

Missbruk och graviditet

- Vem svarar för den ofödde?

En kvalitativ studie om svenska och norska professionellas syn på tvångsvård av gravida missbrukare

Av: Jannica Nilsson Wallberg

Josefine Attnarsson

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)

VT 13



Handledare: Eva Palmblad

Abstract

Author: Jannica Nilsson Wallberg, Josefine Attnarsson

Title: Substance abuse and pregnancy - Who is responsible for the unborn?

A qualitative study from the professional perspective on compulsory treatment of pregnant substance abusers in Sweden and Norway [translated title]

Supervisor: Eva Palmblad

The purpose of this study was to examine the concept of compulsory treatment of pregnant women with substance abuse problems. The foundation of this study has been the legislations in Sweden and Norway since there is a vital distinction in how pregnant substance abusers are treated in each country. The Swedish legislation does not include a criterion on the grounds of the unborn child's life and wellness which provides a pregnant substance abuser compulsory treatment. Whereas, the Norwegian legislation outlines a criteria of intervention when there is an immediate risk of substance abuse to the unborn child's life and wellness and can compel pregnant substance abusers compulsory treatment. More specifically the purpose of the study was to analyze and compare how professionals perceive the legislation in each country. We focused the study on the professionals attitude towards the pregnant substance abuser and the unborn child and their willingness to protect either one or both their rights.

The study is based on qualitative methods including semi-structured interviews completed with a vignette. Six interviews were executed with professionals from both Sweden and Norway. The professionals had different occupations however, all with experience of working with pregnant substance abusers. With the assistance of the theories paternalism and utilitarianism we came up with various conclusions. We concluded that professionals in both Sweden and Norway play an important role in protecting the unborn child. Their primary focus is the child's right to life and wellness and they take the appropriate course of action to ensure this.

Key words: compulsory treatment, pregnancy, substance abuse, paternalism, utilitarianism

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till våra intervjupersoner som har ställt upp och delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Utan Er medverkan i vår undersökning hade vi inte haft möjlighet att genomföra vårt examensarbete. Vi vill också tacka vår handledare Eva Palmblad för hennes goda och engagerade handledarskap under vårt uppsatsskrivande.

Lagar och förkortningar

AbortL - Abortlag (1974:595)

Abl - Lov om svangerskapsavbrudd (1975-06-13-50)

BVL - Lov om barneverntjenester (1992-07-17-100)

BVC - Barnavårdscentral

Ds - Departement serien

Helse- og omsorgstjenesteloven - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. (2011-06-24-30)

LOST - Lov om sosiale tjenester m.v. (1991-12-13-81)

LPT - Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

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

LVU - Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser av vård av unga

MVC - Mödravårdscentral

PHLSVL - Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999-07-02-62)

SiS - Statens institusjonsstyrelse

SoL - Socialtjenstlag (2001:453)

SOU - Statens offentliga utredning

Innehållsförteckning:

1. Inledning.....	s. 1
1.1 Problemformulering.....	s. 1
1.2 Syfte och frågeställningar.....	s. 2
1.3 Definition av begreppet missbruk.....	s. 2
1.4 Avgränsningar.....	s. 2
2. Bakgrund.....	s. 3
2.1 Lagar.....	s. 3
2.1.1 Socialtjänstlagen - På frivillig basis.....	s. 3
2.1.2 LVM – Tvångslagstiftning.....	s. 3
2.1.3 Lov om sosiale tjenester m.v.....	s.4
2.1.4 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige.....	s.4
2.2 Konventioner och deklARATIONER.....	s. 5
2.2.1 Mänskliga rättigheter.....	s. 5
2.2.2 Barnkonventionen.....	s. 5
2.3 Moderns rätt till självbestämmande i förhållande till ett ökat skydd för det ofödda barnet.....	s. 5
3. Tidigare forskning.....	s. 7
3.1 Tvångslagstiftning och statistik.....	s. 7
3.1.1 Sverige.....	s. 7
3.1.2 Norge.....	s. 8
3.2 Moderns rätt till självbestämmande.....	s. 9
3.3 Barnets rätt till liv och hälsa.....	s. 10
4. Teoretiska utgångspunkter.....	s. 12
4.1 Paternalism.....	s. 12
4.1.1 Paternalism och gravida missbrukare.....	s. 14
4.2 Utilitarism.....	s. 14
4.2.1 Utilitarism och gravida missbrukare.....	s. 15

5. Metod.....	s. 16
5.1 Val av metod.....	s. 16
5.2 Urval och avgränsningar.....	s. 18
5.3 Tillförlitlighet.....	s. 19
5.4 Bearbetning och analys av intervjumaterial.....	s. 21
5.5 Arbetsfördelning.....	s. 22
5.6 Etiska överväganden.....	s. 22
6. Resultat/Analys.....	s. 24
6.1 Tvångslagstiftning.....	s. 24
6.1.1 Professionellas syn på tvångsvård av.....	s. 24
<i>gravida missbrukare samt på respektive lagstiftning</i>	
6.1.2 Risker med tvångsomhändertagande av gravida kvinnor.....	s.27
6.1.3 Vinjettstudie - Vad säger de professionella i Sverige och Norge?.....	s. 29
6.2 Moderns rätt till självbestämmande.....	s. 30
6.2.1 Tvångsomhändertagande - En inskränkning på kvinnans självbestämmande.....	s. 30
6.2.2 Graviditeten som motivation	s. 32
6.2.3 Faderns roll.....	s. 34
6.3 Barnets rätt till liv och hälsa.....	s. 34
6.3.1 Missbrukets påverkan på barnet.....	s. 34
6.3.2 Barnets skyddsvärde.....	s. 36
6.3.3 Prioritering av barnet.....	s. 37
7. Avslutande diskussion.....	s. 39
8. Referenslista.....	s. 42
Bilaga 1 – Informationsbrev.....	s. 45
Bilaga 2 – Intervjuguide.....	s. 46
Bilaga 3 – Intervjuformulär.....	s. 47
Bilaga 4 – Vinjettstudie.....	s. 49

1. Inledning

I Sverige och runt om i världen har frågan rörande tvångsvård av gravida missbrukare diskuterats intensivt i den politiska och vetenskapliga debatten. Debatten tycks komma i konflikt kring frågan om moderns rätt till självbestämmande och det ofödda barnets rätt till liv och hälsa.

En av de första vetenskapliga artiklarna som redogör för skador för ofödda barn i samband med alkoholanvändning under graviditet introducerades år 1889 (Sullivan, 2011). Trots mer än 100 års kännedom om detta samband finns det fortfarande distinktioner i lagstiftning beträffande gravida missbrukare runt om i världen. I olika länder kan man finna skillnader i kulturella, religiösa och professionella värderingar gällande tvångsvård av gravida missbrukare

Markanta skillnader i lagstiftning gällande gravida missbrukare kan vi hitta i vårt grannland Norge. Vi har i vår undersökning valt att utgå från denna skillnad. Vi har ställt oss frågande till att en moder och ett barn kan prioriteras olika beroende på om de bor i Sverige eller några mil till väst i grannlandet Norge.

1.1 Problemformulering

I Sverige finns det i skrivande stund *ingen* lag som gör det möjligt att tvångsomhänderta gravida missbrukare med hänsyn till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall kan inte tillämpas på en gravid missbrukare enbart till skydd för barnet. Motsatt till detta finns i Norge lagen *Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige* som ger möjlighet att tvångsomhänderta gravida missbrukare med hänsyn till det ofödda barnets liv och hälsa. Dessa motstridiga skillnader är något som har fångat vår uppmärksamhet. Vi funderade över hur två grannländer som Sverige och Norge som enligt oss är relativt lika i många avseende, som till exempel välfärdsystem och rättsystem, kan ha så skilda åsikter om en och samma fråga: Är moderns rätt till självbestämmande viktigare i Sverige än i Norge? Prioriteras norska ofödda barn mer än svenska? Är rätten till liv och hälsa mer central i Sverige eller i Norge?

Vår undersökning kommer att angripa ämnet missbruk som är ett centralt begrepp inom socialt arbete. Missbruk och dess påverkan på människor kommer vi med största sannolikhet att komma i kontakt med under vårt framtida yrkesverksamma liv, vi anser därför att vår undersökning är högst relevant för socialt arbete.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vår C-uppsats är att undersöka och analysera hur professionella inom missbruksvården ser på moderns rätt till självbestämmande i förhållande till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa i mötet med gravida missbrukare. Vidare vill vi jämföra vad de professionella i Sverige anser jämfört med de professionella i Norge med utgångspunkt i att lagstiftningen skiljer sig åt vad det gäller tvångsomhändertagande.

Våra frågeställningar:

- Hur ser professionella på tvångslagstiftningen i respektive land?
- Hur ser professionella på gravida missbrukares rätt till självbestämmande?
- Hur ser professionella på ofödda barns rätt till liv och hälsa?

1.3 Definition av begreppet missbruk

Missbruk som begrepp kan inom vårt samhälle ha varierande betydelse. I svensk och norsk lagstiftning finns det ingen juridisk-teknisk definition av missbruk som begrepp (Gustafsson, 2002). Inom hälso- och sjukvården kan missbruk förklaras med hjälp av den amerikanska handboken *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd. För att få diagnosen missbruk krävs det att ett eller flera av fyra kriterier är uppfyllda under en period på tolv månader (Jansson, 2010). (Se bilaga 5 för utförligare beskrivning av kriterierna).

1.4 Avgränsningar

Vi har i vår C-uppsats använt ordet missbruk som en samlingsterm för kvinnor med ett tungt och fortgående missbruk av alkohol och/eller narkotika. Vi har valt att lägga fokus på alkohol- och narkotikamissbruk och avstå ifrån bruk av nikotin och andra läkemedel. Vi har valt att inte skilja på alkohol och narkotika på grund av att det inte är av relevans för vår undersökning vad kvinnorna är beroende av. Vi har i vår C-uppsats endast valt att förhålla oss till Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall i svensk lagstiftning respektive 10 kap. 3 § Tillbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige i norsk lagstiftning. Vi har valt att bortse ifrån andra tvångslagstiftningar som Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) i Sverige respektive Lov om barneverntjenester (1992-07-17-100) (Bvl) i Norge samt Lag (1991:1128) om psykisk tvångsvård i Sverige respektive Lov om etablering- og gjennomføring av psykisk helsevern (1999-07-02-62) (PHLSVL) i Norge.

2. Bakgrund

Enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall kan *inte* en gravid kvinna med ett fortgående och allvarligt missbruk omhändertas med hänsyn till barnets liv och hälsa (Leitan & Weding, 2012). Missbrukspolitikens mål är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika under graviditeten (Socialstyrelsen I, 2007). I Sverige har oron över vilka skador ett ofött barn kan få i samband med moderns missbruk ökat parallellt med att man har försökt att vara aktsam över att inkräkta på kvinnans självbestämmande över sin kropp och reproduktion (Leitan & Weding, 2012). Oron resulterade år 2009 i att regeringen beslöt att lägga fram ett förslag (Ds 2009:19) om ändring i Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Lagändringen skulle innebära ett fjärde kriterium i lagstiftningen där hänsyn till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa skulle avgöra om tvångsvård av den gravida missbrukaren (Regeringskansliet, 2009). Regeringen beslöt år 2010 att inte gå vidare med förslaget (Söderström & Solbekken, 2011).

Norsk tvångsvård av gravida missbrukare regleras i nuläget i 10 kap. 3 § Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011-06-24-30) (Helse- og omsorgstjenesteloven). Lagen trädde i kraft 1 januari år 2012 (Lovdata, 2013). I 10 kap. 3 § Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige (tidigare reglerat i 6 kap. 2 § Lov om sosiale tjenester m.v. från 1996) behandlas gravida missbrukare som enligt lagen kan tvångsomhändertas om det finns risk för att barnet kommer att födas med skador till följd av moderns missbruk (Leitan & Weding, 2012). I Norges lag om tvångsomhändertagande prioriteras det ofödda barnets rätt till liv och hälsa före moderns rätt till självbestämmande.

2.1 Lagar

2.1.1 Socialtjänstlagen - på frivillig basis

Socialtjänstlagen (2001:453), hädanefter förkortat SoL, trädde i kraft i Sverige år 1982, och ersatte de

tidigare vårdlagarna: Barnavårdslagen, Nykterhetslagen och Socialhjälp lagen. SoL är en ramlag som utgör basen för socialtjänstens verksamheter i Sverige. Lagens första paragraf, portalparagrafen, anger socialtjänstens övergripande mål (Nordström & Thunved, 2005).

2.1.2 LVM - tvångslagstiftning

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hädanefter förkortat LVM, är en tvångslagstiftning som omfattar vuxna missbrukare i Sverige. Lagen trädde i kraft samtidigt

som SoL, år 1982, har sedan dess genomgått en del mindre revideringar. LVM finns som ett komplement till SoL och är avsedd att användas först då alla insatser av frivilligt slag enligt SoL är uttömda.

För att tvångsvård enligt LVM ska kunna beredas krävs det att generalindikationen är uppfylld. Detta innebär att någon är i behov av vård till följd av ett fortgående missbruk av narkotika, alkohol eller flyktiga lösningsmedel och att vårdbehovet inte kan tillgodoses genom frivilliga insatser genom SoL. Vidare krävs det också att en av de tre specialindikationerna utöver generalindikationen föreligger för att beslutet om vård ska kunna verkställas. Specialindikationerna innebär att personen i fråga till följd av missbruket, 1) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, 2) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller 3) kan befaras att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. En person kan vara tvångsomhändertagen enligt LVM i maximalt 6 månader, sen prövas beslutet på nytt (Gustafsson, 2005). Ofödda barn har inga rättigheter eller skyldigheter i juridisk mening och omfattas inte utav närståendeskyddet i LVM (SOU 1987:11). Det är därför inte möjligt att omhänderta en gravid kvinna som missbrukar enbart med hänsyn till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa (Leitan & Weding, 2012).

2.1.3 Lov om sosiale tjenester m.v.

Lov om sosiale tjenester m.v. (1991-12-13-81), förkortat LOST var tidigare Norges motsvarighet till svenska Socialtjänstlagen. LOST infördes år 1993. Från 1996 till 2012 innehöll lagen 6 kap. 2a § som reglerade tvångsvård av gravida missbrukare (Leitan & Weding, 2012). § 6-2a gjorde det möjligt att omhänderta gravida kvinnor utan samtycke, om det fanns risk för att det ofödda barnet skulle ta skada av moderns missbruk. I och med denna lag sattes det ofödda barnets rätt till liv och hälsa primärt och moderns rätt till självbestämmande blev underordnat (Wiig & Myrholt, 2012). 1 januari 2012 ersattes § 6-2a med lagen § 10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige i Helse- og omsorgstjenesteloven.

2.1.4 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Den nuvarande lagstiftningen som i Norge reglerar gravida missbrukare är 3 § Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige i 10:e kapitlet Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige i Helse- og omsorgstjenesteloven. Lagen ser näst intill exakt ut som § 6-2a från 1996, bara viss formalia har ändrats (Leitan och Weding, 2012). Enligt 10 kap. 3 § Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige kan alltså gravida missbrukare

tvångsomhändertags utan samtycke med hänsyn till barnets rätt till liv och hälsa. Lagen möjliggör att en gravid missbrukare kan hållas på institution tills dess att barnet är fött. Kommunen ska i samråd med den institution kvinnan vistas på var tredje månad göra en omprövning av beslutet ifall kvinnan ska hållas kvar. Målet med lagen är att skydda det ofödda barnet mot moderns missbruk, stötta och vägleda modern samt motivera modern till behandling (Borgestadkliniken, 2012).

2.2 Konventioner och deklARATIONER

2.2.1 Mänskliga rättigheter

Förenta nationernas konventioner om de mänskliga rättigheterna är en del av folkrätten och preciseras i internationella överenskommelser. De mänskliga rättigheterna är universella, vilket innebär att de gäller över hela världen. De gäller för var individ, oavsett etnisk tillhörighet, religion, kön, språk, hudfärg, sexuell läggning eller social ställning. Huvuddragen i de mänskliga rättigheterna är att alla människor är födda fria med samma rättigheter och likvärdigt människovärde (Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter, 2013).

2.2.2 Barnkonventionen

Ett ytterligare stöd för barn finner man i FN:s konvention om barnets rättigheter, *Barnkonventionen*. Konventionen är en internationell överenskommelse som innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Den 20 november 1989 antog FN:s generalförsamling barnkonventionen och inom två år hade en majoritet av världens stater ratificerat konventionen och därmed bundit sig till att följa och genomföra den. Idag är det endast Somalia och USA som inte har antagit konventionen (Regeringskansliet, 2006). I Sverige gäller inte konventionen direkt som lag utan Sverige har valt att ändra och anpassa lagstiftningen så att den stämmer överens med konventionens bestämmelser. I Norge ser detta annorlunda ut och här är barnkonventionen inkorporerad i lagstiftningen (BRIS för vuxna, 2013). FN:s barnrättskommitté i Genève övervakar och granskar att alla konventionsstater aktivt arbetar för att leva upp till barnkonventionen (Regeringskansliet, 2006).

2.3 Moderns rätt till självbestämmande i förhållande till ett ökat skydd för det ofödda barnet

Att diskutera valet mellan moderns rätt till självbestämmande och det ofödda barnets rätt till liv och hälsa är komplicerat. En av anledningarna till att den svenska regeringen har valt att

inte inkludera tvångsomhändertagande av gravida missbrukare i lagen är att vid alkohol- och narkotikakonsumtion vid graviditet finns det inget specifikt tröskelvärde för vilken mängd som skadar det ofödda barnet. På grund av detta är det omöjligt att ange kriterierna för ett tvångsomhändertagande. Om kriterier inte finns skapas en rättsosäkerhet och det finns utrymme för oberättigade tvångsomhändertagande (Ds 2009:19). Personerna som ofrivilligt skulle få rollen som anmälare skulle bli de anställda inom mödrahälsovården, MVC, då det är de som i första hand möter gravida kvinnor. Det finns därmed en risk att gravida missbrukare skulle undvika MVC på grund av rädsla för att bli anmälda och därmed utan samtycke bli omhändertagna. Det finns även en oro över att vissa kvinnor som blir tvångsomhändertagna skulle välja att göra abort istället för att erhålla vård (ibid.).

“Det ofödda barnet har ingen som kan tala för sig” inleds socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* (Socialstyrelsen II, s. 170, 2007). Att det ofödda barnet påverkas av sin moders missbruk till viss grad är dock ett faktum (ibid.) Norges lagstiftning tar fasta på detta faktum och prioriterar det ofödda barnet framför moderns rätt till självbestämmande, rättsosäkerhet och bekymmer kring en eventuell rädsla för att kvinnorna ska undvika MVC.

3. Tidigare forskning

Vi har valt att se till tidigare forskning genom tre stycken teman: *tvångslagstiftning, moderns rätt till självbestämmande och barnets rätt till liv och hälsa.*

3.1 Tvångslagstiftning och statistik

Som tidigare nämnts existerar i svensk lagstiftning ingen specifik paragraf som reglerar tvångsvård av gravida missbrukare med hänsyn till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa. I Norges tvångslagstiftning har gravida missbrukare sedan år 1996 omfattats av särskilt lagrum. Statistik och information om utfall som finns omfattar de gravida missbrukare som i Sverige har varit gravida i samband med LVM-vård och i Norge de som omhändertagits med tvång enligt lagen om gravida missbrukare. Det finns ett mörkertal som rör svenska och norska gravida missbrukare och vad som har hänt med deras barn. Dessa siffror går dessvärre enbart att reflektera kring.

3.1.1 Sverige

I Sverige omhändertas cirka 1000 människor årligen enligt LVM. Cirka 350 av dessa är kvinnor (Leitan & Weding, 2012). Trots att gravida missbrukare inte kan omhändertas med hänsyn till barnet finns det statistik över gravida missbrukare i Sverige som har omhändertagits men då av andra skäl. Statistiken som finns beror på att kvinnor omhändertas enligt LVM och därefter får reda på att de är gravida *eller* att de blir gravida under placeringen till exempel vid permission (ibid.).

Den mest aktuella forskningen kring dessa gravida missbrukare är samlad i rapporten *Gravida missbrukare inom LVM-vården* från år 2012 författad av Therese Reitan och Linda Weding på uppdrag av Statens institutionsstyrelse (SiS). Rapporten innehåller redovisningar av statistik, utvärderingar och forskning om gravida missbrukare. Syftet med rapporten var att kartlägga gravida missbrukare som haft ett samband med LVM-vården i Sverige mellan åren 2000-2009. I rapporten framställs följande fakta: mellan åren 2000-2009 fann man 150 graviditeter som omfattar 142 kvinnor i samband med placering i LVM-vården, av dessa föddes det 94 barn. Medelåldern för gravida missbrukare i Sverige är 28 år.

En central fråga i Reitan & Wedings rapport (2012) var vilket utfall de 150 graviditeterna hade. En närmare beskrivning av vad som hände med graviditeterna är följande: 62 % födda barn, 24 % aborter, 3 % sannolika aborter, 3 % dödfött/missfall, 8 % okänt. Rapporten tar även upp vad som hände med barnen efter födseln. Av de barn som föddes blev 24 barn (28

%) omhändertagna, 47 barn (54 %) omhändertogs inte och i 16 fall (18 %) framgår inte vad som hände.

3.1.2 Norge

I grannlandet Norge styr lagstiftningen 10 kap. 3 § i Helse- og omsorgstjenesteloven från 2012, tidigare § 6-2a i LOST från 1996 tvångsvården av gravida missbrukare. Norges ursprungliga lag § 6-2a var styrande i Norge under 16 år. Under denna tid mellan 1996 och 2011, tvångsomhändertogs 312 kvinnor.

Under lagstiftningens första år tvångsomhändertogs åtta kvinnor. År 2007 gjordes 30 tvångsomhändertagande av gravida missbrukare i Norge vilket är det högsta antal som någonsin skett i Norges historia. Statistikkurvan har under de senaste sju åren hamnat vid ungefär samma nivå, runt 25-30 tvångsomhändertagande per år (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2012).

För att på bästa sätt jämföra de siffror som vi har utläst ur Reitan och Wedings (2012) rapport har vi tagit del av statistik ur Wiig och Myrholts (2012) rapport ifrån Borgestadklinikken. Borgestadklinikken är ett behandlingshem för missbrukare som är beläget söder om Oslo och tar emot cirka 60 % av gravida missbrukare ifrån hela Norge (Wiig & Myrholt, 2012). Statistiken ifrån Wiig och Myrholts rapport är mer utförlig än statistik som är övergripande för hela Norge. Utifrån Borgestadklinikken har man sammanställt tre rapporter från åren 1996-2005, 2006-2008 och 2009-2010 som tar upp resultat av vad som skett med kvinnor som har tvångsomhändertagits enligt § 6-2a och deras barn. Målet med rapporterna har varit att ge systematiserad kunskap om gravida missbrukare som har blivit inlagda enligt § 6-2a på Borgestadklinikken. Den senaste rapporten *Gravide innlagt på Borgestadklinikken* (2012) är författad av Eli Marie Wiig och Ragnhild Lien Myrholt. Borgestadsklinikken är det enda behandlingshemmet i Norge där gravida kvinnor har en avskärmd enhet, på resterande behandlingshem i Norge vårdas gravida missbrukare på blandade avdelningar. Sedan 1996 till 2010 har 157 kvinnor varit inlagda på Borgestadklinikken, under åren har sammanlagt 134 barn fötts. Genomsnittsåldern för gravida missbrukare i Norge är densamma som i Sverige, 28 år (Wiig & Myrholt, 2012).

Under perioden 1996-2010 resulterade 21 stycken (14 %) graviditeter efter tvångsomhändertagande i abort. Av de barn som föddes under tidsperioden omhändertogs 65 barn (49 %) medan modern behöll vårdnaden i 67 fall (51 %) (Wiig & Myrholt, 2012).

3.2 Moderns rätt till självbestämmande

Artiklen *Pregnancy and substance use – the Norwegian § 10-3 solution. Ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the fetus from harmful substances* är författad av Kerstin Söderström och John-Arne Solbekken (2011). I artikeln tas etiska dilemman och kliniska svårigheter upp i relation till norsk lagstiftning gällande 10 kap. 3 § Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige. Författarna tar upp moraliska och kulturella normer och regler som har styrt komplexiteten kring kvinnors reproduktion och självbestämmande över sin reproduktion. Vem som prioriteras av modern och det ofödda barnet vid födelsekomplikationer har under historien sett olika ut. Lagar i olika länder och professionella värderar det ofödda barnet olika (Söderström & Solbekken, 2011).

Autonomi och självbestämmande är enligt Söderström och Solbekken (2011) centrala punkter i de mänskliga rättigheterna vad det gäller hälsa. Punkten *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* i de mänskliga rättigheterna lyder på följande sätt: "rätten att bestämma över sin egen sexualitet och reproduktion är grundläggande för alla människor" (Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter, 2013). Enligt de universella mänskliga rättigheterna ska varje enskild individ bestämma själv över sin sexualitet "samt att utan tvång, våld eller diskriminering kunna bestämma över sin egen kropp" (ibid.). Lagen om tvångsvård av gravida missbrukare i norsk lagstiftning inskränker på de mänskliga rättigheterna. Tvångsvård överhuvudtaget av människor hindrar rätten till självbestämmande (Tännsjö, 1998). Torbjörn Tännsjö's bok *Tvångsvård - Om det fria valets etik i hälso- och sjukvård* (2002) handlar om risker och komplikationer med tvångsvård och hur det inskränker på människors autonomi. Enligt Tännsjö (2002) kan man rädda fler liv och minimera skadan om man vid beslut om vård tar hänsyn till individens självbestämmande.

Inom både svensk och norsk forskning är dilemman med graviditet och missbruk omtalat. Många gravida missbrukare hamnar i en vägkorsning i livet där graviditeten och det ofödda barnet ses som en motivation i vägen ur missbruket. Graviditeten kan även bli en faktor som gör att missbrukarens omgivning ger ett starkare stöd (Leitan & Weding, 2012). Även Trulsson (2003) belyser moderskapet som en vändpunkt i gravida missbrukares liv. Karin Trulssons doktorsavhandling *Konturer av ett kvinnligt fält - om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling* (2003), berör missbruk och moderskap utifrån flera perspektiv. Avhandlingen bygger på intervjuer med kvinnor med missbruksproblematik samt på fyra av hennes tidigare artiklar som rör detta ämne. Av intervjuerna framgick att de flesta av kvinnorna ansåg att moderskapet och relationen till barnet innebar en omvälvning i deras liv.

Här ingick de förhoppningar om ett ökat socialt värde i samband med graviditeten samt mödrarnas rädsla för att skada sitt barn genom missbruket (Trulsson, 2010).

3.3 Barnets rätt till liv och hälsa

År 2007 publicerade Socialstyrelsen *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* som riktar sig till socialtjänsten, kriminalvården samt hälso- och sjukvården. Syftet med publikationen var att samla riktlinjer som var landsomfattande och göra vården av missbrukare mer enhetlig mellan kommuner och landsting. I publikationen ingår ett kapitel om gravida kvinnor i missbruksvården. Enligt lagen är det primärt att skydda människor som indirekt kan ta skada av missbruk. Det handlar i grunden om rattfylleri och annan kriminalitet men enligt de nationella riktlinjerna gäller detta även det ofödda barnet som i lagen egentligen inte räknas som en person (Socialstyrelsen II, 2007).

FN:s barnkonvention består av 54 artiklar. Enligt barnkonventionen är alla människor under 18 år barn, artikel 6 lyder: "Alla barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling" (Unicef, 2013). När denna artikel ska aktualiseras uppstår återigen dilemmat när det ofödda barnet börjar räknas som livsdugligt. Ett sätt att beräkna ett ofött barns liv är genom att titta på abortlagen i respektive land. Enligt Abortlag (1974:595) i Sverige kan en kvinna göra en abort fram till vecka 18. För att göra en abort efter vecka 18 krävs särskilda skäl och medgivande av socialstyrelsen. Efter vecka 22 räknas barnet kunna överleva utanför mammans mage och anses därför vara livsdugligt. Enligt den norska abortlagen Lov om svangerskapsavbrott (1975-06-13-50) kan en kvinna göra abort fram till vecka 12. För att en norsk kvinna ska kunna göra en abort mellan vecka 13-18 ska det föreligga allvarliga grunder för att beslutet ska gå igenom. När ett ofött barn räknas som livsdugligt enligt lagen kommer rimligtvis även barnkonventionens föreskrifter in.

I vilken omfattning alkohol- och narkotikamissbruk skadar det ofödda barnet är ännu inte fastställt, dock kan ingen helt riskfri konsumtion bevisas. För att inte riskera skador på det ofödda barnet är rekommendationerna i Sverige och Norge tills vidare därför nolltolerans (Socialstyrelsen I, 2007).

Det nyfödda barnets vikt har en oerhörd betydelse vad det gäller barnets välmående och vidare utveckling (Socialstyrelsen, 2007). I Leitan och Wedings rapport från 2012 har författarna jämfört barn födda av kvinnor i Sverige i samband med LVM-vård med barn födda i Sverige ur befolkningen som helhet mellan åren 2000-2009. Utifrån jämförelsen kan man utläsa att barn födda till kvinnor i samband med LVM-vård vägde i genomsnitt 3 191 g.

Vikten av dessa barn skiljer sig avsevärt mot nyfödda ur Sveriges befolkning som helhet där genomsnittsvikten ligger på 3 548 g. I genomsnitt skiljer det hela 357 g mellan dessa födelsevikter. Enligt rapporten (2012) ifrån Borgestadkliniken vägde barn i samband med födsel vid tvångsomhändertagande mellan åren 1996 till 2009 ungefär samma som i Sverige, i genomsnitt 3 165 g. Barn födda i Norge ur befolkningen som helhet ligger genomsnittsvikten på 3 531 g. Återigen är det en skillnad vad det gäller genomsnittsvikten, hela 376 g.

Man har även i Sverige tittat på barn födda prematurt, där siffran på barn födda av kvinnor i samband med LVM-vård låg på 12 % gentemot 5 % som står för genomsnittet av barn födda prematurt i Sverige som helhet (Leitan och Weding, 2012). För tidigt födda barn har större risk att få infektioner som hjärnhinneinflammation, gulsot och blodförgiftning eftersom deras immunförsvar är försvagat. Ögon, lungor och hjärna är de tre organ som löper störst risk att få bestående men och inte bli färdigutvecklade vid prematur födsel. Till de centrala hjärnskadorna hör syn- och hörselskador, epilepsi, cp-skada, utvecklingsstörning samt beteendestörningar som koncentrationssvårigheter och hyperaktivitet (Vårdguiden, 2012). Andra anledningar till att barnen föds prematurt än själva missbruket kan vara främst nikotinberoende, näringsintag och diverse andra sjukdomar (Wiig & Myrholt, 2012).

Söderström och Solbekken (2012) hävdar att missbruk av alkohol och/eller narkotika i samband med graviditet kan ge flera medicinska konsekvenser för det ofödda barnet. Missbruk av alkohol är den form av missbruk som är mest skadlig för det ofödda barnet (Borgestadkliniken, 2012). FASD (fetala alkoholspektrumstörningar) är en benämning som omfattar alla sorters fosterskador som har att göra med alkoholanvändning under graviditeten (Fas-föreningen, 2013). Den medicinska diagnosen FAS (fetalt alkohol syndrom) är till följd av ett missbruk på hög nivå. Barn som föds med diagnosen FAS kännetecknas av försämrad tillväxt samt utseendemässiga och kognitiva avvikelser (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Det finns risker att barnet drabbas av sömnrubbnings, koncentrationssvårigheter, ADHD, hörsel- och synskador, nedsatt motorik och så vidare. Ytterligare problematik som kan ske är att barnet föds med abstinens. Abstinens är något som kan komma som en sen reaktion efter barnets födsel (Wiig & Myrholt, 2012).

4. Teoretiska utgångspunkter

Vår undersökning bygger på hur professionella inom missbruksvården i Sverige och Norge ser på respektive lagstiftning, moderns rätt till självbestämmande samt barnets rätt till liv och hälsa. Då de professionella vi har intervjuat arbetar inom det människobehandlande yrkesområdet är maktbegreppet en väl passande utgångspunkt att analysera vårt material genom. Tvångsomhändertagande av gravida kvinnor som är vårt huvudämne handlar om beslut och insatser som sker mot någons vilja. Vi gör här en koppling till teorin om paternalism. Paternalism är kopplat till inskränkning av den egna viljan som styrs av lagar och myndighetspolitik (Blennberger, 2005). Det innebär att en individs valmöjligheter och förmåga till handling begränsas med motivet att det är för dennes eget bästa, vare sig det är vad personen i fråga själv anser eller har för önskemål (Reamer, 1983). Vi har även valt att utgå ifrån den etiska teorin utilitarism. Ett utilitaristiskt synsätt innebär att den handling som är rätt är den handling som ger de bästa möjliga konsekvenser för *samtliga* inblandade (Blennberger, 2005). Detta synsätt anser vi vara kopplat till socialt arbete. Vi har därför valt att relatera denna teori till vår analys.

Då lagstiftningen i Sverige och Norge ser olika ut vad gäller tvångsomhändertagande av gravida missbrukare, tvingas de professionella att anpassa sitt handlingsutrymme. Vi är därför intresserade av hur man i Sverige och Norge ser på paternalism och utilitarism.

4.1 Paternalism

Det paternalistiska synsättet bygger på över- och underordning. Med detta menas att den professionella och klienten befinner sig på två olika nivåer vad det gäller maktläge. Paternalism innebär i sin mening att utsatta personer inte själva har förmågan att bedöma vad som är bäst för dem. De är i behov av hjälp av en professionell med expertkunskap som har mer erfarenhet kring det aktuella problemet (Starrin, 2007). Detta får konsekvenser för brukarens valmöjligheter samt handlingskraft då dessa inskränks av den professionellas expertis (Svärd & Starrin, 2006). I den paternalistiska tankemodellen handlar maktaspekten om att man utövar sin makt genom att man som överordnad tar och inskränker på den andra parten, den underordnades makt (Starrin, 2007).

Blennberger (2005) skriver om att statens ansvar för den enskilde kan ta sig uttryck i paternalism. I vårt samhälle finns ett antal regler och villkor som har en paternalistisk karaktär. Här innefattas till exempel den allmänna skolplikten, åldersgränser för köp av alkohol och tobak samt även bestämmelser vad det gäller tvångsvård och omhändertagande av

missbrukare. Paternalism tyder på en förmyndarmentalitet vilket förekommer både i Sverige och i Norge (Blennberger, 2005).

Tvångsvård är idag ett omtalat ämne i samhällsdebatten. Det grundar sig i två argument som rör den enskildes liv. Det ena argumentet motiverar ett tvångsomhändertagande då det värnar om den enskildes bästa samt ger goda konsekvenser. Tvångsvården lutar sig här mot samhällets välfärd gentemot sina samhällsmedborgare. Denna positiva inställning till paternalistiska ingripanden svarar för att en persons värdighet och välfärd väger tyngre än dennes rättighet till att bestämma över sig själv. Till denna positiva bedömning ses samhället som ansvarig aktör om vår beslutskapacitet går förlorad. Motargumentet till detta är att ett tvångsomhändertagande inskränker på den enskildes rätt till frihet och självbestämmande. Här ses den enskildes uttalade önskemål som en norm som är överordnad dennes välfärd. Dilemmat ligger i att hitta en balans mellan välfärd och självbestämmande i förhållande till staten och den enskildes sätt att agera (Blennberger, 2005).

Enligt Blennberger (2005) skulle inte vårt samhälle fungera med ett helt icke-paternalistiskt synsätt. Han föreslår däremot en värdeneutral definition av paternalism som han menar att vi bör ta ställning till rimligheten i paternalistiska regler samt handlingar:

Med "paternalism" avses regler och handlingar (främst från det offentliga) som har en ingripande betydelse för livsföringen, genom att föreskriva ett handlingsätt, begränsa val- eller handlingsmöjligheter eller genom att göra insatser - oberoende av eller mot berörda personers egen vilja (och utan att det är fråga om frihetsinskränkningar beroende på brottslighet eller regelverk som är samhälleligt nödvändiga, till exempel trafikregler)"

(Blennberger, s. 258, 2005).

Enligt Blennberger (2005) bör vi skilja på två olika typer av paternalism: välfärdspaternalism och disciplinerande paternalism. Välfärdspaternalism definieras av handlingar som avser att ge en person ökad välfärd och som sker mot dennes vilja eller oberoende av denne. Den disciplinerande paternalismen kännetecknas av att ge personens närstående eller samhället i stort bättre livsförhållanden. Dessa två typer av paternalism bör sättas i förhållande till varje individ då vi gör bedömningen om vad som anses viktigast, individens egen fria vilja eller ett visst mått av välfärd.

4.1.1 Paternalism och gravida missbrukare

Tännsjö (2002) lyfter problematiken med missbrukande kvinnor som är gravida. Han menar att moderns livsföring kan påverka barnets framtida hälsa och välbefinnande på ett negativt sätt. Om modern väljer en livsföring som sätter sitt framtida barns liv på spel finns det en stark presumtion som talar för att samhället ska kunna gå in och tvinga modern att ändra på sin livsföring. Dessa tvångsåtgärder är legitima då de inte avser att ta hänsyn till det framtida barnet utan har som avsikt att värna om kvinnans hälsa. Här innefattas också att dessa kvinnor som utsätts för denna typ av tvång inte är i stånd till att fatta ett autonomt beslut kring sitt liv. Skulle man ta hänsyn till det framtida barnets bästa skulle tvånget inte vara paternalistiskt. Det skulle då utgå från barnets intresse, en tredje part, och inte utifrån den gravida kvinnan (Tännsjö, 2002). Här görs en skillnad mellan Sveriges och Norges lagstiftning gällande begreppet paternalism. Den svenska lagstiftningen rörande gravida missbrukare är av paternalistisk karaktär, då den riktas mot en besluts- eller icke beslutskapabel person, med hänsyn till dennes eget skydd (Tännsjö, 1994). Eftersom den gravida missbrukaren enbart kan LVM:as med hänsyn till att skydda hennes eget liv inte med hänsyn till att skydda barnet.

Norges lagrum som omfattar gravida missbrukare har en tvångsvård av en mer preventiv karaktär. Den går i linje med det Tännsjö (1994) benämner som preventiv paternalism. Tvånget riktas mot en person, men till skydd för tredje part, i det här fallet det framtida barnet, då personen anses farlig för sin omgivning. Då dessa ingripanden tar hänsyn till det framtida barnets bästa anser han att tvånget inte är paternalistiskt. Här ligger fokus på barnet och inte på kvinnan, vilket gör att inskränkningen har som syfte att rädda barnet och kan därför inte anses vara av paternalistiskt slag (Tännsjö, 2002).

4.2 Utilitarism

Utilitarismen är en etisk teori som innebär att en handling eller regel är korrekt om den ger de bästa möjliga konsekvenserna för *samtliga* inblandade (Blennberger, 2005). Själva ordet utilitarism kommer ifrån latinets utilitas som betyder nytta (Tännsjö, 1998). Utilitarismen förespråkar att handlingar ska maximera det goda som är grundtanken i socialt arbete. Men detta innebär inte att den utilitaristiska principen beskriver hur vi gör en handling utan den kan endast användas som ett kriterium på när en handling är riktig. En svårighet i utilitarismen är hur vi som utövare ska kunna veta vilken handling som för med sig de bästa konsekvenserna. Man talar istället om den handling som man tror innebär maximering av den

förväntade lyckan (Tännsjö, 2002). Lyckan eller ett gott liv beskriver Blennberger (2005) i ord som livskvalitet, livets mening och människans väl.

För att göra en renodlad utilitaristisk bedömning bör vi enligt Blennberger (2005) ta hänsyn till skademinimeringsprincipen och närhets(ansvars)principen.

Skademinimeringsprincipen innebär att hänsyn tas till dem som i och med handlingen utsätts för mest skada. Närhets(ansvars)principen innebär att vi uppmärksammar dem som står oss nära och dem vi har lite extra ansvar för. Dessa två principer menar Blennberger (2005) mynnar ut i människovärdesprincipen som står för den utilitaristiska tanken *alla* människors lika värde.

4.2.1 Utilitarism och gravida missbrukare

Vem ska man ta hänsyn till utifrån utilitarismen om den gravida missbrukaren och det ofödda barnet har olika behov? Utilitarismen förespråkar att den rätta handlingen är den som innebär det bästa utifrån alla inblandade. I Sverige kan en kvinna missbruka alkohol och narkotika under en graviditet. I Norge kan en kvinna bli tvångsomhändertagen för att hon missbrukar alkohol och narkotika under en graviditet. För att bestämma vilken av dessa handlingar som är den mest etiskt försvarbara enligt utilitarismen gäller det att välja den handling som man tror innebär bäst sammantagna effekter i längden för alla inblandade. Om man tittar på svensk och norsk lagstiftning kan man utläsa att i detta avseende har rättsväsendet olika tankesätt. Detta har påverkat professionellas handlingsutrymme och frågan om vilken handling, frihet eller tvångsomhändertagande som ger de "bästa" konsekvenserna för samtliga inblandade. Utifrån Blennbergers (2005) skademinimeringsprincip och närhets(ansvars)princip kan en koppling göras utifrån ansvaret att skydda den eller de som är i risk av att ta mest skada, samt att ta ett extra ansvar till den/de som står en nära, vilket skulle kunna appliceras på ett ofött barn.

5. Metod

5.1 Val av metod

För att på bästa möjliga sätt kunna undersöka de professionellas syn på våra frågeställningar har vi i vår C-uppsats valt att använda oss utav kvalitativ metod. Kvalitativa metoder definieras av närhet, och har vuxit fram som ett alternativ till kvantitativa metoder som kopplas till distans (Ahrne & Svensson, 2011). Vi ansåg att kvalitativ metod var lämpligast för vår undersökning då vi var intresserade av att på ett djupare plan undersöka professionellas syn på tvångsomhändertagande av gravida missbrukare. I en undersökning som genomsyras av kvalitativ metod är det eftersträvansvärt att ha en närhet till personerna som studeras då det ger forskningen stöd i att: “se världen med deras ögon” (Bryman, s. 372, 2008).

Kritik mot kvalitativ forskning är att forskningens resultat bygger för mycket på forskarens uppfattning om vad som anses viktigt och betydelsefullt (Bryman, 2008). Vi har haft denna kritik i åtanke under vårt skrivande och arbetat för att hålla oss neutrala i vår forskarroll. Vårt mål har varit att våra personliga uppfattningar inte ska påverka undersökningens resultat.

En annan kritik som Bryman (2008) belyser är att resultat i kvalitativ forskning är svåra att generalisera jämfört med kvantitativa resultat. Man kan göra “måttliga” generaliseringar inom den kvalitativa forskningen som är mer prövande än rent statistiskt generaliserbara (Bryman, 2008). Då vårt material kommer att innehålla en komparation mellan de professionellas syn på tvångsvård i Sverige och Norge kommer generaliseringen att vara av mer prövande karaktär. Här är inte rena siffror och statistik det primära målet att undersöka genom generalisering.

Vi har valt att se till professionellas syn på tvångsvård av gravida missbrukare i både Sverige och Norge. Detta gör att vår undersökning kommer att gå i linje med det Bryman (2008) definierar vara en undersökning av komparativ design. Med detta menas att man tillämpar mer eller mindre identiska metoder i sin undersökning av två olika eller motsatta fall. Den jämförande designen ger forskaren en ökad förståelse då fallen jämförs mot varandra. I vårt fall ger denna komparativa undersökning oss en ökad medvetenhet samt ett vidare perspektiv på de professionellas syn på moderns rätt till självbestämmande i förhållande till barnets rätt till liv och hälsa, både i Sverige och i Norge. Då ländernas lagstiftning ser olika ut ger vårt insamlade material från respektive länder oss en djupare förståelse för den sociala verklighet som finns i de båda länderna (Bryman, 2008).

Den form av kvalitativ forskning som vi har valt att arbeta med är intervjuer. Vi ville ta reda på individers förhållande till ett specifikt ämne, i detta fall professionellas syn på tvångsomhändertagande av gravida missbrukare. Vid en sådan undersökning är intervjuer lämpliga att använda (Ahrne & Svensson, 2011). Enligt May (2001) ger intervjuer den samhällsvetenskapliga forskningen en bra inblick i människors åsikter, erfarenheter och upplevelser, vilket styrker vårt val av metod till vår undersökning. Vi har gjort kvalitativa intervjuer med professionella som har en koppling till missbruksvården och därmed erfarenhet av tvångsomhändertagande av gravida kvinnor samt lagstiftningen. De professionella vi har intervjuat har haft olika professioner, vi har intervjuat två barnmorskor, en sjuksköterska och tre socionomer. Vi ser inte våra intervjupersoner som representativa för en hel population då vårt syfte inte är att kunna generalisera alla professionellas syn inom missbruksområdet. Vi ville att undersökningen skulle ge en indikation på hur de professionellas syn förhåller sig till tvångsvård och se till skillnader/likheter mellan länderna. För att kunna jämföra de professionellas syn i Sverige och i Norge har vi gjort intervjuer i båda länderna.

Våra intervjuer har pågått i cirka en timma och gått i linje med det May (2001) benämner som semistrukturerade intervjuer. Våra frågor har följt en viss struktur men vi har också lämnat utrymme för fördjupning och vidare diskussion. Till vår hjälp har vi utformat en intervjuguide (se bilaga 2) som har fungerat som en kortare minneslista för områden som ska täckas och beröras i våra intervjuer. Detta gjorde vi för att försäkra oss om att vi inte skulle missa något av relevans (Bryman, 2008). Utifrån denna intervjuguide har vi utformat våra frågeställningar till ett intervjuformulär (se bilaga 3). Efterhand som vi gjorde våra intervjuer uppkom följdfrågor som vi kompletterade vårt intervjuformulär med. Här blev vikten av en ordentligt genomarbetad intervjuguide tydlig för oss.

Som avslut på våra intervjuer har vi även tagit hjälp av en vinjettstudie. En vinjettstudie är lämplig när man som intervjuare vill att intervjuobjektet på egen hand ska beskriva hur den förhåller sig till en konkret situation (Bryman, 2011). En fördel med att använda sig av en vinjett i en undersökning är att risken minskas för att svaren är på rutin och inte är ordentligt reflekterade över (Bryman, 2008).

Frågan om vad som anses rätt eller fel vad det gäller att inskränka på en annan människas liv genom tvångsomhändertagande kan uppfattas som ett känsligt ämne. Med en vinjett kan distansen mellan de känsliga frågorna och intervjupersonen öka då man pratar om påhittade fall (Bryman, 2008). Våra intervjuer har berört detta känsliga ämne och därför ansåg vi att vinjetten har underlättat för både oss som intervjuare samt för våra intervjupersoner. Att ge ett och samma konkreta scenario till våra intervjupersoner har gjort att vi kunnat se skillnader

och likheter i respektive land, detta har gett oss en vidare förståelse för svenska och norska professionellas olika syn och förhållningssätt kring gravida missbrukares problematik. Vår vinjett (se bilaga 4), är ett fiktivt fall som handlar om en ung kvinna som kommer i kontakt med socialtjänsten. Kvinnan, Cassandra är tidigare känd hos socialtjänsten då hon har en bakgrund med missbruksproblematik. Kvinnan är nu hemlös och gravid i tredje månaden.

Vår vinjettstudie var ett fiktivt fall som vi på egen hand författade. Vinjetten innehöll dilemmat med graviditet i samband med missbruk som var det huvudsakliga ämnet. Vi hade tagit upp viss information i vinjetten, till exempel att den gravida kvinnan var bostadslös. Bostadsproblematiken upplevde vi tog bort en del fokus från kvinnans missbruk och graviditet. Vinjettens utformning påverkade intervjupersonernas svar och ställningstaganden. Trots detta upplever vi att vinjetten varit till stor hjälp i vår undersökning, främst vad det gäller att förtydliga skillnaderna i de professionellas handlingsutrymme i förhållande till deras lagstiftning.

5.2 Urval och avgränsningar

Vår målgrupp i denna C-uppsats har varit gravida missbrukare. På grund av att denna grupp är en skör och utsatt grupp i samhället har vi valt att kringgå intervjuer med målgruppen för att istället rikta in oss på intervjuer med professionella som arbetar med målgruppen. Vi hade också en förförståelse om att det skulle bli svårt att hitta gravida missbrukare som skulle vara villiga att bli intervjuade. Vi valde att intervjua professionella inom missbruksvården då de möter gravida missbrukare i sin vardag samt är insatta i deras problematik och kan ge en bild av denna. Vi valde att intervjua professionella i just Sverige och i Norge på grund av skillnaderna mellan ländernas lagstiftning. De övriga länderna i Skandinavien har en lagstiftning som liknar Sveriges vad det gäller tvångsomhändertagande av gravida missbrukare (Leitan & Weding, 2012).

Det val av intervjupersoner vi har gjort kallas målinriktat urval. Denna typ av urval innebär ett icke-sannolikhetsurval där deltagarna väljs ut strategiskt genom anpassning till relevans för undersökningens forskningsfrågor samt för att uppfylla målen med forskningen (Bryman, 2011).

Eftersom vi är lika intresserade av professionellas perspektiv både i Sverige och i Norge har vi valt att intervjua tre stycken professionella från varje land. Detta i ett försök att få lika stor omfattning av material från vardera land. De professionella vi har kommit i kontakt med har valts ut med hjälp av snöbollsurval (Ahrne & Svensson, 2011). Ett snöbollsurval är ett

exempel på ett målinriktat urval inom den kvalitativa forskningen (Bryman, 2008). Ett snöbollsurval innebär att en kontakt görs med en intervjuperson, med hjälp av denna kommer man sedan i kontakt med andra personer att intervjua inom samma bransch. En begränsning som kan föreligga som negativ i snöbollsurvalet är att man hittar intervjupersoner genom varandra, vilket kan innebära att intervjupersonerna sedan tidigare känner varandra och har likasinnade åsikter och kunskap (Ahrne & Svensson, 2011). Detta har vi haft i beaktande under vårt uppsatsskrivande.

Personerna vi valde att intervjua var som vi tidigare nämnt alla professionella inom missbruksvården. Vi valde att inte lägga någon vikt vid vad de hade för specifik yrkestitel, det väsentliga för oss var att de hade erfarenhet av arbetet med gravida missbrukare. Vi upptäckte efterhand att intervjupersonernas profession påverkade deras svar. Om vi istället valt professionella inom samma yrke hade vårt material kanske varit mer enhetligt i den bemärkelsen att deras resonemang utgått från mer liknande professionella syn- och tankesätt. Komparationen hade därmed kunnat bli mer rättvisade. Vi har i val av intervjupersoner inte heller tagit hänsyn till om den professionella arbetar inom öppen eller slutna vården. Även detta är något som vi upplever har påverkat vårt resultat.

5.3 Tillförlitlighet

Inom kvantitativ forskning är validitet och reliabilitet två viktiga begrepp som kan användas för att försäkra sig om forskningens kvalitet. Eftersom mätning inte är det största intresset i kvalitativ forskning finns det delade meningar bland forskare i vilken utsträckning dessa begrepp är relevanta för den kvalitativa forskningens ansats (Bryman, 2008).

Nedan kommer vi se till vår undersökning i förhållande till begreppen validitet och reliabilitet utan att ändra på begreppens namn. Vi kommer dock att lägga mindre vikt vid de aspekter som rör själva mätningen.

Validitet berör frågan om undersökningen mäter vad den avser att mäta, (det vill säga om slutsatserna är sanna) (May, 2001). Då vi är intresserade av professionellas syn på lagstiftningen som rör gravida missbrukare är det ur validitetsaspekten viktigt att våra intervjuer ger svar på det vår undersökning avser att besvara. Vi har därför valt att intervjua professionella som arbetar inom missbruksvården för att de möter gravida missbrukare i sitt arbete och har erfarenhet av deras problematik och lagstiftningen i respektive land.

För att tillförsäkra vår undersöknings tillförlitlighet kommer vi dock att ha i åtanke att alla samband inte är kausala. Alla samband behöver inte betyda orsak och verkan.

Intervjupersonerna behöver inte svara på ett visst sätt bara för att de bor i ett visst land. Det kan vara annat som påverkar deras svar, till exempel. att de har en viss utbildning, arbetar på en viss arbetsplats eller att deras chef påverkar deras svar i en viss riktning (Bryman, 2008). Vi är medvetna om att de professionella som jobbar inom sjukvården, till exempel barnmorskorna har ett mer medicinskt synsätt medan socialarbetarna sätter det psykosociala i främsta rummet. Detta gör att intervjupersonernas svar på vår frågeställning kommer att påverkas beroende på vart fokus ligger i deras yrke.

Reliabilitet handlar om att undersökningens resultat är upprepbara (May, 2001). För att öka reliabiliteten i vår undersökning har vi tagit hjälp av en diktafon vid våra intervjuer samt att vi i anslutning till varje intervjutillfälle har transkriberat materialet. Detta för att materialet ska bli så tillförlitligt som möjligt. Ett annat sätt att öka forskningens reliabilitet är att man som forskare förhåller sig neutral i sina resonemang (Bryman, 2008). Då vi bor i Sverige och omfattas av svensk lagstiftning har vi varit vaksamma på att våra egna åsikter och personliga värderingar i denna fråga inte ska påverka undersökningen.

Bryman (2008) skriver om LeCompte & Goetz definition av begreppen validitet och reliabilitet i samband med kvalitativ forskning. Enligt dem är begreppen uppdelade i två underteman var: *intern* och *extern validitet* samt *intern* och *extern reliabilitet*. För att kartlägga vår undersöknings tillförlitlighet utifrån dessa begrepp kommer vi nedan att koppla begreppens innebörd till vår uppsats.

Intern validitet handlar om att de teoretiska idéer som forskaren utvecklar ska stämma överens med de observationer denne gör. Detta kan ses som en styrka i den kvalitativa forskningen då forskaren kan säkerställa överenskommelsen mellan begrepp och observation av hög grad (Bryman, 2008). Här ser vi huruvida våra teoretiska idéer överensstämmer med våra observationer. Vi har mött flera professionella som dagligen möter gravida missbrukare. Vi har även varit ute på deras arbetsplatser, vilket har gett oss en bild av den miljö som gravida missbrukare lever och befinner sig i. Denna närhet till deras miljö har bidragit till att överensstämmelsen mellan det vi sett och de teoretiska idéer vi utvecklat är av hög grad.

Extern validitet rör i vilken utsträckning resultaten kan generaliseras till andra sociala miljöer. Här kan det uppstå ett problem i den kvalitativa forskningen då den tenderar att använda sig utav begränsade urval och fallstudier (Bryman, 2008). Detta problem är något som redan i början av vår undersökning blev tydligt. Vår undersökning omfattas som tidigare nämnts av professionellas syn på gravida missbrukare. De är professionella från två olika länder, och därmed från två olika miljöer. Lagstiftningen i respektive land skiljer sig markant i frågan gällande tvångsvård av gravida missbrukare. Detta visar på svårigheten med att

generalisera resultatet. Hade vi blandat in ytterligare länder i vår undersökning hade troligen resultatet sett annorlunda ut då undersökningen påverkas av miljö och situation.

Intern reliabilitet betyder att forskarna som medverkar i ett forskarlag kommer överens om hur och på vilket sätt de ska tolka sitt material (Bryman, 2008). Detta har vi sett som en viktig del i vår undersökning. Vi har i vårt forskarlag haft ett nära samarbete under hela arbetsprocessen. Vi kom överens om att vår undersökning skulle utgå från tre olika teman: *tvångslagstiftning*, *moderns rätt till självbestämmande* och *barnets rätt till liv och hälsa*. Dessa teman har gjort att vår undersökning har följt en röd tråd samt att det har gjort att vi som forskarlag kunnat ha ett gemensamt förhållningssätt till vårt material.

Extern reliabilitet står för i vilken utsträckning undersökningen kan upprepas (replikeras). Att kunna upprepa en kvalitativ undersökning är svårt då det är omöjligt att styra över den sociala miljön då den ständigt är i förändring. För att tillgodose de krav som den externa reliabiliteten ställer då en undersökning ska upprepas, är det av vikt att forskare nummer två håller en liknande social roll som den ursprungliga forskare nummer ett. Håller de inte en social roll som är i likhet med varandra kommer inte deras material att kunna jämföras och därmed kommer inte undersökningen att kunna replikeras (Bryman, 2008). Vi ser ett problem i att vår undersökning ska kunna upprepas då den forskare som skulle upprepa vår undersökning kan få problem med att hålla en social roll lik vår.

5.4 Bearbetning och analys av intervjumaterial

Vi har genomfört semistrukturerade intervjuer samt vinjettstudier med våra intervjupersoner. Vi har med tillåtelse av intervjupersonerna använt oss av diktafon vid varje intervjutillfälle. Att använda sig av en diktafon eller bandspelare av något slag kan ha både för- och nackdelar. Intervjupersonen kan till exempel känna sig obekväma med att samtalen spelas in, vilket kan påverka materialet i en negativ riktning. Fokus kan bli lagt på inspelningen snarare än på själva samtalet. En viktig fördel med att spela in intervjun är att intervjuaren kan koncentrera sig på samtalet och inte gå miste om viktig information istället för att behöva föra anteckningar (May, 2001). För att lättare analysera vårt intervjumaterial har vi skrivit ut den inspelade intervjun ordagrant. Vi valde att inte skriva ut pauser eller liknande för att vi anser att det inte hade någon meningsbärande funktion för våra resultat (Aspers, 2007). Vi har transkriberat vårt material timmarna efter varje intervju, detta har vi gjort för att försäkra oss om att inte gå miste om någon information. Alla intervjuer har transkriberats på svenska. Detta innebär att våra intervjuer i Norge har översatts från norska till svenska.

För att lättare analysera vårt intervjumaterial har vi använt oss av den teknik May (2001) benämner som "utvecklingsintervjuer". Detta innebär att man kronologiskt går igenom en händelse samt intervjupersonens upplevelse av denna för att få en egen uppfattning kring scenariot. Man kan sedan sätta denna personens uppfattning i förhållande till andra personers för att kunna få en tydligare bild genom att jämföra dessa. Detta har vi använt som hjälp för att kunna se skillnader/likheter mellan intervjupersonerna i Sverige och Norge. Vi har då kunnat jämföra deras uppfattning med hjälp av vinjettstudien.

Kodning är ett sätt att strukturera intervjumaterial (Aspers, 2007). Genom att koda har vi kunnat hitta samband mellan olika delar. Vi har i vår kodning av materialet letat efter tre olika teman: *tvångslagstiftning*, *moderns rätt till självbestämmande* och *barnets rätt till liv och hälsa*. Vi anser att dessa områden är relevanta för syftet med vår undersökning samt besvarar våra frågeställningar. Efter att materialet hade delats in i dessa tre teman påbörjades en mer noggrann genomgång av dess innehåll. Innehållet resulterade i ett antal olika underrubriker.

5.5 Arbetsfördelning

Vi har i vår C-uppsats valt att göra största delen av arbetet tillsammans. Vi har ibland delat upp textstycken, men sedan valt att gå igenom dem tillsammans för att få arbetet enhetligt. Josefine står som huvudansvarig för kapitlet Tidigare forskning medan Jannica har haft det övergripande ansvaret för kapitlet Metod. De övriga texterna har vi mer eller mindre författat gemensamt. Även insamling av material har gjorts gemensamt. Vi har båda varit delaktiga vid samtliga intervjutillfällen, men vi har alternerat vem som har lett intervjun. Den som inte har lett intervjun har fört anteckningar samt styrt det tekniska med diktafonen. För att på bästa möjliga sätt använda tiden valde vi att transkribera intervjuerna var för sig. Det samma gäller kodningen. Vi har sedan jämfört våra kodningar av det transkriberade materialet och gemensamt lyft ut relevanta delar för vårt resultat.

5.6 Etiska överväganden

För att vårt samhälle ska kunna utvecklas krävs det att forskningen leder oss framåt. För att garantera att forskningen bedrivs av hög kvalitet och på ett korrekt sätt har Vetenskapsrådet utvecklat *Vetenskapsrådets forskningsetiska principer* (1990). Här innefattas forskningskravet och individskyddskravet som är ett skydd för samhället och dess medlemmar. Individskyddskravet kan delas in i fyra allmänna huvudkrav: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 1990). Vi

kommer nedan att utifrån dessa fyra krav ta ställning till huruvida vår forskning står i förhållande till denna utgångspunkt för överväganden av forskningsetiska slag.

Vår forskning bygger på kvalitativa intervjuer med professionella inom missbruksvården. Vi har tagit kontakt med våra intervjupersoner både via telefon och via mejl. För att uppfylla informationskravet har vi vid vår första kontakt informerat om vår undersökning samt dess övergripande syfte (Vetenskapsrådet, 1990). Vi har också mejlat ut ett informationsbrev (se bilaga 1), intervjuguide (se bilaga 2), intervjuformulär (se bilaga 3) samt vår vinjett (se bilaga 4) till våra respondenter. Vi har informerat om att deras medverkan är frivillig och att de själva kan välja att fullfölja eller avbryta sin medverkan i undersökningen. Samtyckeskravet har naturligt blivit tillgodosett då respondenterna själva gett sitt samtycke till att medverka i vår undersökning (Vetenskapsrådet, 1990). Vi har inte behövt inhämta samtycke från vårdnadshavare då våra respondenter är över 15 år gamla. Vid intervjuerna har vi informerat våra intervjupersoner om att de kommer att förbli anonyma och alla uppgifter som samlas in under undersökningen tillhandahålls så att endast vi har tillgång till dem, vilket uppfyller konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 1990). Materialet i form av anteckningar, inspelningar av intervjuerna samt de transkriberade intervjuerna har förvarats så att obehöriga inte har tillgång till detta. Efter att vi har avslutat vår undersökning kommer allt material att raderas. I vårt arbete kan intervjupersonernas anonymitet garanteras då varken deras namn eller arbetsplats nämns. Vi kommer enbart att redogöra för vilken yrkestitel de besitter samt om de professionella jobbar i Sverige eller Norge. Vid intervjuerna har vi också informerat om nyttjandekravet. Med detta menas att vi har informerat intervjupersonerna om att materialet som vi under studiens gång har samlat in endast kommer att användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 1990).

6. Resultat/Analys

Våra intervjuer är kodade efter tre övergripande teman: *tvångslagstiftning*, *moderns rätt till självbestämmande* och *barnets rätt till liv och hälsa*. Dessa teman ligger till grund för vårt resultat/analys. Resultatet/analysen kommer inte med enskilda stycken att särskilja på de professionella från Sverige och Norge, deras resonemang kommer växelvis att varvas i texten. Vi har gjort på detta sätt för att komparationen mellan respektive land ska bli tydligare samt för att likheter och skillnader mellan de professionella då enligt oss sätts i ett starkare fokus.

6.1 Tvångslagstiftning

Sveriges och Norges lagstiftning gällande tvångsvård av missbrukare skiljer sig i den bemärkelsen att Norges lagstiftning innehåller ett kriterium som riktar sig till enbart gravida missbrukare. Sveriges brist på ett liknande kriterium innebär för professionella att de inte har möjlighet att tvinga gravida missbrukare till vård endast med hänsyn till det ofödda barnet då inget av de övriga tre kriterierna i LVM kan fastslås (Se kapitel 2. Bakgrund).

6.1.1 Professionellas syn på tvångsvård av gravida missbrukare samt på respektive lagstiftning

I vårt möte med svenska och norska professionella har vi fått erfara olika synpunkter rörande respektive lands lagstiftning. De svenska professionella besatt viss kunskap om skillnaderna i ländernas lagstiftning men de hade ingen djupare kunskap om Norges lagstiftning. De norska professionella vi har mött var väl insatta i skillnaderna då deras lagstiftning som har varit aktuell sedan 1996 står unik i Skandinavien. De professionella i Norge berättade att de tar emot svenska professionella inom missbruksvården till konferenser för att visa hur den norska lagen är implementerad i vardagen. När de svenska professionella talade om den rådande lagstiftningen i Sverige dök olika tankar och åsikter upp:

Jag tycker att det skulle finnas en annan möjlighet och att man faktiskt skulle kunna gå in och sätta ett LVM med hänsyn till barnet. Det är ju inget som man bara går in och gör precis men efter många chanser tycker jag att något måste ske. Barn ska födas drogfria och få en chans i livet.

Svensk professionell I

Vad det gäller öppen eller sluten vård så är jag ju lite mer inne på den frivilliga linjen och det är i absolut yttersta nödfall som tvång kommer in men jag tror att man tjänar på att ha det på frivillig basis.

Svensk professionell II

Vi ser här ovan att de svenska professionella inte är helt eniga om huruvida tvångsomhändertagande bör användas i praktiken. En av de svenska professionella understryker sin tro att omhändertagande på frivillig basis är den ultimata lösningen. I detta resonemang kring vård av frivilligt slag och tvång ser vi en koppling till Blennbergers (2005) förslag på en värdeneutral definition av paternalism. Att vård ska beredas i möjligaste mån på frivillig väg talar för att man tar hänsyn till rimligheten i de paternalistiska ingripandena.

Vi har även frågat hur svenska professionella ställer sig till en eventuell tvångslagstiftning liknande Norges vad det gäller gravida missbrukare. De svenska professionella ställer sig positiva med vissa reservationer till en eventuell ändrad lagstiftning som skulle innebära ett kriterium i LVM-lagen som tar hänsyn till barnets rätt till liv och hälsa. En av dem poängterar dock att detta kriterium då skulle användas som sista utväg när den gravida missbrukaren erbjudits frivillig vård:

Jag är nog positiv till den. Just bara för att man vet ju inte vilka skador som fostret utsätts för. Kan man göra det på frivillig väg så är det ju absolut det bästa men kan man inte det och kvinnan inte går med på det så är det ju utifrån fostret man får ta hänsyn.

Svensk professionell I

Detta ovanstående citat tyder på en positiv inställning till en eventuell utvidgad tvångslagstiftning i Sverige som omfattar gravida missbrukare. Vi talade utifrån samma frågeställningar angående den gällande tvångslagstiftningen av gravida missbrukare i Norge med de norska professionella:

Missbruket kan vara så starkt i vissa fall att man inte på egen hand kan stoppa det och då är det upp till samhället att komma in. Då måste vi hämta dem genom ett tvångsomhändertagande och hjälpa dem i vissa perioder så att de kan vakna upp ur ruset.

Norsk professionell I

Många säger att tvång gör det svårt för mammorna och om mammorna har det svårt så har även barnet det. Men så menar ju inte vi, vi menar ju att kvinnorna som är här på institutionen har det bra.

Norsk professionell II

De norska professionella ställer sig positiva till hur den rådande lagstiftningen i Norge fungerar. Norsk professionell I understryker vikten av den missbrukande kvinnans behov av ett ”uppvaknande” ur missbruket för att göra ett välbetänkt val gällande hennes egen och sitt ofödda barns framtid.

Paternalism kan som tidigare nämnts delas upp i två typer: *välståndspaternalism* och *disciplinerande paternalism* (Blennberger, 2005). Här ser vi en uppdelning av hur tvångsvården fungerar i Sverige och Norge, vilket också styrks av våra intervjupersoner. Tvångsvård i stort som innebär en inskränkning av en persons fria vilja kan kopplas samman med välfårdspaternalism. Detta för att beslutet om att en person ska vårdas enligt tvång har som avsikt att öka personen i frågas välfärd, detta emot eller oberoende av personens egen vilja (Blennberger, 2005). Här finns det en koppling till både de professionella i Sveriges och Norges resonemang kring tvångsvård som i många fall anses vara en nödvändighet. Professionella i båda länderna uttryckte tanken att ett omhändertagande av en gravid missbrukare kan vara hennes enda räddning:

Det är inte lätt att få ett LVM. Det är väl bra att man inte tvingar in folk men jag vet ju dem som varit på LVM och det har blivit deras räddning.

Svensk professionell III

Att bli inlagd under tvång kan vara kvinnans enda utväg..

Norsk professionell III

Trots att vi ser likheter i de professionellas syn i Sverige och Norge gällande tvångsomhändertagande som en räddning för en gravid missbrukare fann vi dock en viss skillnad i deras ton. En av de norska professionella menar att missbruk kan vara så starkt att det inte är möjligt för kvinnan att sluta på egen hand. Här krävs det då att samhället går in och tar över för att rädda kvinnan och barnet. I en intervju med en norsk professionell framgick

den professionellas missnöje med hur Sveriges rådande tvångslagstiftning fungerar. Här blev kritiken tydlig gentemot det svenska samhällets och svenska politikernas ansvarstagande:

Politikerna i Sverige borde ta ett större ansvar. Jag anser att det finns andra sätt att ta hand om de gravida men någon måste ta ansvar för det ofödda barnet.

Norsk professionell III

Detta ställningstagande anser vi kunna appliceras på Blennbergers (2005) disciplinerande paternalism. Detta gäller också Norges tvångslagstiftning i stort. Grunden för detta är att det norska lagrummet kring gravida missbrukare har ett särskilt kriterium som tar hänsyn till det ofödda barnet. Detta kriterium ger ett ökat skydd för barnet då mamman tvångsomhändertas och därmed inte har möjlighet att missbruka. Då fler barn föds utan fosterskador på grund av moderns missbruk gynnar detta samhället i stort på längre sikt. Här är det moderns närstående, det ofödda barnet, som man bör skapa bättre förhållanden för.

För att bestämma vilken handling som är den mest etiskt försvarbara enligt utilitarismen gäller det att välja den handling som man tror innebär bäst sammantagna effekter i längden för *samtliga* inblandade. Utilitarismen kan på så vis vara svår att använda i sammanhang när man inte vet hur utfallet blir. Valet av handling kan därför bli en chansning (Blennberger, 2005). Om man tittar på svensk och norsk lagstiftning kan man utläsa att i detta avseende har rättsväsendet olika tankesätt. Svenska och norska professionella är dock eniga om att då modern inte kan sluta missbruka så måste någon gå in och skydda barnet. Denna tanke är av utilitaristisk karaktär då den inbegriper både moder och barn.

6.1.2 Risker med tvångsomhändertagande av gravida missbrukare

I både Sverige och Norge har vi tagit upp frågan om risker gällande tvångsomhändertagande av gravida missbrukare. En av de svenska professionella förklarar att när ett tvångsomhändertagande sker är det inte på den gravida kvinnans egen vilja, vilket kan innebära att motivationen till att bli drogfri saknas. Denna risk kan resultera i att kvinnan helt enkelt inte är öppen för att ta emot den hjälp hon erbjuds. En annan av de svenska professionella har en annorlunda syn som istället förespråkar tvångsomhändertagande av gravida missbrukare i detta sammanhang:

De har viljan men inte förmågan och även om de har viljan så kanske motivationen varar i två veckor och sen faller bort.

Svensk professionell III

I dessa fall skulle det enligt den svenska professionella vara bra om tvångslagen av gravida missbrukare hade varit starkare. Utan ett tvång kan en kvinna ge sig av ifrån ett behandlingshem på grund av ett infall som man i ett annat fall kanske hade kunnat motivera bort. En av de norska professionella instämmer och menar att när kvinnan är inne i sitt drogmissbruk ser hon enbart sitt missbruksliv. Om hon får en chans att vara drogfri får hon en chans att hitta motivationen. Genom ett tvångsomhändertagande skulle man då kunna ge kvinnan en chans att hitta ut:

Vi ser på de flesta tjejerna att när de fått landa i sin situation med tvånget så känner de att det är det bästa för dem att vara på kliniken.

Norsk professionell I

De norska professionella talar för tvångsvård då de har erfarenhet av att kvinnor som har genomgått avgiftning har valt att stanna kvar i behandlingen. I dessa fall anses tvånget vara nödvändigt för att motivationen ska kunna byggas upp. Gustafsson (2001) hanterar frågan om motivation i samband med LVM-vård. Hon skriver om att syftet med LVM är att motivera missbrukaren så att denne kan antas vara i stånd till att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Tvångsvårdslagstiftningen har ett kortsiktigt mål, att missbrukaren motiveras och samtycker till frivilligvård, dels ett långsiktigt mål att missbrukaren väljer den drogfria vägen i livet.

En annan risk de svenska professionella ser med tvångsomhändertagande är att samarbetet mellan den professionella och missbrukaren blir lidande. Detta på grund av att missbrukaren just tvingas till vård. En av de svenska professionella belyser vikten av att klienten får ett förtroende för de professionella. Ett förtroende mellan professionell och klient menar de svenska professionella underlättar för klienternas behandling:

Mycket handlar om att bygga upp en relation och att få ett ömsesidigt förtroende. Vi möter många kvinnor som har tappat tilliten till folk så det är väldigt viktigt att vi träffas ofta för att återskapa den här tilliten så att kvinnan känner att hon kan lita på oss.

Svensk professionell II

En av de svenska professionella talar även om vad ett förtroende kan göra för samarbetet mellan professionell och klient:

Jag kan ju ibland säga tuffa saker men då har jag i gengäld byggt upp ett förtroende, en allians med kvinnan. Hon vet ju också om att jag gör det inte för att vara taskig mot henne utan jag gör det för hennes eget bästa.

Svensk professionell I

De svenska professionella återkommer till att risken att förtroendet för professionella tar skada vid tvångsomhändertagande av klienter. Gustafsson (2001) lyfter också vikten av att bygga upp en förtroendefull relation mellan den gravida kvinnan och vården. Detta för att kvinnorna inte ska undvika att uppsöka hälso- och sjukvården eller mödravårdcentralen vid behov av hjälp och stöd i sin graviditet och livsföring i övrigt.

De risker som de norska professionella har pratat om under intervjuerna har varit ämnet abort. Kritiken mot den norska lagstiftningen handlar ofta om att antal aborter ökar i samband med tvångsomhändertagande. Det finns enligt en av de norska professionella en tro om att kvinnor som blir tvångsomhändertagna väljer abort för att slippa vistas på en klinik under tvång. Även vid de tillfällen då detta händer så menar en av de norska professionella att de kvinnor som gör detta val i alla fall gör det på egen hand när de inte är drogpåverkade:

Så det är svårt när de väljer abort, men det är ett val kvinnan gör själv, det är hennes liv det handlar om.

Norsk professionell III

6.1.3 Vinjettstudie - vad säger de professionella i Sverige och Norge?

Som avslutning på varje intervju valde vi att presentera en vinjett. Vi använde oss utav samma vinjett både i Sverige och i Norge. Detta för att tydligare se likheter och skillnader i de professionellas syn på fallet beroende på om de kom från Sverige eller Norge. Dilemmat i

vinjetten handlar om en kvinna, Cassandra, som befaras ha ett eskalerande missbruk och är gravid i tredje månaden. Vinjetten har gjort det tydligt för oss vari skillnaderna ligger när det gäller respektive lands lagstiftning samt dess påverkan på de professionellas handlingsutrymme.

Gemensamt för de professionella i Sverige har varit att de har känt sig låsta och inte kan göra så mycket med fallet Cassandra. Lagrummet är inte tillräckligt för att ett omhändertagande skulle vara möjligt. En av de professionella förklarade att fallet om Cassandra tillhör de klassiska mörkertal som finns ute i samhället, som inte fångas upp. Hon uppfyller inte på något sätt kriterierna i lagen för att kunna omhändertas enligt LVM. Som svar på frågan vad som kommer att ske med Cassandra svarade de professionella i Sverige enhetligt att hon behöver få hjälp att komma på fötter med sitt missbruk så att barnet inte drabbas negativt av dess konsekvenser. Den hjälp de kunde erbjuda var på frivillig basis. De skulle försöka motivera Cassandra till en ny behandling och prata med henne om missbrukets negativa effekter på hennes ofödda barn. En av de professionella ansåg att det i detta fall skulle ha behövts ett ytterligare kriterium som hade gjort det möjligt att omhänderta Cassandra med hänsyn till det ofödda barnet.

De professionella i Norge hade en helt annan inställning till hur fallet Cassandra skulle hanteras. De sa alla att hon skulle omedelbart bli omhändertagen. Barnet är i fara och då prioriteras barnets hälsa framför kvinnans självbestämmande. Lagen går in i detta fall då graviditeten gör att kriteriet med hänsyn till barnets rätt till liv och hälsa uppfylls och kvinnan kan därmed omhändertas med tvång.

6.2 Moderns rätt till självbestämmande

Inom både lagstiftning samt etiska riktlinjer är kravet på klienters självbestämmande en central punkt. Inom både svensk och norsk lagstiftning finns tvångsvård som ett alternativ då inte vård kan beredas på frivillig väg. Här uppstår det en konflikt i frågan om huruvida självbestämmande ses i förhållande till tvångsvård.

6.2.1 Tvångsomhändertagande - En inskränkning på kvinnans självbestämmande

När man talar om tvångsomhändertagande som en inskränkning på en persons självbestämmande understryker man att personen i fråga tvingas göra något den inte själv vill. I vissa fall är det inte tvångsvården som överskrider en persons självbestämmande utan det är missbruket som styr över personens självbestämmande. De professionella vi har mött har talat

om missbrukets negativa påverkan på moder och barn. De flesta av de professionella i både Sverige och Norge var överens om att tvångsvård inom missbruksvården var ett nödvändigt ont:

När jag började här en gång så var jag otroligt skeptisk till tvångsvård men efter att jag har jobbat här förstår jag att det kan vara den enda räddningen i vissa fall. En nödvändighet för många. De har viljan men inte förmågan...

Svensk professionell III

Övervägande antal av våra intervjupersoner både i Sverige och i Norge har haft en positiv inställning till tvångsvård av gravida missbrukare. De lyfter tvångsvård som ett måste och menar att ett omhändertagande kan bli en gravid missbrukares räddning. Detta står i motsättning till Tännsjös (1998) resonemang att tvångsvård är en paternalistisk inskränkning av den fria viljan.

Tännsjö (2002) representerar och förespråkar maximen och idealet om anti-paternalism: "Samhället bör aldrig tolerera att patienter och klienter, som är vuxna och kapabla att fatta sina egna autonoma beslut, tvingas att acceptera någon som helst slags vård" (Tännsjö s. 22, 2002). Anti-paternalismen handlar om respekt för individens autonomi vid beslut om vård. Detta menar Tännsjö (2002) är oförenligt med tvångsvården och det är här konflikten blir tydlig. Tännsjö (1998) preciserar autonomibegreppet genom att säga 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, s. 110, 1998). Tvångsvård är enligt lagen inte frivillig och sätts in just för att "tvinga" människor till en förändring. Detta kan bero på att de utgör en skada för sig själva eller för andra i sin omgivning (Tännsjö, 1998). Tännsjö (2002) ställer sig starkt kritisk till att en människa ska kunna omhändertas mot sin egen vilja. Tännsjö (1998) menar att det är oerhört kränkande att tvinga missbrukare att gå igenom vård mot sitt missbruk utan att de samtycker till vården. Han anser dock att en missbrukare kan behöva avgiftning för att kunna ta ett beslut om sitt vårdbehov.

Enligt en av de norska professionella handlar det om att drogen har så stor makt över kvinnan att hon antingen inte förstår att hon är gravid eller att kärleken till drogen helt enkelt är starkare och mer utvecklad än moderskänslorna till det ofödda barnet. Den professionella menade att den gravida kvinnan måste få en anknytning till det ofödda barnet och förklarade en tro på att ingen mamma egentligen vill skada sitt barn. En annan tanke kring själva tvånget

som framkom hos de professionella i Norge var att under ett tvångsomhändertagande kan kvinnan “vakna” upp ur drogmissbruket och i nyktert tillstånd bestämma vad som ska ske med det ofödda barnet:

När de kommer in kan de vara mycket tunna och utan någon mage, men när de varit på kliniken 2-3 veckor börjar magen att puta ut. Det betyder mycket att se att det växer en bebis där inne, då klarar vi att få mamman att inte använda droger mer.

Norsk professionell I

Den norska professionella menar att nykterheten för en gravid missbrukare kan innebära en början till att bearbeta innebörden av graviditeten. En av de svenska professionella uttrycker det som att den gravida missbrukaren måste bli “mentalt gravid” innan hon kan ta förnuftiga beslut för sig själv och sitt ofödda barn. Det är denna tiden innan som den gravida missbrukaren behöver stöd och insyn i den förändring som håller på att ske. Den svenska professionella förklarar att tiden innan kvinnan blir “mentalt gravid” kan vara lång och där behöver barnet skyddas:

Om man har en kvinna framför sig i ett tidigt stadium som inte är mentalt gravid så känner jag att min uppgift är att föra barnets talan först tills hon på något sätt blir “mentalt gravid”. Detta kan ta sin lilla tid. Man måste bli “mentalt gravid” innan man ska kunna sätta sig in i en graviditet och allt vad det innebär.

Svensk professionell I

6.2.2 Graviditeten som motivation

En viktig del i arbetet med gravida missbrukare är att öka kvinnans motivation. Det handlar dels om att motivera kvinnan till att bli drogfri samt om stöttning i hennes framtida föräldraskap. Både de professionella i Sverige och Norge ansåg att en kvinnas graviditet kan bli en stor motivationsfaktor för att komma ur ett missbruk:

För många är det en väg ut ur missbruket att bli gravid och få barn. Det är ett tecken på att kroppen fungerar. Många säger att de inte trodde att de kunde bli gravida. Det blir som ett hopp.

Norsk professionell I

Det är så att många upptäcker att de har chans att uppleva ett annat liv bortom missbrukslivet när de har en baby i magen.

Svensk professionell I

Denna gemensamma tanke bland de professionella i Sverige och Norge kring graviditet som en vändpunkt i den missbrukande kvinnans liv är även något som Trulsson (2003) visar i sin forskning. Trulsson (2003) skriver att graviditet och moderskap innebär en stor förändring i en missbrukande kvinnas liv. Att bära ett barn i sin mage är en stark motivationsfaktor för att komma ur sitt missbruk. Hon tar även upp en etik bland missbrukande kvinnor, att de inte vill skada sitt barn genom missbruket. Kärleken till barnet står i förhållande till kvinnans rädsla för att barnet ska ta skada av missbruket.

Det framgick av både intervjupersonerna i Sverige och Norge hur viktigt det är att möta kvinnan där hon är i sin situation. De förklarade att man som professionell ska hålla sina personliga värderingar och åsikter utanför i arbetet med gravida missbrukare. Det är inte alla kvinnor som väljer att gå vidare i sin graviditet. En av de svenska professionella förklarade för oss att det inte alltid är fallet att kvinnan väljer att behålla sitt barn. Den professionella lyfte här vikten av att ge stöd i kvinnans alla beslut, oavsett om det är att behålla barnet eller att göra abort:

En del bestämmer sig efter avgiftningen att de inte är redo för att få barn och då gör de en abort istället. Kvinnan har ändå fått känna att hon har varit gravid och tagit ansvar för sin graviditet, vilket är det viktigaste. I sitt beslut om abort har hon faktiskt varit en ansvarsfull mamma som har tagit det här beslutet att hon inte är redo ännu. Och då stöttar vi i det också.

Svensk professionell III

Ovanstående citat styrker de professionellas resonemang kring att kvinnan har rätt att göra abort och att det inte ska läggas någon värdering i detta. Detta visar på att de professionella intar en neutral position och eftersträvar anti-paternalism i detta avseende. Kvinnan må vara tvångsomhändertagen och därmed fått sin frihet inskränkt, men de visar ändå respekt för kvinnans självbestämmande i de beslut hon tar gällande sin graviditet.

6.2.3 Faderns roll

Arbetet med gravida missbrukare innefattar inte bara missbruksproblematik. Här ligger ett stort fokus på föräldraskapet och relationen. Trulsson (2003) skriver i sin avhandling om relationstriangeln som en viktig del i missbrukande kvinnors livsförlopp. Det är mannen, kvinnan och barnet som utgör triangelns hörnstenar. En av de norska professionella förklarade att många kvinnor är oroliga för sina män vilket påverkar kvinnans fysiska och psykiska mående. Vilket i sin tur påverkar hur barnet har det inne i magen. Både de professionella i Sverige och Norge ställde sig positiva till att pappan är delaktig i graviditeten och hans roll i föräldraskapet sågs som mycket betydelsefull. Flera av våra intervjupersoner lyfte vikten av pappans roll i en missbrukande gravid kvinnas livssituation:

Papporna är en jätteviktig del så vi vill ju att de ska träffa oss och vår barnmorska i ett tidigt skede i kvinnans graviditet. Vi har förhoppningar om att starta en pappagrupp.

Svensk professionell II

Vi har ju märkt att vi inte kan stänga pappan ute. Många av de gravida är så bekymrade för pappan. Det kan vara deras pojkvän eller bara far till barnet eller tvärt om. Vi är noga med att prata med pappan och att ha en dialog med mamman om pappan. Vi erbjuder alltid besök, pappan kan få komma hit, med tillsyn av personalen. Men om han missbrukar så avvisar vi honom direkt.

Norsk professionell I

Ovanstående åsikter från de professionella i respektive länder anser vi styrker ytterligare deras strävan efter att inta en neutral position i förhållande till det paternalistiska synsättet.

6.3 Barnets rätt till liv och hälsa

Under våra intervjuer med professionella i Sverige och i Norge har barnets rätt till liv och hälsa haft en central roll. Här har vi försökt få fram hur de professionella ser på barnets rätt till liv och hälsa i relation till moderns rätt till självbestämmande.

6.3.1 Missbrukets påverkan på barnet

Som tidigare nämnts finns det idag fortfarande många frågetecken kring i vilken utsträckning det ofödda barnet påverkas av moderns konsumtion av alkohol och narkotika. Man befärar att

barnets hälsa och liv påverkas i en negativ riktning av moderns missbruk och detta var något som våra intervjupersoner tog på största allvar. De förklarade att ett alkoholintag under en graviditet är det mest skadliga för det ofödda barnet. Alkohol resulterar i utseendemässigt synliga drag och ger svåra graviditeter enligt en av de svenska professionella. Enligt både svenska och norska professionella gäller det största mörkertalet de kvinnor som missbrukar alkohol. En av de svenska professionella förklarade att det inte finns någon bestämd gräns för när ett alkoholintag är farligt under en graviditet. I både Sverige och Norge förespråkas nolltolerans.

Enligt en av de svenska professionella resulterar andra droger mestadels i beteendestörningar. Vidare förklarade den professionella att man idag dock inte vet hur stor påverkan familjeförhållanden och uppväxtmiljön har på barnets utveckling. Heroin är en drog som faktiskt kan döda barnet om modern slutar använda den enligt en av de norska professionella. Modern måste därför medicineras med Metadon eller Subutex för att barnet hon bär på inte ska ta skada eller dö av abstinensen. Om barnet inte medicineras med opiatdroppar mot abstinens kan enligt en av de svenska professionella hela barnets system brytas ner och barnet kan således dö av kramper och syrebrist. Både de svenska och de norska professionella menar att ju tidigare en graviditet upptäcks desto större möjlighet har barnet att födas utan fosterskador:

Jag tycker att de som inte tycker att man ska tvångsomhänderta gravida missbrukare för att skydda det ofödda barnet har inte arbetat tillräckligt med barn som fötts med abstinens.

Norsk professionell I

Detta uttryck ifrån en av de norska professionella anser vi stärker vikten av erfarenhet och kompetens hos de som arbetar med gravida missbrukare. Den norska professionella uttrycker detta i samband med kritik gentemot Sveriges lagstiftning som utelämnar det extra kriteriet för det ofödda barnet. Utifrån Blennberger (2005) bör skademinimeringsprincipen samt närhets(ansvars)principen ingå i det utilitaristiska synsättet. Enligt principerna ska ansvar tas för den som är utsatt och kan ta skada, och för de som står oss nära. Detta skulle rimligtvis kunna appliceras på ett ofött barn. Utifrån dessa principer har den norska professionella än mer belägg för kritiken gentemot Sveriges lagstiftning.

Tännsjö (2002) ställer sig starkt kritisk till att omhänderta en människa emot sin egen vilja, han talar dock för att samhället ska kunna gå in och styra då kvinnan genom att missbruka

utsätter sitt ofödda barn för risk. För barnet skulle ett renodlat icke-paternalistiskt tänkande innebära att utomstående inte skulle ha möjlighet att gå in och styra över moderns rätt till självbestämmande. Att inte skydda barnet ifrån moderns missbruk kan enligt de svenska och norska professionella som ovan nämnts leda till förödande konsekvenser för det ofödda barnet. I Norges tillvägagångssätt kan den gravida missbrukaren tvångsomhändertas på grund av graviditeten och för barnet innebär det ett garanterat skydd från moderns missbruk. De svenska och norska professionella är eniga om att tvångsvård kan innebära enda räddningen för det ofödda barnets liv och hälsa.

6.3.2 Barnets skyddsvärde

När vi har talat med professionella om den till synes svårhanterbara frågan om när ett ofött barn erhåller ett skyddsvärde har vi fått olika svar. Mestadels har de professionella samtyckt med respektive lands abortlag. Vi fick dock två svar som avvek från de övriga professionellas svar gällande ett ofött barns skyddsvärde:

Från den stunden kvinnan bestämmer sig för att behålla barnet som hon har i sin mage så måste man värna om att det ska ha det så bra som möjligt.

Svensk professionell III

Egentligen före graviditeten. Barnet behöver skydd under hela graviditeten.

Norsk professionell I

Fyra av de professionella har svarat på frågan att det ofödda barnets skyddsvärde är i likhet med vardera lands abortlag. Detta anser vi styrker komplexiteten i svaret. De professionella vi har intervjuat har bemött frågan med viss reservation och motvilja. De två avvikande svar vi har erhållit anser vi tyder på en vilja från de professionella att understryka vikten av det ofödda barnets rätt till liv och hälsa.

Ett utilitaristiskt synsätt beskriver Tännsjö (2002) som det moraliska val som alla borde vilja uppnå. Enligt Blennberger (2005) ska man utifrån ett utilitaristiskt synsätt inte enbart se till att en själv gynnas utan man ska se till sina närstående. Eftersom lagar och professionella har olika ståndpunkter vad gäller ett ofött barns skyddsvärde är det svårt att beräkna när det ofödda barnet räknas som en närstående. I människovärdesprincipen räknas alla människors värde lika. Här är frågan om när det ofödda barnet erhåller ett skyddsvärde återigen av

betydelse. Även barnkonventionen beskyddar barnets rätt till liv (Regeringskansliet, 2006). De flesta professionella ansåg i enlighet med lagen att barnets skyddsvärde räknas efter de veckorna då modern inte längre kan göra en laglig abort. Enligt det utilitaristiska synsättet ska samtliga räknas, när det ofödda fostret räknas som ett barn bör även det vara inräknat i valet av en handling.

6.3.3 Prioritering av barnet

Vid våra intervjuer har vi ställt oss frågande till respektive lands lagstiftning och frågat de professionella hur de ser på moderns rätt till självbestämmande kontra barnets rätt till liv och hälsa. När vi har talat med de svenska professionella har de reflekterat över det ofödda barnets rättigheter och att det ofödda barnet inte själv kan föra sin talan. En av de svenska professionella ansåg att kvinnan stod i fokus i hennes arbete men att kvinnan och barnet är oskiljaktiga och därför läggs automatiskt fokus på barnet i arbetet med kvinnan. När vi frågade de professionella i Sverige svarade de följande:

Jag måste ju på något sätt föra barnets talan eftersom den inte kan föra sin egen talan.

Svensk professionell I

...så får det bli fostret, helt klart. För att det är inte okej att knarka när man är gravid, så enkelt är det.

Svensk professionell II

Dessa svar som de svenska professionella gav oss anser vi tyder på ett avvikande resonemang i jämförelse med svensk lagstiftning och istället desto mer lik norsk lagstiftning. De norska professionella stod eniga med den norska lagstiftningen att barnets rätt till liv och hälsa går före moderns rätt till självbestämmande:

Barnet är vår primärpatient. Även ifall det är svårt för mamman att vara här så ska vi hjälpa mamman att beskydda barnet. Mamman får tåla i en graviditet att sätta barnet först.

Norsk professionell II

Det är en liten investering av tid i livet att klara av att vara här för att barnet ska födas med så lite skador som möjligt.

Norsk professionell I

Utifrån vad de svenska och norska professionella har uttryckt om vikten av det ofödda barnet, kan vi utläsa att en vilja att sätta det ofödda barnets rätt till liv och hälsa är primärt. Dock på grund av lagstiftningen är de svenska professionellas handlingsutrymme mer begränsat i jämförelse med de norska professionellas handlingsutrymme vad det gäller att skydda det ofödda barnet. De professionella i båda länderna håller med om att människor inte har rätt att uppehålla ett missbruk som skadar ett ofött barn. Av de sex professionella vi har intervjuat till denna uppsats har fem svarat att barnets rätt till liv och hälsa går före moderns rätt till självbestämmande i deras bedömning.

Om modern inte tar hänsyn till sitt ofödda barn borde hon enligt de norska professionella få stöd i detta även då hon är under tvång. Om inte modern har möjlighet att på egen hand skydda sitt ofödda barn bör enligt både de svenska och norska professionella någon göra detta i hennes ställe. Här blir både de svenska och de norska professionellas barnperspektiv tydligt. Deras resonemang kring att barnets liv och hälsa måste skyddas genom ett tvångsomhändertagande av modern stämmer överens med barnkonventionens artikel nummer 6, att “alla barn har rätt till ett liv, överlevnad och utveckling” (Unicef, 2013).

7. Avslutande diskussion

I vår C-uppsats har vi undersökt och analyserat gravida missbrukares rätt till självbestämmande och deras ofödda barns rätt till liv och hälsa. I det inledande skedet av vår undersökning var vår kunskap kring gravida missbrukare knapp. Då vi började fördjupa oss i ämnet upptäckte vi att lagstiftningen i Sverige och Norge ser olika ut gällande tvångsvård av gravida missbrukare. Vi tog därefter ett beslut om att göra en komparation mellan länderna vilket medförde att vår uppsats tog en riktning som inledningsvis inte var planerad. Vår okunskap kring ämnet samt utmaningen att få möjlighet till att vidga denna kunskap till flera länder än bara Sverige har varit en motivationsfaktor i vårt skrivande.

När vi har talat om tvångsvård med de svenska professionella har de ansett att Sveriges LVM-lagstiftning skulle kunna utökas med ett kriterium som tar hänsyn till barnets rätt till liv och hälsa. Tron på att detta skulle ske i Sverige i framtiden har varit delade. De norska professionella har varit oerhört positivt inställda till sin egen lagstiftning som innehåller ett kriterium som tar hänsyn till det ofödda barnet. De norska professionella har uttryckt förhoppningar om att en lagändring ska ske även i Sverige.

När vi har talat med de professionella angående en moders rätt till självbestämmande samt ett barns rätt till liv och hälsa har övervägande antal, fem av sex (alltså cirka 85 %) av intervjupersonerna svarat att barnets rätt till liv och hälsa går före i deras bedömning. Detta på grund av att barnet inte har någon som skyddar det om inte modern gör det. Den intervjuperson som svarat att modern går före i hennes bedömning har på annat vis tagit upp vikten av det ofödda barnets liv och hälsa och menar därmed inte att modern har rätt att riskera sitt ofödda barns hälsa.

Vinjetstudien tydliggjorde skillnader i de båda ländernas lagstiftning gällande gravida missbrukare, samt vad det har för inverkan på de professionellas handlingsutrymme. I fallet Cassandra kunde de svenska professionella inte göra mer än motivera Cassandra till behandling på frivillig väg. De professionella i Norge hade däremot kunnat tvångsomhänderta Cassandra direkt på grund av barnet i hennes mage. Lagstiftningen påverkar handlingsutrymmet som i sin tur påverkar de professionella och deras klienter.

Vi har under arbetets gång haft en förförståelse om att barnperspektivet skulle vara mer centralt i de professionellas tankesätt i Norge än hos de professionella i Sverige. Detta på grund av att man i praktiken i Norge lägger större vikt på skyddet av det ofödda barnet. Det har blivit tydligt för oss i vår undersökning och i mötet med de professionella att skillnaden inte ligger i att de norska professionella har ett större fokus på barnet än vad de svenska

professionella har. De professionella vi har mött i Sverige har alla förklarat vikten av det ofödda barnets rätt till liv och hälsa. Skillnaden ligger i hur deras handlingsutrymme som påverkas av den rådande lagstiftningen i landet.

Vi har flera gånger under denna tid av forskande ställt oss frågande till hur det kommer sig att det finns en skillnad i lagstiftningen av gravida missbrukare i grannländerna Sverige och Norge. En fråga som i vår undersökning står outforskad är huruvida barnkonventionen påverkar lagens utformning. Detta är något som vi under senare delen av undersökningen börjat fundera över och som har lett till nya frågeställningar. Följande tankar är endast våra egna spekulationer:

Som tidigare nämnts så har Norge barnkonventionen inkorporerad i sin lagstiftning (Se kapitel 3. Tidigare forskning). Detta tror vi har påverkat hur man ser till barnets skydd i frågan om graviditet i samband med missbruk. I Sverige har lagen valts att endast anpassas efter barnkonventionen vilket gör att konventionen därmed inte gäller som lag (Se kapitel 2.2 Konventioner och deklARATIONER). Detta ser vi som ett problem. Barnperspektivet får här då inte ett lika starkt fokus. Detta skulle enligt oss kunna vara en orsak till att Sveriges lagstiftning vad gäller gravida missbrukare inte tar hänsyn till det ofödda barnet. Hade barnperspektivet istället varit inkorporerad i Sveriges lagstiftning som det är i Norges lagstiftning så tror vi att man hade varit tvungen att ha ett kriterium som tar hänsyn till det ofödda barnet.

Här kommer även frågan om abort in som en aspekt som vi har valt att inte fördjupa oss i, men som väckt nya frågeställningar. Abortlagstiftningen i Sverige och Norge är som tidigare nämnts utformade på olika sätt. I Sverige har kvinnor enligt praxis rätt att avbryta sin graviditet fram till 22:e graviditetsveckan motsvarande 18:e graviditetsveckan i Norge. Efter dessa veckor kan inte en abort göras på laglig väg i något av länderna då det ofödda barnet enligt rättsväsendet räknas som livsdugligt (Se kapitel 3. Tidigare forskning). Vi har funderingar kring barnkonventionens koppling till denna skillnad i lagrum. Om barnet räknas som livsdugligt tidigare i Norge styrker detta ytterligare vår förförståelse som vi tidigare nämnt, att Norge skulle ha ett starkare barnperspektiv än Sverige, i detta fall rättsväsendet. I dessa frågor kring barnkonventionen, abortlagens påverkan på lagstiftning samt barnperspektivet bör vi vara aktsamma på att det finns viss skillnad mellan det ofödda barnet och det födda barnet. Detta gör att våra nya frågeställningar blir oerhört komplexa.

Vår undersökning har väckt nya frågor som vi inte har haft utrymme att gå in djupare på. Vi skulle föreslå nästa forskare med intresse av problematiken kring gravida missbrukares, att granska moderns rätt till självbestämmande i förhållande till barnets rätt till liv och hälsa med

ett starkare fokus på just barnkonventionen och de mänskliga rättigheterna. Vidare finns det utrymme att granska frågan kring abort med denna aspekten. Detta skulle vara av relevans att forska kring då det är ytterligare en skillnad vad gäller lagstiftning i grannländerna Sverige och Norge.

Genom denna undersökning har våra kunskaper kring gravida missbrukare ökat betydligt. Vi har fått en djupare förståelse för lagstiftningen i respektive länder samt hur lagrummet påverkar de professionellas handlingsutrymme. Konflikten som ligger i tvångsvård i förhållande till autonomibegreppet har tagits upp av de professionella och belysts av den litteratur vi använt oss av. Vidare har också de dilemman och de etiska svårigheter som de professionella ställs inför i arbetet med moderns självbestämmande i förhållande till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa uppmärksammas. Med denna nyvunna kunskap kring ämnet ser vi idag annorlunda på arbetet med gravida missbrukare och tvångslagstiftning i stort.

Att ta ställning till vilken av ländernas lagstiftning som är den mest lämpliga är oerhört svårt. Vi lämnar detta ställningstagande öppet för diskussion men vill avslutningsvis lämna läsaren med en viktig tanke som denna undersökning fört med sig: *vem svarar för den ofödde?*

8. Referenslista

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.

BRIS för vuxna (2013). *Barnkonventionen* (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.barnperspektivet.se/barnets-rattigheter/barnkonventionen> (2013-05-27)

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

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

Fasföreningen (2013). *Diagnos Fas*. (Elektronisk) Landskrona. Tillgänglig: <http://www.fasforeningen.nu/>. (2013-04-09).

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, Iréne (2010). *Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor - Inverkan av psykiska problem*. Institutionen för psykologi. Lunds universitet. Akad avh.

Kristiansson, Nille (2010). *För tidigt född - om barnet*. Stockholm: Vårdguiden, Karolinska Universitetssjukhuset.

May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Nordström, C. & Thunved, A. (2005). *De nya sociallagarna*. Stockholm: Norstedts juridik

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

Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter (2013). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. (Elektronisk) Stockholm. Tillgänglig: <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr>. (2013-04-09).

Regeringskansliet (2006). *Mänskliga rättigheter, Konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri AB

Reamer, G, Frederic (1986). *Etiska problem i socialt arbete*. Stockholm: Liber

Reitan, T & Weding, L. (2012). Gravida missbrukare inom LVM-vården. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 9.

Sarman, IhSan (Statens folkhälsoinstitut) (2009). *Alkohol, graviditet och barns utveckling*. Stockholm: Strömberg.

Socialstyrelsen I (2007). *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem*. Artikelnr. 2007-107-19

Socialstyrelsen II (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård - Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB.

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

Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (2012). *Rusmidler i Norge 2012 - Alcohol and Drugs in Norway*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning

Starrin, Bengt (2007). Empowerment som förhållningssätt - Kan vi lära oss något av Pippi Långstrump?. I O, Askheim, & B, Starrin. (red.), *Empowerment - I teori och praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Sullivan, W C (2011). A note on the influence of maternal inebriety on the offspring. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 40, 287-282.

Swärd, Hans & Starrin, Bengt (2006). Makt och socialt arbete. I A, Meeuwisse, S, Sunesson & H, Swärd. (red.), *Socialt arbete - En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

Trulsson, Karin (2003). *Konturer av ett kvinnligt fält - Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet. Akad avh.

Tännsjö, Torbjörn (1994). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales

Tännsjö, Torbjörn (1998). *Vårdetik*. Falun: AiT ScandBook.

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

Unicef (2013). *Barnkonventionen*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://unicef.se/barnkonventionen> (2013-27-05).

Wiig, Eli Marie & Myrholt, Ragnhild Lien (2012). *Gradvide innlagt på Borgestadklinninken*. Skien: Kompetansesenter rus - region sør (KoRus - Sør), Borgestadklinikken.

Bilaga 1

Informationsbrev

Hej,

Våra namn är Josefine Attnarsson och Jannica Nilsson Wallberg och vi går sjätte terminen på Socialhögskolan vid Lunds universitet. Under våren 2013 kommer vi att arbeta med vårt examensarbete som handlar om gravida missbrukare. Undersökningens syfte är att undersöka professionella inom missbruksvården syn på gravida missbrukares rätt till självbestämmande i förhållande till det ofödda barnets rätt till liv och hälsa. Vi vill i vår undersökning även jämföra vad de professionella i Sverige anser jämfört med de professionella i Norge med utgångspunkt i att lagstiftningen i respektive land skiljer sig åt vad det gäller tvångsomhändertagande. Då gravida missbrukare är den målgrupp som du arbetar med tillfrågas du härmed om deltagande i vår undersökning.

I vår undersökning ingår ca 6 stycken intervjuer med professionella inom missbruksvården. Intervjumaterialet är inhämtat både från Sverige och Norge för att vi ska få ett vidare perspektiv av de professionellas syn och för att vårt material från respektive land ska kunna jämföras. Intervjupersonerna har olika yrkestitlar och kompetens men deras erfarenhet av arbetet med gravida missbrukande kvinnor är en gemensam nämnare.

Intervjun kommer att ta ca 1 timma. Vi kommer att spela in intervjun på band för att förenkla bearbetningen av det insamlade materialet. Under arbetets gång kommer inspelningarna och allt övrigt material att förvaras oåtkomligt för obehöriga och kasseras efter det att uppsatsen är godkänd.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande. Dina uppgifter behandlas anonymt och informationen som Du ger oss genom intervjun kommer att avidentifieras. Materialet kommer enbart att användas till vår C-uppsats som därefter kommer att arkiveras vid Lunds universitet samt publiceras i databasen LUP.

Tack så mycket för ditt deltagande! Din medverkan är viktig för vår undersökning.

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

Josefine Attnarsson
j.attnarsson@gmail.com

Jannica Nilsson Wallberg
jannica.nilsson.wallberg@gmail.com

Handledare: Eva Palmblad
eva.palmblad@soch.lu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrund

1. Kan du berätta lite om din bakgrund?
 - Utbildning, yrkeserfarenhet, verksamhetsår, arbetsuppgifter
2. Hur kommer du i kontakt med klientgruppen gravida missbrukare?
 - Aktualisering, uppsökande

Arbetet med gravida missbrukare

1. Hur arbetar ni för att kvinnan ska genomgå sin graviditet alkohol- och narkotikafri?
 - Arbetsmetoder, synsätt, kontinuitet, samtalsstöd
2. Hur går ett tvångsomhändertagande till?
 - Samarbete, motstånd, försvarande omständigheter, konsekvenser
3. Hur ser du på tvångsomhändertagande av gravida missbrukare?
 - Risker (MVC), mörkertal, (för- och nackdelar)

Lagstiftning

1. Hur ser du på den rådande lagstiftningen?
 - Etiska svårigheter, vilja till förändring
2. Hur ser du på Norges/Sveriges lagstiftning?
 - Fördelar, nackdelar, kunskap om skillnaderna kända för professionella

Moderns rätt till självbestämmande kontra barnets rätt till liv och hälsa

1. Vem hamnar i fokus i din bedömning vad det gäller skyddsvärdet?
 - Modern kontra det ofödda fostret, etiska dilemman.

Övrigt

1. Har du övrigt som du vill berätta kring missbruk och graviditet?

Bilaga 3

Intervjuformulär

Inledande frågor

Vill du berätta lite om din bakgrund?

Vad har du för utbildning?

Tidigare yrkeserfarenhet?

Hur länge har du varit verksam där du arbetar nu?

Arbetsätt

Vad har du för arbetsuppgifter?

På vilket sätt kommer du i kontakt med klientgruppen gravida missbrukare?

Hur kommer gravida missbrukare i kontakt med er verksamhet?

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

Hur arbetar ni specifikt med gravida missbrukare?

Hur fungerar det när gravida missbrukare kommer hit? Hur möter ni dom?

Hur många kvinnor är det som det rör sig om?

Vad har kvinnorna för problematik? Alkohol/narkotika?

Hur påverkas det ofödda barnet av moderns missbruk?

Hur går ett tvångsomhändertagande till?

Hur ser du på tvångsomhändertagande av gravida kvinnor?

Hur ser ni på risker med tvångsomhändertagande?

Hur ser ni på pappornas roll?

Hur ser eftervården ut?

Är det vanligt att gravida kvinnor inte får behålla sitt barn?

Hur hanterar man motstånd och kvinnor som vägrar att samarbeta?

Om kvinnan vägrar sluta använda droger?

Vad uppfattar du som mest betydelsefullt i arbetet med gravida kvinnor?

Vad uppfattar du att de gravida kvinnorna upplever som mest betydelsefullt?

Lagstiftning

Hur ser du på den rådande lagstiftningen?

Etiska svårigheter?

Skulle du vilja att den såg annorlunda ut?

Hur ser du på Norges/Sveriges lagstiftning (fördelar/nackdelar)?

Är denna skillnad i lagrum allmänt känt?

Moderns rätt till självbestämmande kontra barnets rätt till liv och hälsa

Vem hamnar i fokus i din bedömning vad det gäller skyddsvärdet, modern eller fostret?

När anser du att fostret blir ett rättsobjekt?

När har fostret ett skyddsvärde (Antal timmar/dagar/veckor/månader)?

Vad är din erfarenhet kring graviditet som en motivationsfaktor ut ur missbruket?

Vad finns det för ytterligare etiska dilemman i arbetet med gravida kvinnor?

Hur ser du på framtiden?

Övrigt

Har du övrigt som du vill berätta kring missbruk och graviditet?

Bilaga 4

Vinjetstudie - Cassandra

Ylva jobbar som biståndsbedömare i Fosie kommun som tillhör Malmö stad. I maj månad kommer hon i kontakt med en kvinna vid namn Cassandra. Cassandra är 28 år gammal och har nyligen blivit bostadslös på grund av vräkning. Orsaken till vräkningen framgår inte. Cassandra är tidigare känd hos socialtjänsten då hon har en bakgrund med missbruksproblematik. Hon har påbörjat ett flertal behandlingar men aldrig slutfört någon och lyckats ta sig ur sitt missbruk. Ylva är osäker på sin bedömning vad det gäller Cassandras missbruk, men hon befarrar att missbruket har eskalerat. Cassandra är inte intresserad av att få hjälp med sitt missbruk utan hon vill att Ylva ska hjälpa henne att hitta en ny bostad. Cassandra hävdar att Ylva måste hjälpa henne för att hon är gravid och kan därför inte bo på gatan. Hon är i tredje månaden och pappan är enligt Cassandra okänd...

Bilaga 5

DSM-IV:

Kriterier för diagnosen missbruk enligt DSM-IV: (Minst ett av kriterierna ska vara uppfyllt under samma tolv månaders period)

“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. Upprepande alkohol- och drogrelaterade problem med rättvisan.

4. Fortsatt alkohol och droganvändande trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur. “ (Jansson, s. 40, 2010)