

Vi har kodat våra intervjuer efter olika teman och analysdelen utgår från dessa. Vi kommer att besvara vår första forskningsfråga i avsnitt 6.2. Forskningsfråga nummer två besvarar vi i avsnitt 6.4. Tredje och sista frågeställningen återfinns i både stycke 6.3 och stycke 6.4. Vi kommer först att presentera våra intervjupersoner för att sedan presentera vår analys efter följande teman:

Nuvarande tvångslagstiftning, motivation och vem ses som klient?

6.1 Beskrivning av intervjupersoner

Intervjupersonerna och kommer endast att beskrivas utifrån deras profession. De kommer beskrivas nedan utan inbördes ordning.

Barnmorska I. Barnmorska sedan många år tillbaka. Har erfarenhet av arbete inom förlossning och har arbetat mycket med preventivt arbete.

Barnmorska II. Har arbetat som barnmorska sedan ett flertal år. Har erfarenhet inom mödrahälsovården och förlossningen.

Barnmorska III. Har varit barnmorska under ett antal år och har innan dess arbetat som undersköterska och sjuksköterska. Har erfarenhet inom förlossning och mödravården.

Socialsekreterare I. Bytte yrkesbana sent i livet och utbildade sig då till socionom.

Socialsekreterare II. Har mångårig erfarenhet som socionom har tidigare arbetat inom barn och ungdom samt med familjehemsplaceringar.

Socialsekreterare III. Har varit verksam som socionom under större delen av sitt yrkesverksamma liv. Har lång och bred erfarenhet av arbetet inom barn och familj.

Socialsekreterare IV. Har arbetat som socialsekreterare under flera år. Har tidigare arbetat med vuxna missbrukare och var under några år även LVM-handläggare.

Sjuksköterska. Började sin yrkesbana som undersköterska har arbetat inom missbruksvården som skötare har sedan dess enbart arbetat med beroendeproblematik. Utbildade sig senare som sjuksköterska och arbetar idag med underhållsbehandling för missbrukare.

6.2 Nuvarande tvångslagstiftning

6.2.1 Rättsäkerhet

Flertalet av våra intervjupersoner gav uttryck för att den rådande tvångslagstiftningens utformning gav ett allt för stort tolkningsutrymme. I praktiken uppfattade de detta som mycket problematiskt och en av intervjupersonerna framförde att för att undvika godtycklighet vid dessa svåra beslut borde "lagen vara betydligt mer fyrkantig". Detta har även Tännsjö (1995) berört. Han förklarar att "rättsäkerhetens vision" innebär att tvångsutövning ska frambringa så lite otrygghet som möjligt hos befolkningen.

Mänskligheten ska aldrig behöva vara rädd för att utsättas för oväntade tvångsåtgärder. Den som utsätts för tvång ska veta att det sker utan godtycke. Vidare menar han att tvångslagen dessutom bör utformas så att rättsäkerheten säkerställs. Lagens utformning ska vara tydlig, konsekvent och vara enhetlig. Slutligen ska lagen göras förutsägbar i de fall tvångsvård blir aktuellt. Arlebrink (2005) menar att i LVM lagen finns ingen entydig definition av begreppet "missbruk". Lagen blir därför godtycklig och olika socialnämnder gör skilda bedömningar. Gustafsson (2002) förklarar att det är rekvisiten i LVM som är vaga och kan ge upphov till en olikartad och godtycklig rättstillämpning. Barnmorska I berättar:

"Vi har ingen enhetlig lagstiftning för det är ett avgörande beroende på vart man bor, det är det som jag tycker är det värsta i detta att det är så jävla mycket tyckande av olika personer och vad dom anser i den ena stadsdelen anser dom inte i den andra stadsdelen, alltså är inte lagen lika"

Arlebrink (2005) åskådliggör problemet kring rättssäkerheten genom att visa på att en person som bor i ett specifikt område kan bli tvångsomhändertagen, men att en annan individ med samma sorts problematik inte blir aktuell för tvånget därför att lagen ger fritt tolkningsutrymme.

"Hade det funnits en lag där fostret var en person så kan man ju inte feltolka den någonstans" (Barnmorska I).

Gustafsson (2002) förklarar att då lagstiftningen inte reglerar förutsättningarna för tvångsvård vid graviditet leder detta till rättsosäkerhet för kvinnan. Då man inte heller kan fastställa ett gränsvärde i lagen, för hur mycket eller hur lite man

får missbruka, faller Tännsjös krav på klara kriterier i lagen för ett tvångsingripande vilket leder till rättsosäkerhet och rädsla för oberättigade ingripanden (Tännsjö 1995).

"I Sverige tvångsvårdar man för att de är gravida fast det får inte heta så och jag har träffat kvinnor som i efterhand kan säga att det varit bra därför att de inte kunnat hålla sig under graviditeten" (Barnmorska III).

Då samhället tvångsvårdar den gravida kvinnan för att rädda fostret kan vi utifrån pastoralmakten se den som just en positiv och produktiv makt. Även kvinnorna som barnmorska III berättar om har sett makten som uttrycker sig i form av tvångsvård som just positiv och produktiv då de inte har kunnat vara drogfria under graviditeten. Att även barnet har räddats har ytterligare förstärkt synen av pastoralmakten som positiv (Järvinen 2002). Det som däremot blir problematiskt med en lag som inte är enhetlig talar socionom I om:

"... att fostret inte har några rättigheter så man kan inte ta ett LVM på grund av att kvinnan är gravid, och där kan jag se ett etiskt dilemma. För mig skulle de vara en självklarhet att om man missbrukar och är gravid så har fostret ett skyddsvärde och då måste man skydda fostret från att bli utsatt för droger. Så där tycker jag att tvångslagstiftningen skulle gå in och att en gravid skulle vara ett kriterium för att få ett LVM".

Enligt Tännsjö (1995) blir en lag rättsäker endast då den är enhetlig, tydlig och konsekvent. Ovanstående intervjupersoner talar om en praktik där teorin och verkligheten är långt ifrån rättsäker då lagen i dagsläget ger utrymme för skilda tolkningar. Våra intervjupersoners önskan är att lagen utformas så den mer närmar sig det som Tännsjö beskriver som "rättsäkerhetens vision" (ibid.).

6.2.2 Förändring i lagstiftningen

Sjuksköterskan och samtliga av de socionomer vi intervjuat vill ha en ändring av LVM lagstiftningen så att fostret får ett ökat skydd. En ändring skulle innebära att en missbrukande kvinna som blir gravid kan tvångsomhändertas så att fostret föds friskt utan skador. Av barnmorskorna ville majoriteten se en ändring i lagstiftningen.

Barnmorska III var den enda som var av åsikten att en ändring inte var nödvändig att införa då intervjupersonen menade att kvinnor redan i dagsläget tvångsvårdas när de inte klara att hålla sig drogfria under graviditeten. De professionella hade många tankar kring en ändring av lagen. Socionom III förklarar:

"Jag tycker det skulle vara enkelt om man var gravid att tvångsomhänderta någon som missbrukar utifrån fostrets perspektiv"

En annan socionom talar under intervjun om vad en sådan förändring hade fått för verkan ur ett bredare perspektiv än bara utifrån fostrets:

"Det finns ju vissa vinster med att införa i lag att enklare kunna omhänderta en kvinna för fostret som blir tydliga, missbrukar du under graviditeten så kan du bli omhändertagen, man skickar också ut signaler i samhället om att det inte är okej, som blir oerhört tydliga för alla, det blir liksom inga diskussioner, du får inte lov att använda droger, sinnesförändrande droger när du är gravid därför att det kan skada ditt foster, punkt. Det blir inte så mycket snack om hur mycket eller hur lite man kan missbruka under graviditeten. Det blir jätte tydligt, vi eller samhället tar ansvar för fostret, att barn ska födas friska och det blir en jätte markering tänker jag, för alla. Så det kan finnas dom vinsterna med det" (Socionom IV).

Socialstyrelsens rapport från 2007 menar att ett utökat tvång i LVM lagstiftningen till skydd för det ofödda barnet skulle ge en signal till samhället om en nolltolerans när det gäller drogmissbruk och alkoholkonsumtion under graviditeten.

Ända sedan 1980-talet då LVM först initierades till att bli en lag har diskussionen om det väntade barnets oskyddade ställning otaliga gånger diskuterats för huruvida fostret ska eller inte ska få ett ökat skydd i lagstiftningen. År 2009 gav Regeringen uppdraget till Socialstyrelsen att utreda om gravida missbrukare får det långsiktiga stöd, och den vård de är i behov av för att kunna genomgå sin graviditet alkohol- och narkotikafri. I promemorian lämnades förslag till en ändring i LVM så att en gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång p.g.a. ett fortgående missbruk av alkohol eller narkotika och som utsätter sitt väntade barn för en påtaglig risk att födas med skador orsakat av kvinnans

missbruk (Ds 2009:19). Två av våra intervjupersoner ansåg att en utvidgning av dagens lagstiftning skulle gynna kvinnorna.

Barnmorska I resonerade:

”Kvinnor som missbrukar under graviditeten får leva med skuldkänslor hela livet för att de skadat sitt barn och att ett tvångsingripande tidigt i graviditeten hade kunnat förhindra det dåliga samvetet”.

Socionom I uttryckte:

”Tvång är ju aldrig bra, men det behövs i vissa lägen, dels faktiskt för att skydda kvinnan, egentligen för att avlasta skuldkänslorna i efterhand för att man har riskerat att skada sitt barn, och är man inne i ett pågående missbruk så kan man inte se det just då.”

Då pastoralmakten handlar om att ge kvinnan ett välmående och gott liv blir de skuldkänslor som socionom I talar om oförenligt med pastoralmaktens utgångspunkt. För att säkra kvinnan det goda livet kan vi utifrån pastoralmakten tolka det som att kvinnan är i behov av tvångsvården eftersom skuldkänslor inte utgör exempel på ett gott liv (Järvinen 2002).

Trulsson (2003) talar om hur missbrukande kvinnor upplever skuldkänslor och rädsla för att ha skadat sitt barn på grund av sitt missbruk. Intervjupersonerna informerade om att fosterskador uppkommer väldigt tidigt i graviditeten. Det barn som föds med skador orsakat av moderns missbruk kommer aldrig någonsin få det lätt i livet med exempelvis koncentrationssvårigheter, uttryckte socionom IV.

Trots många lagförslag om en ändring till skydd för fostret har Sverige valt att inte ändra tvångslagstiftningen på grund av vissa farhågor som tidigare beskrivits. En av dem var risken att den gravida kvinnan kommer undvika att uppsöka MVC på grund av rädslan för att bli omhändertagen. Våra intervjupersoner ansåg dock inte att denna risk var befogad.

”När det föds ett abstinent barn på bb av kvinnor som har varit i missbruk, så tror inte jag att hon hade nått mödravården ändå” (Socionom II).

De menade att ingen kvinna vill föda ett skadat barn.

"Det finns nog på nåt vis ändå en inneboende känsla i varje kvinna att man inte vill utsätta barnet man bär på för skada, nej jag tror nog att de hade kommit ändå" (Socionom I).

Även barnmorska I hade liknande tankar:

"alla kvinnor vill föda friska barn, så jag tror inte alls att det är så utan dom vill ha hjälp".

Gustafsson (2001) menar att det är viktigt att man skapar ett förtroendefullt förhållande mellan kvinnan och vårdapparaten för att inte riskera att kvinnorna håller sig borta från mödra- och hälsovården. Detta var även något som våra intervjupersoner vidhöll.

"Det är viktigt att skapa en allians och att kvinnan känner ett förtroende för oss" (Socionom III).

6.2.3 Kvinnans autonomi

Under våra intervjuer så diskuterades hur ett ökat skydd för fostret i tvångslagstiftningen skulle påverka kvinnans autonomi/självbestämmande. Samtliga av våra intervjupersoner ansåg att kvinnan alltid har autonomi i alla lägen förutom då hon är gravid. De menade att hon då inte längre var ensam om sin kropp utan var tvungen att ta hänsyn till en individ till.

"Den dagen jag bestämmer mig för att bli förälder har jag ingen autonomi längre" (Socionom II).

Tännsjö (1998) förklarar att en person är autonom när: *"hon gör vad hon väljer att göra (därför att hon väljer det) och väljer att göra som hon gör därför att hon vill det"* (Tännsjö 1998:110). Vidare menar Tännsjö att det finns vissa hot mot en människas autonomi och dessa är hypnos, manipulation och droger. Han menar att det inte är tvånget som utgör hotet om individens autonomi utan det är drogmissbruket (ibid.). Tännsjö (2002) förklarar att då en gravid kvinna är i ett aktivt drogmissbruk och väljer en livsföring som är till men för det väntade barnets bästa är hon inte heller kapabel att fatta autonoma beslut. Samhället bör då kunna tvinga henne till behandling. Detta utilitaristiska synsätt

som Tännsjö förespråkar angående autonomibegreppet vid graviditet och missbruk var även något som socionom IV tog fasta på:

"Kvinnan har ju autonomi i alla lägen, förutom när man har ett barn i magen, om man har beslutat sig för att behålla barnet då tycker jag att rätten att vara frisk är större än rätten att missbruka".

Sjuksköterskan var av liknande åsikt:

"Alltså man får bestämma över sin egen kropp men när man är gravid är det inte ensam om sin kropp då har man ett liv till . Så jag tycker att de kvinnor som går här och blir gravida, om de inte sköter sin drogfrihet ska man först försöka med frivilliga åtgärder men går inte det bör man kunna använda sig av tvångsvård".

Tännsjö (1998) menar att en person som har autonomi är också beslutskapabel och innehar en förmåga att göra autonoma beslut, *men* då en kvinna har drogberoende kan det hindra henne från att fatta fria beslut.

6.3 Motivation

6.3.1 Graviditeten som motivation

En viktig del i intervjupersonernas arbete handlade om att motivera kvinnan till behandling och ett drogfritt liv, men arbetet präglades även av att förbereda kvinnan inför moderskapet. Våra intervjupersoner menade att graviditeten är en otroligt stark motivationsfaktor för de gravida kvinnorna att lämna livet som missbrukare.

"De är ju oftast väldigt måna om barnet det vill ju deras bästa och att det ska bli bra så ofta sköter de sig faktiskt jättebra då de är gravida de är jättemotiverade" (Barnmorska III).

Karin Trulsson (1998) visar i sin forskning att de flesta kvinnor minskar eller avbryter sitt missbruk då de blir gravida. Motivationen till förändring blir extra stark hos kvinnan under graviditeten och barnet ses som räddningen och en väg ut ur missbruket.

"Barnet är det första de äger då blir de ofta så bestämda på att de ska ha det här barnet att de ska klara det här" (Barnmorska III).

Även de övriga professionella som vi har intervjuat gav en liknande berättelse så som barnmorska III berättar.

"Motivationen är ju större klart mycket större än när man inte är gravid"
(Sjuksköterska).

När en missbrukande kvinna blir gravid sker en förändringsprocess hos kvinnan. Utifrån våra intervjupersoners svar ses graviditeten som en "morot" till att sluta med sitt missbruk. Barnmorska III förklarade att många kvinnliga missbrukare ofta tror att det är sterila på grund av missbruket och inte kan få barn, och därför är det viktigt att göra ett ultraljud i ett tidigt skede för att de ska förstå att det är gravida. Även Barnmorska I informerade om vikten av ultraljud:

"Vi gör alltid ett omedelbart ultraljud, de ska se sitt foster och när de får se det lilla hjärtat slå så fattar de att det faktiskt är ett litet liv de har i magen och att nu är det drogfrihet som gäller".

SOU 2004:3 visar i sin rapport att MHV som nästintill når samtliga gravida kvinnor kan med anpassade stödåtgärder utnyttja och ta tillvara på kvinnans starka motivation att föda ett friskt barn och förmå kvinnan att ändra ett riskfyllt beteende. Barnmorskorna som vi har intervjuat förklarade att en åtgärd de använder sig av är just ett omedelbart ultraljud för att få kvinnan att inse att hon är gravid så hon kan upphöra med sitt missbruk. De använder sig även av barnet som en "påtryckningsfaktor" för att få kvinnan att inse att hon omedelbart måste upphöra med sitt missbruk då barnet i magen kräver det. Barnmorska III berättar:

"Mitt jobb det jag är bra på är att prata om barnet i magen och vad tror du att det är i magen, för att få dem att skapa sig en bild av barnet och knyta an till det. Ultraljud är jätteviktigt för de tror ju oftast att de inte kan bli gravida i och med missbruket och då anstränger man sig inte speciellt mycket även om man fått ett positivt gravtest, man har svårt att ta in hur det verkligen är och då kan ett ultraljud vara avgörande för att de ska orka söka behandling eller orka hålla sig drogfria".

Trulsson (2003) förklarar att i samband med graviditeten får kvinnorna förhoppningar om ett ökat socialt värde, de anstränger sig även för att klara av uppgiften att vara en god moder ”*det finns ju ingen som är gravid som inte vill vara en bra mamma såklart*” sa socionom IV. Trulsson menar att det är viktigt att kvinnorna får ett socialt stöd för att ha möjlighet att bekämpa sitt drogmissbruk.

”Uppmuntra dem det är mycket uppmuntran för att många har så dålig självkänsla och tror inte att det ska klara någonting i livet... man måste lyfta kvinnan så hon känner att hon är värd någonting och att hon är viktig och att det hon gör är bra” (Socionom III)

Våra intervjupersoner menar att barnet ger kvinnan en chans till en omstart och en möjlighet att starta ett nytt liv. Detta är något som även Skråner (2001) har berört. Hon menar att föräldraskapet blir ett alternativ till livet som missbrukare, ibland även det enda tillgängliga alternativet. Då kvinnan lämnar missbrukarlivet bakom sig fyller föräldraskapet det tomrum som annars skulle infinna sig.

”Dom vill ju inte starta med droger, dom vill inte starta ett liv med socialt trassel, alla värnar om sina små” (Barnmorska I).

Barnmorska I:s reflektioner ovan återspeglar pastoralmakten genom att visa på att kvinnorna vill vara delaktiga och ta del av det goda livet. Motivationen som kvinnorna har under graviditeten kan ses som en strävan mot det goda livet (Järvinen 2002).

6.3.2 Hinder för motivationen (den som misslyckas)

Två av våra intervjupersoner menar att kvinnan har hög motivation till att bli fri sitt missbruk under graviditeten men trots det väljer en del kvinnor ett liv som missbrukare istället för mamma. Somliga kvinnor är inte beredda att sluta med sitt missbruk då de blir gravida utan väljer ett liv med droger framför ett liv med barnet.

Socionom II förklarar:

”En del kvinnor väljer drogen de är inte beredda att ge upp drogen, att man faktiskt inte väljer barnet och livet och ett drogfritt liv utan när man får chansen så fortsätter man att gå direkt ut och bor på härbärget och väljer drogen när man kunde fått någonting annat.”

Socionom IV är av liknande åsikt:

”Om man ändå inte är säker på att man inte vill säga adjö till sin älskade eller sin drog så är det ju barnet som får sig en käftsmäll”.

Trulssons (2003) forskning visar att kvinnorna är medvetna om att missbruk och barn inte är passande. De är även införstådda med omgivningens fördömanden av missbruk och graviditet, vilket är den vanliga samhällssynen för gemenman. Då kvinnan inte klarar av att sluta med sitt missbruk under graviditeten innebär det ett ytterligare misslyckande. Trulsson (1998) refererar till Goffman och menar att då kvinnan inte lyckas leva upp till samhällets idealbild av en god moder leder det till ett stigma för kvinnan. Författaren menar även att de döljer sitt missbruk på grund av skammen.

En del av våra intervjupersoner förklarade att dessa kvinnor besväras av skam och skuld känslor då hon inte klarar av att vara drogfri.

”Hon kommer att få ångest under resten av livet om inte samhället rycker in”
menade Barnmorska I.

Det var även fler av de intervjuade som var av samma åsikt som Barnmorska I och att tvångsvård skulle befria kvinnorna från att behöva leva med skuld känslor resten av sitt liv för att de skadat sitt barn då de missbrukat under graviditeten.

Trulsson (1998) menar att många kvinnor drar sig undan för rädsla av insyn av myndigheter. Myndigheterna kan använda sin makt de har gentemot kvinnorna för att få insyn i kvinnornas vardag (ibid.). Då pastoralmakten handlar just om att få en tydlig insyn och god utforskning av den enskildes liv kan makten som Trulsson (1998) beskriver kopplas till Foucaults pastoralmakt som berör just detta (Järvinen 2002). Franzén (2005) menar att denna makt föder ett motstånd hos kvinnorna och att

kvinnorna därför döljer sitt missbruk för genom att leva i det fördolda kan man undvika myndigheternas och omgivningens uppmärksamhet. På detta sätt kan man undvika omvärldens fördömande. Den generella uppfattningen bland våra intervjupersoner är ändå att de flesta kvinnor ser graviditeten som en motivationsfaktor och att de vill bli fria från sitt missbruk under graviditeten. Den allmänna uppfattningen bland de professionella som vi har intervjuat är även att kvinnorna upplever det som skönt att det faktiskt finns någon som håller dem under uppsikt under graviditeten. Detta är även något som Trulsson (2003) berört att kvinnorna är beroende av socialt stöd. De kvinnor som inte lyckas avbryta sitt missbruk då de blir gravida, har berott på att de känt sig övergivna och saknat stöd.

Något annat som framkom under våra intervjuer var att motiveringsarbete är en process kvinnan måste gå igenom och då en kvinna får hjälp sent i graviditeten har man ont om tid att motivera henne och barnet kan redan ha hunnit ta skada av missbruket. Barnmorska II menar att då en kvinna kommer in sent under graviditeten hinner hon inte vara gravid så länge och det blir svårt att få till en bra planering. Även kontaktnätet är litet då graviditeten upptäcks sent vilket kan resultera i att kvinnan inte har det sociala stöd hon är i behov av.

6.3.3 Hot om tvång

De professionella som vi intervjuat möter i sitt dagliga arbete gravida missbrukare och de förespråkade alltid frivilliga insatser i första hand och använde sig väldigt restriktivt av tvångsåtgärder. Barnmorskorna berättade att de sällan anmälde kvinnorna till socialtjänsten utan först då alla frivilliga åtgärder var uttömda gjordes en anmälan.

"Jag tycker att tvångsvård ska vara allra sista utvägen, det blir alltid bättre med frivilliga insatser" (Barnmorska II).

Skau (2008) förklarar att frivilliga behandlingserbudanden speglar en klient- och behandlar roll som präglas av mycket hjälp och lite makt. Att frivilliga insatser ska eftersträvas är också något som Gustafsson (2001) påpekar när det kommer till behandling av missbrukare. Men samtidigt i intervjupersonernas berättelser framkom det att hotet om tvång på något sätt alltid finns närvarande i de professionellas arbetstillämpning. Socionom II säger:

”Vi hotar gärna med LVM om det behövs för att få iväg folk i behandling och det gör vi mycket tydlig för kvinnan”.

Hotet om tvång blir även ett sätt för de professionella att få kvinnan att på frivillig väg gå med på behandling, istället för att aktivt använda tvångsvård. Då kvinnorna möter pastoralmakten på detta sätt då vikten ligger i att hjälpa henne får kvinnorna svårt att värja sig mot makten. Det är i mötet med den nya pastoralmakten som kvinnan inte gör något motstånd då makten i första hand utgår från att ge kvinnan hjälp snarare än kontroll (Järvinen 2002).

De professionellas arbete präglas även av en tydlighet inför kvinnorna. Många av våra intervjupersoner informerar de gravida i ett tidigt skede av kontakten om vad som kommer hända dem om de inte sköter eller håller sig drogfria under graviditeten.

”Vi håller ju inte på och anmäler någon det första vi gör utan man ger dem en chans men blir inte drogtesterna negativa då får jag ju säga att jag måste anmäla till socialtjänsten för att du måste vara drogfri det är liksom villkoret, men jag skulle aldrig göra det bakom ryggen utan jag talar alltid om att nu ser det ut såhär och nu måste jag göra det” (Barnmorska II).

Från den professionelles sida blir just hotet om tvång ett synliggörande av maktrelationen med klienten som underordnad och socialsekreteraren som överordnad.

Då makten verkar genom relationer blir socialsekreterarens önskan primär medan klientens vilja blir sekundär (Franzén 2005). Johnsson (2006) förklarar att LVM-vården förutsätter att klienten och socialsekreteraren har olika syn på ingripandet och att tvångsvården blir en tydlig maktutövning gentemot klienten då socialtjänstens aktörer är de som har makten och kontrollen över situationen. Vidare menare Johnsson (ibid.) att för socialsekreteraren handlar detta om en balansgång mellan kontroll och omsorg om klienten.

”Om det barnet nu ska bli till så har den rätt att födas friskt och samhället har en skyldighet att skydda det barnet och om det då är jag som träffar kvinnan så är det min skyldighet att göra vad jag kan” (Socionom II).

Enligt pastoralmakten kan vi tolka socionom II:s resonemang som att samhället har en skyldighet att inträda då en kvinna missbrukar under graviditeten, som en frälsning. Det är välfärdsapparaten skyldighet att ge kvinnan frälsning genom att ge henne ett liv med god hälsa istället för ett liv med missbruk och missär (Järvinen 2002). En samlad uppfattning av våra intervjupersoners berättelser talar för att kvinnorna de kommer i kontakt med i arbetet har redan i unga år skapat sig en negativ bild av socialtjänsten. En socialtjänst som ter sig skrämmande och hotfull. En del kvinnor har inställningen att socialtjänsten kommer ta deras barn ifrån dem, vid minsta lilla misstag. Enligt socionom IV möter socialtjänsten många gånger de gravida kvinnorna med den uttalade eller outtalade frågan:

Tänker ni ta mitt barn, är det därför ni är här?

”Det är viktigt att de känner sig väl omhändertagna för många har mycket dåliga erfarenheter kanske redan från uppväxten med sina föräldrar alltså att socialtjänsten är ett hot att de ska ta deras barn om de inte sköter sig” (Socionom III).

Gustafsson (2002) menar att kvinnor med missbruksproblematik ofta har en misstänksamhet mot myndighetspersoner. Deras negativa bild av socialtjänsten lever kvar även i vuxen ålder och ett krav från socialtjänstens sida om drogfrihet under graviditeten kan upplevas som ett hot om ett omhändertagande av barnet när det väl är fött.

6.4 Vem ses som klient?

Då denna fråga togs upp med våra intervjupersoner var det första gången under våra intervjuer som det var en märkbar skillnad i de professionellas ställningstaganden. Det som förvånade oss var att deras åsikter var så vitt skilda. De olikheter vi kunde se utifrån intervjupersonernas svar var beroende av vilken profession den intervjuade tillhörde.

”Rent medicinskt är det ju kvinnan, i akutsjukvården är det ju kvinnans liv som går före och det är ju så jag måste jobba att det alltid är kvinnans hälsa och liv som går först, den lagen är jag ju skyldig att hålla mig till” (Barnmorska III).

"Om jag behöver välja så väljer jag barnet om det ligger i magen eller om det ute så är det så att barnet går först, det är min huvudsakliga uppdragsgivare"
(Socionom II).

Alla de intervjupersoner som tillhörde hälso- och sjukvården alltså sjuksköterska och barnmorskor, bortsett från en (barnmorska), ansåg att det är kvinnans skyddsvärde som är det primära. Medan socionomerna var av åsikten att barnets liv och skyddsvärde gick före. Gustafsson (2002) menar att denna fråga har varit aktuell under många år och har även ändrat riktning under denna tid. Debatten har pendlat mellan kvinnas integritet och självbestämmande över sin egen kropp till att handla om det väntade barnets rätt att födas friskt, och nu tillbaka igen. Abortlagstiftningens utformning har gått från ett barnperspektiv till ett kvinnoperspektiv. Då abort tidigare var straffbelagt hade fostret ett starkt rättskydd men över tid har barnets skyddsvärde försvagats i och med att abort blivit lagligt och idag tillåts så sena aborter som 22:a graviditetsveckan om synnerliga skäl föreligger. Missbruk ses som ett sådant synnerligt skäl till att avbryta graviditeten. Kvinnans skyddsvärde ses idag som det primära och barnets rättigheter som sekundär i tvångslagstiftningen (ibid.).

"Fostret har en rättighet att växa upp drogfrött under graviditeten, att få en drogfrimiljö att växa upp i. Man bör ha ett mer barnperspektiv än vuxenperspektiv" uttrycker socionom I.

Socionomerna ansåg ju att barnets skyddsvärde var det primära men de hävdade dock att abortlagstiftningen bör ha den utformning den har idag och att kvinnan ska ha möjligheten att välja abort. Men de menade att då kvinnan har bestämt sig för att behålla babyn så kommer barnet i första rummet.

"Så länge man har bestämt sig för att detta ska bli ett barn som ska leva här då måste man se det som ett barn som är skyddsvärt, för man kan hinna skada det så fruktansvärt på så kort tid" (Socionom IV).

"Den lilla bebisen är inte en egen juridisk person som kan föra sin talan så då måste jag ju göra det så det talar jag om väldigt tydligt för kvinnorna. Jag bryter även sekretesslagen om jag tycker att ditt barn far illa" (Barnmorska II).

Gustafsson (2002) skriver att fostret har vunnit insteg i sekretesslagstiftningens 14 kap. 2 § då myndigheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård ömsesidigt ges möjlighet att lämna varandra uppgifter som rör det väntade barnet om det behövs för en nödvändig insats. Vidare menar författaren att det inte står klart angivet i Barnkonventionens artiklar som bland annat ger barnet rätt till liv och utveckling att det innefattar även ofödda barn.

7. Slutdiskussion

I ett inledningsskede till denna uppsats hade vi inte direkt någon förkunskap om gravida missbrukare. Syftet med vår studie blev därför att undersöka hur de professionella inom sjukvården och socialtjänsten reflekterar över sitt arbete med målgruppen.

Under arbetets gång fick vi information som överraskade oss mycket då vi hade vissa föreställningar om hur saker och ting förhöll sig – trodde vi.

En av dessa överraskningar vi båda fick uppleva var att gravida kvinnor med beroendeproblematik i praktiken tvångsomhändertas med LVM för att fostret riskerar att fara illa – trots att lagen inte ger utrymme för det. Detta förvånade oss då vi inte trodde att det var möjligt enligt lag att tvångsomhänderta en gravid kvinna till skydd för det väntade barnet. En diskussion som har förts genom åren har ju handlat om fostrets oskyddade ställning i tvångslagstiftningen och att LVM bör utformas så det ofödda barnet ges ett sådant ökat skydd. Vi blev varse om att några få av de praktiker vi intervjuat ansåg att det är möjligt att kringgå tvångslagstiftningen och att den gravida kvinnan kan vårdas med hjälp av LVM pga. tolkningsutrymme i lagen. Debatten som har pågått ända sedan LVM först initierades till att bli en lag 1981 och som pågår än idag ledde in oss på frågan: *Varför debatteras det för något som redan görs?*

Vi visste som sagt inte att socialsekreterare hade befogenhet att ta en gravid kvinna på ett LVM. Men efter att vi började fördjupa oss närmare på LVM lagstiftningens utformning och läst förarbeten till lagen blev vi snabbt varse om hur stort tolkningsutrymme lagen ger. I intervjupersoners berättelser framkom hur stort handlingsutrymme varje enskild socialsekreterare ansvarar för då tvångslagstiftningen ger utrymme för "godtycklighet".

Som vår analys visar gör vissa socialdistrikt tvångsomhändertaganden av gravida missbrukare medan andra distrikt väljer att inte göra det. Detta i sin tur leder till en rättsosäkerhet för kvinnan.

Då en kvinna befinner sig i en tung beroendeproblematik kan ju missbruket och drogen medföra att hon inte kan se sitt eget vårdbehov och inte att förglömma så även barnets. I det akuta skedet kan därför ett tvångsomhändertagande behövas för att hon ska "nyktra" till och komma till insikt. Men då instanserna gör skilda bedömningar angående denna målgrupp så medför ju det att vissa kvinnor får vård medan andra inte

och detta resulterar samtidigt i en orättvisa. Det väckte ytterligare en fråga: *har alla människor rätt till vård på lika villkor?*

Som dagens abortlagstiftning är utformad får du inte lov att ta bort ditt barn efter graviditetsvecka 22. Men då lagen ger fritt tolkningsutrymme betyder det att kvinnan inom vissa socialdistrikt kan leva hur hon vill på ett destruktivt sätt då hon är gravid men hon får inte ta bort sitt foster när hon vill. Därför hade det kanske varit bra att ha en extra tillsatt punkt i LVM lagstiftningen där graviditet blir ett kriterium för tvångsvård. Socionom I menade ju dessutom att lagen bör utformas mer utifrån ett barnperspektiv och inte enbart utifrån ett vuxenperspektiv som dagens utformning gör anspråk på.

En av våra frågeställningar handlade om huruvida de professionella ville ha en ändring i tvångslagstiftningen eller inte. De flesta av våra intervjupersoner ställde sig positiva till en ändring i lagen och menade att de självfallet borde införas, vilket vi också hade förväntat oss att de skulle svara. Dock var det en barnmorska som var av en annan åsikt. Barnmorskans svar förvånade oss till en början men under arbetets gång då vi fördjupade oss i litteraturen började vi mer och mer förstå barnmorskans resonemang. Varför införa något i lagen som redan tillämpas i praktiken var ju barnmorskans ståndpunkt som vi nu har fått en större förståelse för. Det blir ju meningslöst att tillföra något i lagen som redan tillämpas i praktiken. Men vi båda författare är ändå av åsikten att tvångsvård är bra och behövs i många fall i ett akut skede men ska upphöra då kvinnan har fått chans att nyktra till och återgått till "sitt sinnes fulla bruk". Även de övriga intervjupersonerna medgav att man kringgår lagen i många fall men de menar ändå att det skulle behövas en tydlighet i tvångslagstiftningen som de kan luta sig mot som inte ger utrymmer för lika mycket godtycklighet. Lagen skulle då även generera till en rättvisare bedömning för varje enskild gravid missbrukare.

Nästa frågeställning som vi var intresserade att ta reda på var vem de professionella ansåg ha skyddsvärde, kvinnan eller fostret? Det var här som vår andra överraskning dök upp och det för första gången blev en märkbar skillnad i intervjupersonernas svar. Det visade sig att de professionella hade väldigt olika syn på vem de ansåg som skyddsvärd. Vi upplevde att deras åsikt hängde samman med deras personliga värderingar snarare än med professionens. Som vi synliggjorde i analysen är sjukvården förbunden enligt lag att alltid skydda kvinnans liv i första hand. Trots detta en av barnmorskorna att det väntade barnets liv var skyddsvärd.

Detta är inte en enkel fråga utan hänger ihop med när man anser att fostret blir ett barn. Är det ett barn direkt vid konceptionen eller först då kvinnan har beslutat sig för att behålla barnet? De professionella menade att då kvinnan väl beslutat sig för att det ska bli ett barn så är det också skyddsvärt och har då även rätt att födas friskt.

Uppsatsen har gett oss mycket nya kunskaper om en målgrupp som för oss båda tidigare varit ganska okänd. Vi har fått en inblick i praktikernas arbete med gravida missbrukare men har även fått en förståelse för vilka svårigheter dem ställs inför i sitt dagliga arbete.

Bilaga 1

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Beredande av vård

4 § Tvångsvård skall beslutas om,

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen ([2001:453](#)) eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Bilaga 2

Kriterierna för missbruk i DSM IV är:

- ”1. Upprepad användning av alkohol och droger som resulterat i att man misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol och droger i situationer som medför betydande risker för fysisk skada.
3. Upprepade alkohol- och drogrelaterade problem med rättvisan.
4. Fortsatt alkohol och droganvändande trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur.” (Jansson 2010:40).

Minst ett av de fyra kriterierna ska vara uppfyllda under en tolv månadersperiod för att klassificeras som missbruk enligt DSM IV (ibid.).

Kriterierna för beroende i DSM IV är:

- ”1. Behov av påtaglig dosökning för att nå den önskade effekten.
2. Abstinensbesvär vid avbrott i tillförelsen av alkohol eller droger
3. Alkohol- eller drogintag i större mängd och under längre tid än vad som avsågs
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på, använda och hämta sig från effekterna av alkohol- eller drogbruket
6. Viktiga sociala aktiviteter överges eller minskar på grund av alkohol- eller drogbruket
7. Bruket av alkohol eller droger fortsätter trots vetskapen om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt har förvärrats av alkoholen eller drogen.” (Jansson 2010:31).

Minst tre kriterier av ovanstående krävs för att en person ska få diagnosen beroende (ibid.).

Bilaga 3



Affektiva mottagningen M59
 Fax 585 866 30
 Tel 585 866 26, 585 866 34

PATIENTUPPGIFTER:

AUDIT

NAMN:

PERS-NR:

SIGNATUR: DATUM:

AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig. Man Kvinna **Ålder**

Med ett "glas" menas:



50 cl folköl



33 cl starköl



1 glas rött el. vitt vin



1 litet glas starkvin



4 cl sprit t ex whisky

FRÅGOR	Poäng					Dina poäng
	0	1	2	3	4	
Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig	1 gång/mån eller mer sällan	2-4 ggr /mån	2-3 ggr /vecka	4 ggr/vecka eller mer	
Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler	
Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under det senaste året har du låt bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagens innan?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej		Ja, men ej under sista året		Ja, under det senaste året	
Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska ned på det?	Nej		Ja, men ej under sista året		Ja, under det senaste året	

Har du besvarat alla frågor? Tack för din medverkan!

Oversatt och bearbetat av prof Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm.

Bilaga 4

Intervjuguide

Inledande frågor

Vill du börja med att berätta lite om din bakgrund och vilken utbildning du har.

Hur länge har varit verksam här?

Vad har du för utbildning om missbruk med gravida kvinnor?

Anser du att din utbildning inom detta område är tillräcklig eller är det något du saknar?

Arbetsätt

Hur arbetar ni specifikt med gravida missbrukare?

Ser du några svårigheter i ditt arbete med gravida missbrukare?

Vad skulle du definiera som det huvudsakliga målet i arbete med den gravida missbrukande kvinnan?

Skiljer sig detta arbete beroende på vilken drog (alkohol/narkotika) kvinnan använder?

Vad är de tydligaste skillnaderna i ditt arbete med en gravid kvinna med missbruksproblem och en gravid kvinna som inte har dessa problem?

Vad uppfattar du som mest betydelsefullt i ditt arbete med den gravida kvinnan?

Uppfattar du att de gravida kvinnorna uppfattar detta också som mest betydelsefullt?

Är alla era insatser frivilliga?

Om en kvinna vägrar att samarbeta, hur hanterar ni en sådan situation?

Kvinnan kontra fostret

Hur kommer missbrukande kvinnor i kontakt med er?

Görs den andre föräldern delaktig i arbetet med kvinnan? Om ja, på vilket sätt?

Hur arbetar ni för att den gravida kvinnan ska genomgå sin graviditet alkohol- och narkotikafri?

När det gäller din prioritering av fostret eller kvinnan, vilket skyddsvärde väger över i din bedömning. Vem hamnar i fokus?

Vilka etiska svårigheter anser du är förenat med att kvinnan väljer att missbruka under graviditeten?

När anser du att fostret är/blir ett rättssubjekt med ett skyddsvärde?

Vilka etiska problem anser du är förenat med tvångsvård kontra kvinnans autonomi?

Lagstiftning

Finns det etiska svårigheter som är förenat med dagens tvångslagstiftning? Vilka i så fall?

Skulle du vilja att tvångslagstiftningen såg annorlunda ut så att fostret får ett ökat skydd? Om ja, varför?

Det finns en missbruksutredning som föreslår att LVM kommer ersättas med LPT. Känner du till den?

I missbruksutredningen framgår att det kommer bli enklare att omhänderta en gravid missbrukare till skydd för fostret, utifrån närstående kriteriet i LPT. Anser du att det bör vara enklare att omhänderta en gravid missbrukare än vad nuvarande lagstiftning ger utrymme för?

Om det införs en tvångslagstiftning som gör det enklare att omhänderta en gravid missbrukare finns det en uttalad risk att kvinnan undviker att uppsöka MVC. Vad är dina tankar kring detta? Hur kan man lösa detta problem?

En tvångslagstiftning som möjliggör ett omhändertagande av den missbrukande kvinnan, med motiveringen att skydda fostret skulle innebära en kollision med abortlagen. I abortlagen ökar fostrets skydd ju längre graviditeten framskrider medan i tvångslagstiftningen skulle fostret få ett skydd redan vid konceptionen. Vilka etiska problem kan det medföra?

Norges lag, lov om sociale tjenester, har en kvarhållande princip mot den gravida kvinnan, vad är dina tankar kring en sådan lagstiftning i Sverige?

Samarbete

Vilka samarbetspartners har ni?

I vilka lägen behövs samarbetet? Anser du att samarbetet är tillfredställande?

Framtiden

Tror du att vi står inför en förändring?

På vilket sätt och vad skulle i så fall behöva göras?

Bilaga 5

Informationsbrev

Helsingborg 10 november 2011

Hej,

Våra namn är Helena Solberg och Martina Andersson och vi studerar 6:e terminen på socionomutbildningen vid Lunds universitet. Vi arbetar just nu på vår C-uppsats som handlar om hur praktiker arbetar med gravida missbrukare i förhållande till lagen, samt barnets avsaknad av skydd i rådande tvångslagstiftning. Då gravida missbrukare är din målgrupp har vi tillfrågat dig om en intervju.

Intervjun kommer pågå ca 45 min – 1 h. Vi kommer spela in intervjun på band för att sedan skriva ut den och använda valda delar i vår uppsats. Under arbetets gång kommer intervjumaterialet förvaras oåtkomligt för obehöriga för att sedan förstöras inom rimlig tid.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. I uppsatsen kommer du vara anonym och materialet kommer endast användas i vår c-uppsats som sedan kommer arkiveras via Lunds universitet.

Vid frågor går det bra att kontakta oss eller vår handledare via mejl eller telefon.

Helena Solberg

Mail/tel. xxxx

Helena Hansson

Handledare

Mail/tel. xxxx

Martina Andersson

Mail/tel. xxxx

Med vänliga hälsningar,

Helena Solberg och Martina Andersson

Referenser

Lagar:

Abortlag (1974:595)
Förvaltningslag (1986:223)
Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
Lag (1991:1 128) om psykiatrisk tvångsvård
Lov om sosiale tjenester, § 6-2a (1996)
Socialtjänstlagen (2001:453)
Sekreteresslagen (1980:100).

Litteratur:

- Ahrne, G & Svensson, P (red.) (2011) ”*Handbok i kvalitativa metoder*” Malmö: Liber AB.
- Arlebrink, J (2005) ”Etiska aspekter på lagstiftningen”. I Jan Arlebrink, Marianne Larsson Kronberg, (red:) ”*Tvångsvård vid missbruk. LVM i teori och praktik*”. Lund: Studentlitteratur.
- Aspers, P (2011) ”*Etnografiska metoder*” Malmö: Liber AB.
- Bryman, A (2011) ”*Samhällsvetenskapliga metoder*” Malmö: Liber AB.
- Franzén, M (2005) ”I fråga om makt. Diskurser, resurser, kontexter”. I Ted Goldberg, (red:) ”*Samhällsproblem*”. Lund: Studentlitteratur.
- Goldberg, T (2005) ”*Samhället i narkotikan*” Finland: WS Bookwell AB.
- Gustafsson, E (2001) ”*Missbrukare i rättstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*”. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Gustafsson, E (2002) ”Fostret i fokus? Om rättsäkerhet och tvångsvård av gravida missbrukare”. I Lotta Vahlne Westerhäll, (red:) ”*Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten*”. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Gustafsson, E (2005) ”Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)”. I Jan Arlebrink, Marianne Larsson Kronberg, (red:) ”*Tvångsvård vid missbruk. LVM i teori och praktik*”. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, I (2010) ”*Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor: inverkan av psykiska problem på utfallet*” Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Järvinen, M (2002) ”Hjälpens universum- ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system”. I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, (red:) ”*Perspektiv på sociala problem*”. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kinnunen, A (1994) ”Den bristande motivationen. En litteraturstudie över tvångsvård av rusmedelsmissbrukare i de nordiska länderna”. I Järvinen, M, Skretting, A, (red:)

"Missbruk- och tvångsvård". Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).

Kvale, S & Brinkmann, S (2009) "Den kvalitativa forskningsintervjun" Lund: Studentlitteratur.

Skau, G-M (2008) "Mellan makt och hjälp. Om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare". Malmö: Liber AB.

Skråner, A (2001) "Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk". Göteborg: Kompendiet AB.

Svensson, K, Johnsson, E & Laanemets, L (2010) "Handlingsutrymme Utmaningar i socialt arbete" Stockholm: Natur & Kultur.

Swärd, H & Starrin, B. (2006) "Makt och socialt arbete". I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd, (red:) "Socialt arbete. En grundbok". Stockholm: Natur och kultur.

Trulsson, K (1998) "Det är i alla fall mitt barn. En studie om att vara missbrukare och mamma". Oskarshamn: Carlssons.

Trulsson, K (2003) "Konturer av ett kvinnligt fält. Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling". Lund: Socialhögskolan Lunds universitet.

Tännsjö, T (1995) "Tvång i vården". Falun: Bokförlaget Thales.

Tännsjö, T (1998) "Vårdetik". Falun: Bokförlaget Thales.

Tännsjö, T (2000) "Grundbok i normativ etik" Falun: Bokförlaget Thales

Tännsjö, T (2002) "Tvångsvård om det fria valets etik i hälso- och sjukvård". Falun: Bokförlaget Thales.

Internet:

Ahlenius, A & Bygdeman, M (2005). Fosterskada allt vanligare orsak till abort efter 18:e veckan. *Läkartidningen*. Vol. 102 nr 8: 557-559 (elektronisk).

http://www.lakartidningen.se/old/content_0508/pdf/557_559.pdf (2011-11-14)

AUDIT frågeformulär (elektronisk)

ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=35442&a=103619&l=sv (2012-02-21)

Johnsson, E (2006) "Tvångsvård enligt LVM – en studie om socialsekreterares och klienters erfarenheter och upplevelser av LVM-situationen" (elektronisk)

lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:207120/FULLTEXT01 (2011-12-20).

Vetenskapsrådet: Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (elektronisk)

<http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2011-10-24)

Socialstyrelsen 2007. Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem – avrapportering av regeringsuppdrag (elektronisk)

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8969/2007-107-19_2007107191.pdf (2011-11-26)

Offentliga tryck

Ds 2009:19 *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet*, Stockholm, Socialdepartementet

Proposition 1987/88: 147 *Om tvångsvård av vuxna missbrukare m.m.*

SOU 1987:11 *Skydd för det väntade barnet. Delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet.*

SOU 2004:3 *Tvång och förändring – Rättsäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.*

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende.*

Telefonkontakt:

(Telefonkontakt) med missbruksutredningens huvudsekreterare Hans Wiklund (2011-11-18).