



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Att falla mellan stolar

En kvalitativ studie om gravida kvinnor och  
spädbarnsmödrar med beroendeproblematik ur de  
yrkesverksammas perspektiv

Meliha Dimiraca och Maja Kujundzic

Kandidatuppsats SOPA 63

HT 2015

Handledare: Eva-Malin Antoniusson

## **Förord**

Vi vill tacka alla intervjupersoner som har bidragit till vår uppsats genom att ha delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Vi vill även tacka vår handledare Eva-Malin Antoniusson som har väglett oss under uppsatsens gång med goda synpunkter och råd. Sist men inte minst vill vi tacka varandra för ett gott samarbete i både motgång och medgång.

*Meliha Dimiraca & Maja Kujundzic*

# Abstract

**Authors:** Meliha Dimiraca & Maja Kujundzic

**Title:** To fall between two stools – a qualitative study about pregnant women and infant mothers with substance abuse from the professional point of view

**Supervisor:** Eva-Malin Antoniusson

The purpose of this study was to analyze how six professionals who work within healthcare reasons about collaboration with other professionals within the network, in their work with pregnant and infant mothers with substance abuse. The study also has a focus on how professionals treat these women and how they experience the support given to these women to sustain parenting without alcohol and substance abuse.

To achieve our purpose we interviewed six professionals with different professions. We interviewed two social workers, two midwives, one nurse and one social educationist. We used a qualitative method with semi-structured interviews because we wanted to know their thoughts and opinions. Our main result in the study were that it is important that professionals threat these women right because the relationship between them plays a big part in women`s attitudes to accept the support given to them. Another main result is that collaboration between the professional network is necessary but there tends to be flaws in the collaboration with the social services. Lastly the study showed that there is not enough support for these women to sustain parenting without alcohol and substance abuse this was shown was one of the reasons why these women fall between two stools.

**Keywords:** alcohol and substance abuse, pregnancy, infant mothers, professionals, collaboration, support, power

# Innehållsförteckning

<b>1. Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
1.1 Syfte.....	6
1.2 Frågeställningar .....	6
1.3 Definition av begreppet beroende.....	7
1.4 Avgränsningar.....	7
<b>2. Orientering om kunskapsläget</b> .....	<b>7</b>
2.1. Individanpassad vård.....	8
2.2 Vård och stöd till gravida kvinnor med beroendeproblematik .....	8
2.3 Samverkan mellan yrkesverksamma .....	9
2.4 Moderskap, missbruk och behovet av stöd.....	9
2.5 Samverkan kring gravida kvinnor med beroendeproblematik.....	10
<b>3. Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>10</b>
3.1 Makt utifrån Bourdieu och Foucault.....	11
3.2 Goffmans teori om roller.....	12
<b>4. Metod</b> .....	<b>13</b>
4.1 Val av metod.....	13
4.2 Metodens förtjänster och begränsningar .....	13
4.3 Urval .....	14
4.3.1 Datainsamling och genomförande .....	15
4.3.2 Bearbetning.....	16
4.3.3 Metodens tillförlitlighet och validitet .....	17
4.3.4 Förförståelse .....	18
4.3.5 Arbetsfördelning .....	18
4.4 Etiska överväganden .....	18
<b>5. Resultat och analys</b> .....	<b>19</b>
5.1 Presentation av intervjupersonerna.....	19
5.2 Den yrkesverksammes funktion .....	20
5.2.1 Relation.....	20
5.2.2 Hjälpare eller kontrollant? .....	22
5.3 Samverkan.....	25
5.3.1 Vikten av samverkan .....	25
5.3.2 Samverkan med socialtjänsten.....	27
5.4 Stöd under och efter graviditeten.....	30
5.4.1 Vändpunkt .....	30
5.4.2 Motivation .....	30
5.4.3 Återfall.....	32
5.4.4 Frivillighet eller tvång?.....	33
5.5 Uppfattningen om stödet från samhället .....	30
5.5.1 Är stödet som finns idag tillräckligt?.....	30
5.5.2 Falla mellan stolar.....	36
<b>6. Slutdiskussion</b> .....	<b>38</b>
<b>7. Referenslista</b> .....	<b>41</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>44</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>45</b>

# 1. Problemformulering

Gravida kvinnor med beroendeproblematik är en målgrupp som under många år har kommit upp till diskussion i både samhällsdebatten och i forskning. Gerhard Larsson ledde 2011 en omfattande utredning av svensk missbruks- och beroendevård på regeringens uppdrag, för att undersöka hur vården ser ut och hur den kan förbättras (SOU 2011, s. 17). I utredningen framkom det att Sveriges missbruks- och beroendevård måste förändras, och det bör ske snarast. Den aktuella modellen i missbruks- och beroendevården med delat ansvar och otydliga gränser skapar brister i tillgänglighet, effektivitet och samordning, vilket drabbar både individ och samhälle. Av utredningen framkommer det att Sverige måste se till att skapa en tydlig ansvarsbild gällande missbruks- och beroendevården samt att det saknas tillräckliga insatser (ibid, s. 27-28).

Mirjamsdotter (2015) lyfter fram den omfattande missbruksutredningen från 2011 som leddes av Gerhard Larsson och menar på att det inte har hänt mycket sedan dess trots hans konkreta förslag för förbättring av vården. Vidare menar hon att den otydliga ansvarsfördelning som uppmärksammades i utredningen kvarstår. Många som söker hjälp idag hänvisas fram och tillbaka mellan olika myndigheter och instanser vilket tyder på fortsatta otydliga gränser som leder till att dessa personer faller mellan stolarna.

Sveriges Radio (2011) gjorde ett inslag om gravida kvinnor med alkohol- och narkotikamissbruk där de belyser den aktuella vårdsituationen för målgruppen. De menar att det idag på många orter i Sverige saknas behandlingsalternativ för kvinnor. Utanför storstadsregionerna finns det brister då det saknas beroendemottagningar för gravida kvinnor vilket leder till bristande vård för gravida kvinnor med beroende.

Då det har visat sig att missbruks- och beroendevården har stora brister både generellt men även för gravida kvinnor, så väcktes tankar och funderingar hos oss om vilka brister som finns i vården och om föräldraskapet är något man tänker på i vården eftersom att dessa kvinnor trots allt ska bli föräldrar. Vidare väckte detta frågor och funderingar hos oss, om dessa kvinnor när de har blivit spädbarnsmödrar får stöd i att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap?

Att vara kvinna och missbrukare innebär att tillhöra en utsatt grupp i samhället och är man då dessutom gravid eller spädbarnsmamma så förstärks samhällets entydiga budskap om att missbruk och barn inte hör ihop (Trulsson 2000, s. 128). Då man som socialarbetare arbetar med utsatta grupper och utanförskap belyser detta relevansen för socialt arbete och varför det är betydelsefullt att uppmärksamma gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik. Då gravida kvinnor och spädbarnsmödrar tycks vara speciella grupper att arbeta med vill vi undersöka hur yrkesverksamma i det stödjande nätverket samverkar kring dessa kvinnor. Vi vill i denna studie lägga fokus på samverkan och tillgång till stöd i att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap. Forskning som belyser yrkesverksammas perspektiv av samverkan kring gravida kvinnor och spädbarnsmödrar är ett relativt outforskat område och därför hoppas vi genom vårt val av ämne kunna bidra med ett nytt perspektiv.

## 1.1 Syfte

Vårt syfte med studien är att undersöka hur sex yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård resonerar kring samverkan med aktörer i det professionella nätverket i arbetet med gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik. Fokus i studien ligger även på bemötandet av klientgrupperna samt hur de yrkesverksamma upplever att stödet för att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap ser ut för dessa kvinnor.

## 1.2 Frågeställningar

- Hur resonerar de tillfrågade intervjupersonerna kring bemötandet av klientgrupperna?
- Hur upplever de tillfrågade intervjupersonerna samverkan inom den egna verksamheten samt samverkan med socialtjänsten?
- Hur resonerar de tillfrågade intervjupersonerna kring stödet som finns idag för att klientgrupperna ska kunna upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap? – Fångas klientgrupperna upp?

## 1.3 Definition av begreppet beroende

Det finns flera olika definitioner och begrepp som beskriver ett problematiskt förhållande till alkohol och droger. Att använda begreppet *beroende* är att föredra (Wirbing & Ortiz 2014, s. 15). I manualen DSM-V<sup>1</sup> beskrivs beroende som ett beteende som karakteriseras som ett socialt och psykologiskt överanvändande av alkohol eller narkotika utifrån ett antal kriterier. Enligt DSM-V är det tillräckligt att två kriterier är uppfyllda för att ett beroende ska anses föreligga. Diagnosen missbruk har i DSM-V utgått (ibid, s. 12-15).

Vi kommer i denna uppsats att växelvis använda oss av begreppen *missbruk* och *beroende*. Vi är medvetna om att begreppet missbruk är aningen otidsenligt men då våra intervjupersoner har använt sig av begreppet så kommer vi i vår analys att använda oss av det. Med begreppen missbruk och beroende syftar vi enbart på alkohol-och narkotikaproblematik. Vår utgångspunkt är att de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna har ett pågående beroende. Vi har valt denna utgångspunkt eftersom att klientgruppen ska vara aktuell inom vården. När vi syftar på gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroende kommer vi i vår analys att enbart benämna dem som kvinnor.

## 1.4 Avgränsningar

De blivande fäderna är inte i fokus för vår studie eftersom att de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna är i fokus för våra intervjupersoners arbete. Vi kommer inte att fördjupa oss i om det rör sig om alkohol eller narkotika som målgruppen är beroende av. Vi kommer inte heller att beröra om eller hur fostret påverkas av beroendet, då detta inte är inom ramen för vår studie. Med spädbarnsmödrar avser vi mödrar med barn från 0-3 år och med klientgrupp avser vi de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna.

## 2. Orientering om kunskapsläget

I detta avsnitt tar vi upp både forskning och annan kunskap som finns på det aktuella området. Forskning som berör missbruk och graviditet har främst en medicinsk inriktning och handlar om hur fostret påverkas av alkohol och narkotika under graviditeten. Forskning som handlar om hur professionella hanterar och upplever sitt arbete med målgruppen som vi avser att

---

<sup>1</sup> DSM-V är ett diagnosverktyg som används inom det medicinska området

undersöka är begränsad. Vi kommer i detta avsnitt att ge en översikt av den forskning som vi har funnit relevant för vår studie.

## 2.1 Individanpassad vård

Socialstyrelsen (2015) omfattar nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Detta arbete omfattar riktlinjer och rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende. Det är viktigt att missbruks- och beroendevården kan anpassas till individens särskilda förutsättningar och önskemål. Riktlinjerna berör både medicinska och sociala insatser som erbjuds av kommunernas socialtjänst samt landstingens beroendevård. Arbetet består av socialstyrelsens kunskaper om behandlingsmetoder och åtgärder inom missbruks- och beroendevård.

Personer med missbruks- och beroendeproblematik är en heterogen grupp med varierande svårigheter och där förekomsten av samtidig psykisk ohälsa och social problematik är varierande. Detta innebär att riktlinjerna behöver anpassas efter individens specifika förutsättningar, erfarenheter och önskemål, det krävs därför ett brett utbud av insatser. Det är även viktigt att ge ett gott bemötande och att det är ett fungerande samarbete mellan dem aktuella parterna. Samarbete är viktigt i all behandling men särskilt viktigt är det när det handlar om att ändra beteenden. Rapporten belyser att klienter och patienter ska involveras i utformningen av sin egen behandling då detta leder till goda resultat. Ytterligare en aspekt av vården och omsorgen som belyses är att den ska vara tillgänglig, det vill säga att den ska ges i rimlig tid. Inom missbruks- och beroendevården är det viktigt med snabb tillgång till vård eftersom att motivationen vanligtvis brukar vara som starkast när den enskilde söker hjälp både vid förstagångskontakt och senare i samband med återfall (ibid, s. 102-106).

## 2.2 Vård och stöd till gravida kvinnor med beroendeproblematik

Socialstyrelsen (2007) tar i sin rapport, *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem* upp insatser till kvinnor med beroendeproblematik under graviditeten, hur LVM-lagstiftningen<sup>2</sup> tillämpas för denna målgrupp samt de fortsatta stödinsatserna till familjen. Ett av målen som nämns i rapporten är att barn inte ska födas med

---

<sup>2</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall



skador till följd av moderns konsumtion av alkohol eller narkotika under graviditeten. Bedömningen är att vården som erbjuds till kvinnor med en etablerad beroendeproblematik inte är tillräcklig (ibid, s. 5). Det krävs att insatser görs så tidigt som möjligt i graviditeten för att uppnå en alkohol-och drogfri graviditet. En förutsättning för att detta ska bli möjligt är att det behövs en ökad tillgänglighet till mödrahälsovården. Socialtjänstens arbete grundar sig på att insatserna främst ska baseras på frivillighet. Att kvinnan själv är aktiv och delaktig innebär att parterna kring kvinnan är lyhörda för hennes egen vilja. Graviditeten i sig är en motivation då kvinnan är ytterst motiverad till att vilja förändra sitt liv. Många kvinnor med en beroendeproblematik får dock vård sent i graviditeten. Kvinnor med beroendeproblematik kan uppleva och känna rädsla för socialtjänsten och för risken att förlora sina barn. Därför är det inte ovanligt att kvinnorna försöker att dölja sitt missbruk eller att förneka graviditeten (ibid, s. 21).

## 2.3 Samverkan mellan yrkesverksamma

Socialstyrelsen (2007) tar upp i rapporten, att gravida kvinnor med beroendeproblematik behöver kvalificerat stöd och behandling av yrkesgrupper som har specialistkompetens. Kartläggningen av de verksamheter som har gravida kvinnor med beroendeproblematik som målgrupp visar att nästan en tredjedel inte är nöjda med socialtjänsten som är den aktör som har huvudansvaret. Detta innebär att stödet till gravida kvinnor med beroende behöver förbättras främst när det gäller långsiktigheten i planeringen. Kvinnorna har behov av att få stöd under men även efter graviditeten. Denna grupp behöver ha ett nära och långsiktigt samarbete. Samverkan syftar till att minimera risken för att falla mellan stolarna. Det finns få verksamheter som har specialistkompetens när det gäller arbetet med denna grupp. Dessa verksamheter där man arbetar tvärprofessionellt med målgruppen finns enbart i storstadsområdena, men det pågår en långsam utveckling av liknande verksamheter i andra städer runt om i landet (ibid, s. 20-23).

## 2.4 Moderskap, missbruk och behovet av stöd

Karin Trulsson är filosofie doktor, forskare och socionom. Karin Trulsson (2003) skriver i sin avhandling *Konturer av ett kvinnligt fält: om missbrukande mödrar i familjeliv och behandling*, att graviditeten är en vändpunkt för de flesta kvinnor med beroendeproblematik där kvinnorna försöker avbryta eller minska på sitt missbruk under graviditeten. Efter graviditeten lyckades de kvinnor som avbrutit eller minskat på sitt missbruk hålla sig ifrån

droger de första tre till fyra månaderna. Efter denna period börjar nästan alla kvinnor att återuppta missbruket när barnen är mellan tre månader och ett år (ibid, s. 91). Vidare menar Trulsson att under graviditeten är kvinnorna i stort behov av stöd och framför allt behövs insatser under en lång period för att stärka en främjande utveckling. Det viktiga är inte att enbart få professionellt socialt stöd, det som är av betydelse är hur stödet förmedlas. En ömsesidig relation som skapats mellan den professionelle och kvinnan avgör om behandlingen uppfattas som socialt stöd av kvinnorna (ibid, s. 158).

## 2.5 Samverkan kring gravida kvinnor med beroendeproblematik

Ion Copoeru är filosofie doktor i Rumänien. Ion Copoeru et al. (2013) lyfter fram i artikeln *The Inter-Agency Cooperation in Healthcare and Social Services for Substance misuse and Addiction in Romania: a case study*, att verksamheter som kommer i kontakt och arbetar med personer med beroendeproblematik inte självständigt kan täcka behoven för denna grupp. Vidare menar Copoeru att utvecklingen av ett tvärprofessionellt arbete dessutom är nödvändigt i arbetet med målgruppen eftersom de har komplexa problem (ibid, s. 126). Intervjupersonerna i studien uppgav att de upplevde att samverkan med andra yrkesprofessioner utanför den egna var formell, baserad på lagar och andra institutionella regler (ibid, s. 129).

Alison Wright är obstetriker<sup>3</sup> och James Walker är professor i obstetrik<sup>4</sup>. Alison Wright och James Walker (2007) skriver i artikeln *Management of women who use drugs during pregnancy*, om gravida kvinnor med beroende i England. Författarna lyfter fram vikten av samverkan mellan socialarbetare och hälso-och sjukvårdspersonal när det kommer till arbetet med denna klientgrupp. De lyfter även fram behovet av specialistkompetens hos olika yrkesprofessioner som arbetar med dessa. Vården och stödet som erbjuds behöver vara individanpassad eftersom kvinnorna efter graviditeten har olika resurser till att upprätthålla ett alkohol-och narkotikafritt liv. En del kvinnor klarar av att fortsätta upprätthålla en stabil tillvaro utan alkohol och narkotika, och blir mer medvetna om sin egen hälsa samt har förmågan att kunna ta hand om sitt barn. Vissa av dessa kvinnor har redan från början svårigheter med att vara kvar i behandling och får kämpa med att hålla sig kvar (ibid, s. 117).

---

<sup>3</sup> En läkare som har specialistkunskaper om graviditeter och förlossningar.

<sup>4</sup> Ämnesområde inom graviditet och förlossning.

### 3. Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för vilka teoretiska utgångspunkter som vi finner relevanta för vår studie och som vi kommer att använda som ett hjälpverktyg i vår analys av det empiriska materialet. Vi kommer att analysera vårt empiriska material med hjälp av olika maktbegrepp utifrån Bourdieu och Foucault samt utifrån valda delar av Goffmans teori om roller.

Anledningen till att vi har valt dessa teoretiska utgångspunkter är att vi finner att makt ständigt är närvarande i de yrkesverksammas arbete i mötet med klientgruppen samt med andra verksamheter. Då våra intervjupersoner arbetar nära sina klienter och har en tät samverkan med yrkesverksamma i andra verksamheter så kändes det relevant för oss att analysera på vilket sätt makt är närvarande. Med hjälp av Goffmans teori om roller så vill vi undersöka hur relationen påverkas av att man intar olika roller i mötet med andra människor.

#### 3.1 Makt utifrån Bourdieu och Foucault

Bourdieu talar om att varje fält har sin speciella *doxa*. Begreppet fält avser olika områden där professionella är verksamma och kännetecknas alltid av kamp och intressemotsättningar. Doxa kan förstås som egna regler, rutiner och föreställningar om det som är rätt och fel, normalt och onormalt samt naturligt och onaturligt. Doxa kan förstås utifrån den professionella självförståelsen, uppfattningar om de viktigaste funktionerna i yrkesrollen och typiska samarbetspartner samt professionellas definitioner av klienter. Ansvarsområdena och klientgrupperna är kategorier som är socialt konstruerade, och efter att de har reproducerats om och om igen, kan de benämnas som doxa. En central aspekt är att doxa alltid hänger samman med maktutövning eftersom föreställningar och handlingsmönster som ryms i fältets doxa blir naturligt för det specifika fältet. *Symbolisk makt* är uppfattningar och handlingsmönster som ryms i specifika fält. Den symboliska makten innebär en legitim auktoritet vilket innebär att de handlingar som utövas och de beslut som fattas inom det sociala arbetets olika fält, inte framstår som maktutövning av den professionella utan istället som legitima (Bourdieu 1972, s. 192; Järvinen 2013, s. 282-284). Vi kommer att använda dessa begrepp i vår analys för att förstå hur de olika yrkesgrupperna resonerar kring samverkan med klientgrupperna samt med andra aktörer i deras nätverk.

Foucaults begrepp *pastoralmakt* kännetecknas idag av hälsa, välmående, livskvalitet, trygghet och säkerhet. Pastoralmakten omfattar ett stort antal professioner såsom sjuksköterskor, psykologer och socialarbetare, vars funktion är att dels kontrollera och hjälpa individen och dels att kontrollera och hjälpa befolkningen. Begreppet hänger också samman med specifika föreställningar som anger vilka yrkesgrupper som har specialistkompetens inom ett specifikt område. Pastoralmakten har alltid fokus på en beskrivning av individens problem, svårigheter och svagheter. Pastoralmakten framträder som ett positivt laddat maktbegrepp och därför är det svårt för individen att försvara sig mot (Järvinen 2013, s. 285). Vi kommer att använda detta begrepp eftersom vi vill undersöka vilken funktion den yrkesverksamma har i mötet med klienten.

### 3.2 Goffmans teori om roller

Vi har valt ut delar av Goffmans (2009) teori om roller för att kunna analysera det empiriska materialet, dessa är *främre kulisserna, fasad och team*. Goffmans teori om roller beskriver mötet mellan människor som en slags teater, där man spelar olika roller inför varandra. Den roll som en individ väljer att spela anpassas till och är beroende av de roller som spelas av andra personer som är närvarande. Dessa personer fungerar också som en publik. De ”*främre kulisserna*” innebär att man är i en omgivning tillsammans med andra individer som man inte är så väl bekant med och begreppet refererar till en plats där framträdandet äger rum. Detta innebär att beroende på vem man talar med så väljer man också att ingå i en specifik roll för att visa upp det man vill att andra ska se (ibid, s. 97-98).

Begreppet ”*fasad*” beskriver individens framträdande som används för att styra omgivningens synsätt att se på en så som man själv önskar att bli uppfattad som (ibid, s. 33). Ytterligare ett begrepp som Goffman använder sig av är ”*team*” för att beskriva en grupp individer som samarbetar för att uppnå ett specifikt mål. Teamet som individerna ingår i är beroende av att varje individ spelar sin roll rätt och att de har tillit till varandra. Om samarbetet fungerar bra så upprätthåller teamet sitt mål men om vissa roller inte spelas som de ska så kan dessa förstöra teamets mål (ibid, s. 75-77).

## 4. Metod

I detta avsnitt redovisar vi bland annat för vårt val av metod, vilka förtjänster och begränsningar som finns med detta metodval samt hur vi genomfört och bearbetat vår studie.

### 4.1 Val av metod

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod eftersom det ger oss en möjlighet att undersöka vårt syfte och våra frågeställningar på ett sätt som ger oss en djupare förståelse av det vi avser att undersöka. Studien har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Anledningen till att semistrukturerade intervjuer var lämpliga för vår studie beror på att denna intervjuform tillåter öppna frågor samtidigt som vi har kunnat strukturera upp intervjuerna utifrån olika teman som är relevanta för vårt syfte. Detta gjorde att intervjupersonerna fick utrymme att uttrycka sig öppet på frågorna som ställdes. På detta sätt har vi kunnat inleda intervjuerna med öppna frågor som successivt blev mer preciserade (Bryman 2011, s. 368). Ytterligare en fördel med denna intervjuform var att den gav flexibilitet vilket gjorde det möjligt för oss att ställa följdfrågor till intervjupersonerna om det uppstod oklarheter kring svaren som gavs (ibid, s. 415). Vi ansåg därför att en kvalitativ metod utifrån semistrukturerade intervjuer var lämplig för vår studie då vi ville kunna ta del av yrkesverksammas resonemang kring det vi avsåg att undersöka.

### 4.2 Metodens förtjänster och begränsningar

I vårt val av metod var vi medvetna om att det fanns både förtjänster och begränsningar som var viktiga att uppmärksamma och vara observanta på vid intervjutillfällena. Den huvudsakliga förtjänsten med metoden som vi valde var att vi kunde få en förståelse för hur yrkesverksamma utifrån deras subjektiva uppfattningar resonerade kring frågorna i vår studie. Ytterligare förtjänster med detta metodval var att flexibiliteten under intervjutillfällena gav möjlighet till att vi kunde ändra på frågornas ordningsföljd och att vi kunde följa upp oklara svar från intervjupersonerna (Bryman 2011, s. 430).

Kvantitativa metoder går ut på att mäta och se samband i det man avser att undersöka och innebär att man inte lägger fokus på individuella uppfattningar och därmed hade vi inte kunnat skapa en djupare förståelse för det som vår studie avsåg att undersöka (ibid, s. 155). Om vi hade valt en kvantitativ metod så hade vi inte kunnat fånga upp yrkesverksammas

tankar och uppfattningar på samma sätt. I en kvantitativ metod blir frågorna strukturerade eftersom man vet vad det är man vill undersöka och få svar på. En kvantitativ undersökning innebär att det är forskarens intresse och frågor som styr, medan en kvalitativ undersökning innebär att det är intervjupersonernas perspektiv som är utgångspunkten (Bryman 2011, s. 371).

Begränsningar som blev relevanta för just vår studie och det vi avsåg att undersöka var om det skulle uppstå tekniska problem med våra mobiltelefoner vid intervjutillfällena eller om intervjupersonen hade en önskan om att inte bli inspelad. Vi är medvetna om att vår studie inte kommer att kunna generaliseras då det är få intervjupersoner som ingår i studien och eftersom att intervjumaterialet skapades i en specifik kontext. Kvalitativa forskningsresultat ska generaliseras till teori och inte till urvalsunderlaget (Bryman 2011, s. 369-370). Ytterligare en begränsning är att kvalitativa resultat till stor del anses vara subjektivt påverkade av forskarens egna uppfattningar av vad som är viktigt i forskningsresultatet då man som forskare väljer ut det som man själv anser är betydelsefullt och intressant för studien (ibid, s. 368).

### 4.3 Urval

Urvalsgruppen för denna studie var yrkesverksamma som arbetar med gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik. Detta blev vårt val utifrån rekommendationer från olika föreläsare som informerat oss om att inte intervjua brukare eftersom att vi inte har tillräckligt med kunskap för att kunna genomföra sådana intervjuer. Vi hade en förförståelse om vilka yrkesgrupper som arbetar med beroendeproblematik, så vi började med att kontakta socialtjänsten där det visade sig att de socialsekreterare som vi kom i kontakt med, inte hade erfarenhet av gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik. Vi fick därför utvidga yrkesgrupperna som möjligtvis kom i kontakt med målgruppen, vilket ledde till att vi kom i kontakt med olika yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. Vi valde att intervjua yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som i sitt arbete möter gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik.

Vi har genomfört intervjuer med sex personer som har olika yrkesprofessioner. Intervjupersonerna är två socionomer, två barnmorskor, en sjuksköterska samt en socialpedagog. Intervjuer med sex-åtta personer ur en specifik grupp leder till att materialet

blir relativt oberoende av enskilda individers subjektiva uppfattningar (Eriksson, Zetterquist & Ahrne 2011, s. 44). Anledningen till vårt urval av personer med olika yrkesprofessioner var att få en bredare inblick i hur yrkesverksamma inom kvinnornas stödjande nätverk resonerar kring samverkan mellan varandra. Vi genomförde våra intervjuer i två större kommuner och en mindre kommun i Sverige och vi har valt att inte nämna kommunerna vid namn eftersom att vi vill bevara intervjupersonernas anonymitet då resultaten i studien inte har någon relevans beroende på vilken kommun de yrkesverksamma tillhör.

### 4.3.1 Datainsamling och genomförande

I vårt sökande efter yrkesverksamma använde vi oss av sökmotorn Google för att söka upp olika verksamheter som arbetar med de aktuella målgrupperna. Vårt sökande efter möjliga intervjupersoner pågick under flera veckors tid utan större framgångar dels på grund av att de vi kontaktade inte kände att de hade tillräckligt med kunskaper inom ämnesområdet men också på grund av att de vi kontaktade inte återkom med svar som utlovat. För oss innebar detta att vi var tvungna att använda oss av ett snöbollsurval. Med hjälp av snöbollsurvalet blev vi genom andra yrkesverksamma hänvisade till ytterligare möjliga intervjupersoner som kunde vara relevanta för studiens syfte och på detta sätt fick vi kontakt med intervjupersonerna för denna studie. Om det inte finns en tillgänglig urvalsgrupp för en studie så innebär detta att man får använda sig av ett snöbollsurval (Bryman 2011, s. 196). Eftersom att snöbollsurval var det enda sättet för oss att få tag på intervjupersoner så var vi medvetna om att det fanns en nackdel med detta tillvägagångssätt. Denna nackdel var att vi hänvisades till personer som kände varandra. Fördelen för oss med detta tillvägagångssätt var att vi fick tag på lämpliga intervjupersoner.

Den första kontakten med våra intervjupersoner skedde via telefon där vi presenterade oss och informerade om vårt syfte med studien. Efter telefonkontakten skickade vi ut ett informationsbrev till samtliga intervjupersoner och därefter gav de sitt samtycke till att medverka (Se bilaga 1 för ytterligare information). I detta informationsbrev blev våra intervjupersoner informerade om informations- och konfidentialitetskravet. Informationskravet innebär att vi i vår forskarroll måste informera intervjupersoner om att deras deltagande är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan när de vill under studiens gång (Vetenskapsrådet, s. 7). Vi måste enligt konfidentialitetskravet garantera alla intervjupersoner anonymitet eftersom att de lämnar ut känslig information. Detta innebär

också att vi i vår forskarroll måste vara medvetna om hur vi hanterar intervjumaterialet eftersom att det ska vara omöjligt att identifiera enskilda individer (Vetenskapsrådet, s. 12-13).

Inför intervjuerna förberedde vi en intervjuguide som innehåller olika teman och frågor utifrån dessa. När vi gjorde intervjuguiden frågade vi oss själva vad det var vi ville få ut av våra intervjuer. Detta var något som ständigt fanns i våra tankar under utformandet av vår intervjuguide. Under utformningen av vår intervjuguide försökte vi att ha teman som kunde vävas in i varandra för att kunna hålla en röd tråd genom intervjuerna. En intervjuguide bygger på formuleringen av frågeställningarna och de kan därför inte vara alltför specifika då detta kan begränsa svaren man får av intervjupersonerna (Se bilaga 2 för ytterligare information). Det är viktigt att man utformar intervjuguiden utifrån vad man är intresserad av att få fram. Det behöver finnas en viss struktur på frågeställningarna men ordningsföljden på frågorna kan ändras under intervjuerna (Bryman 2011, s. 419-420).

### 4.3.2 Bearbetning

Vi valde att efter samtycke spela in våra intervjuer med hjälp av inspelningsprogram i våra mobiltelefoner. Vi bestämde att vi båda två skulle använda våra mobiltelefoner under intervjutillfällena för att försäkra oss om att inte gå miste om material ifall det skulle uppstå tekniska problem. Genom att spela in intervjuerna med våra intervjupersoner så ökar vår tillförlitlighet av resultatet. Detta eftersom att vi har kunnat granska vårt intervjumaterial upprepade gånger för att säkerställa att vi inte gått miste om viktig information och att vi inte har missuppfattat intervjupersonernas svar.

Efter att ha genomfört intervjuerna var vårt nästa steg att överföra inspelningarna till text. Detta kallas för transkribering (Bryman 2011, s. 428). Vi har valt att ta bort upprepningar, stakningar och dylikt när vi transkriberade vårt intervjumaterial. Vi läste igenom intervjumaterialet för att få en helhetsbild över det som sagts. Därefter var vårt nästa steg att koda våra intervjuer efter olika teman, dessa teman blev sedan underlag för vår analys. Kodning används för att få en struktur på intervjutexterna genom att hitta nyckelbegrepp som kan knytas an till delar i en text för att på så sätt skapa teman (ibid, s. 525). Dessa teman hittade vi genom att vi sökte efter centrala nyckelord i intervjumaterialet. Därefter delade vi in intervjumaterialet i olika teman som vi fann relevanta för vårt syfte med studien. Efter att vi



valt ut citaten till vår studie tolkade vi dem var för sig för att kunna få fram intervjupersonernas synsätt. Vi tolkade citaten utifrån våra teoretiska utgångspunkter vilket gjorde att citaten fick en ny innebörd.

### 4.3.3 Metodens tillförlitlighet och validitet

Reabilitet eller tillförlitlighet som det också kallas är ett begrepp som förknippas med kvantitativa studier där man syftar på att kunna få samma resultat om man genomför studien vid ett annat tillfälle. Detta kan bli problematiskt eftersom att vi har undersökt yrkesverksammars *upplevelser* som gör att resultatet kan bli annorlunda om man skulle genomföra intervjuerna vid ett senare tillfälle. Urvalet för vår studie är inte homogent men då intervjupersonerna arbetar med samma målgrupper ansåg vi att detta var till vår fördel eftersom vi fick en bred inblick i det vi avsåg att undersöka. Tillförlitlighet utgörs av fyra kriterier, dessa är *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och en möjlighet att *styrka och konfirmera* (Bryman 2011, s. 354). *Trovärdighet* i en studies resultat innebär både att man försäkras om att forskningen har skett enligt de regler som finns och att resultaten redovisas till de personer som har medverkat och bidragit till resultaten. Detta görs för att intervjupersonerna ska bekräfta att forskaren har uppfattat deras svar på rätt sätt (ibid, s. 355). Efter att vår studie är godkänd för publicering kommer den att bli tillgänglig för allmänheten. Den kommer även att bli tillgänglig för våra intervjupersoner som har medverkat i vår studie genom att vi kommer att skicka vår färdiga uppsats till dem.

Kvalitativ forskning handlar om att man har fokus på något specifikt som man fördjupar sig i. *Överförbarhet* på resultaten i kvalitativ forskning har därför en tendens att inrikta sig på det kontextuella av den sociala verklighet som undersöks (ibid, s. 355). Överförbarheten för just vår studie är inte möjlig att replikera eftersom att vår studie grundar sig på enskilda intervjupersoners upplevelser som kan skilja sig från en tid till en annan. *Pålitligheten* påverkas av hur tydligt beskriven forskningsprocessen är och innebär att alla steg i forskningsprocessen ska redogöras och vara tillgänglig för läsaren (ibid). I vår studie har vi redogjort för hur vårt tillvägagångssätt för forskningsprocessen har sett ut genom att vi tydligt har beskrivit samtliga steg.

Att kunna *styrka och konfirmera* innebär att forskaren har en insikt om att det inte går att förbli fullt objektiv i sin forskning (ibid). Vi är medvetna om att vi går in i vår forskning med

en viss förförståelse och uppfattning om det vi avser att undersöka, vilket innebär att även vår studie inte är fullständigt objektiv. Vi har visat på öppenhet genom att redovisa för våra olika steg under forskningsprocessen. Vi har även varit öppna med metodens förtjänster och begränsningar samt att vi har en förförståelse kring det vi avser att studera. Vi är medvetna om att validiteten påverkas av att vi i vår forskarroll i kvalitativa intervjuer har bidragit till och är en del av forskningsmaterialet. Detta på grund av att det är vi som har styrt inriktningen på intervjuerna utifrån vårt syfte. Denna öppenhet under forskningsprocessens gång innebär att läsaren på egen hand kan avgöra om studien framstår som trovärdig (Ahrne & Svensson 2011, s. 27). Som forskare har man ett ansvar att kunna ge läsaren en kännedom om de egna utgångspunkterna och vad man har byggt sin förståelse på (Andersson & Swärd 2008, s. 247).

#### 4.3.4 Förförståelse

Under vår tredje termin på Socialhögskolan då vi läste juridik, fick vi under en föreläsning nya kunskaper om lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Vi fick då kunskap om att man inte får tvångsvårda en gravid kvinna med beroendeproblematik enbart med hänsyn till fostret. Vi tror att denna lagstiftning kan medföra begränsningar för den yrkesverksamme i arbetet med målgruppen. Vår uppfattning är att personer med beroendeproblematik är en grupp som är utsatt i samhället och är man då både kvinna, missbrukare och gravid förstärks utsattheten bland denna målgrupp. Gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroende är två målgrupper som ingen av oss vet mycket om och som vi lagt märke till, sällan uppmärksammas i samhället.

#### 4.3.5 Arbetsfördelning

Vi har under studiens gång till största del arbetat med uppsatsens olika delar tillsammans. Alla intervjuer har vi genomfört tillsammans men vi valde att dela upp intervjumaterialet och transkribera dem var för sig. Vi valde detta tillvägagångssättet eftersom att vi har haft huvudansvaret för tre intervjuer var. Vi har kodat intervjumaterialet ihop och därefter har vi författat resterande text tillsammans.

### 4.4 Etiska överväganden

Vi har som tidigare nämnt i vårt urval- och genomförandeavsnitt att intervjupersonerna och deras kommuner är anonyma eftersom att de kommer i kontakt och arbetar med en känslig

målgrupp. Våra intervjupersoner tillhör en mindre grupp professionella som har just denna specialistkompetens och därför har vi valt att inte nämna dem eller i vilka kommuner i Sverige som de arbetar i. Intervjupersonernas resonemang är det som är relevant för vår studie, därför är namn och kommun irrelevant för vårt resultat. Anonymiteten är också viktig för att intervjupersonerna ska uppleva en känsla av trygghet i att tala så öppet och ärligt som möjligt. Att bli garanterad anonymitet är viktigt eftersom att studien när den publiceras kommer att bli tillgänglig för allmänheten (Vetenskapsrådet, s. 12-13).

Flertalet av våra intervjupersoner bad om att få ta del av utvalda citat som är deras egna innan studien publiceras för allmänheten. Detta eftersom att de ville få möjlighet till att kontrollera det som sagts, var det som de har velat framföra och att det inte blivit några missstolkningar. Vi gjorde en överenskommelse med intervjupersonerna om att vi skulle invänta klartecken från dem om att få använda de utvalda citaten och att de kunde återkomma till oss om det var någonting i citaten som de kände har blivit fel när det sades. Vårt transkriberade material från intervjuerna förvarades säkert och otillgängligt för andra obehöriga. Förutom Vetenskapsrådets etiska principer om hur forskning bör gå till så kan det uppstå frågor som man i sin forskarroll måste ta ställning till i det sammanhang som det uppstår i. Detta var något som vi behövde vara medvetna om och beredda på under intervjutillfällena (Ahrne & Svensson 2011, s. 64-65).

## 5. Resultat och analys

Vi har valt att koda våra intervjuer efter olika teman som vi har uppmärksammat har varit genomgående i samtliga intervjuer. Vi kommer att analysera vårt material utifrån valda teorier och tidigare forskning. Först kommer vi att presentera våra intervjupersoner och sedan presentera vårt resultat och vår analys utifrån olika teman.

### 5.1 Presentation av intervjupersonerna

Våra samtliga intervjupersoner kommer endast på grund av konfidentialitetskravet att presenteras utifrån deras profession för att bevara deras anonymitet: *Socionom I*, *Socionom II*, *Barnmorska I*, *Barnmorska II*, *Sjuksköterska* och *Socialpedagog*. Något som vi anser är viktigt att påpeka är att våra intervjupersoner inte har någon myndighetsfunktion eftersom detta skulle kunna ha en betydelse för hur deras makt i arbetet ser ut, eftersom att begreppet makt är en central teori som vi utgår ifrån i vår analys.

*Socionom I.* Utbildad socialpedagog och kompletterat resterande utbildning till socionom. Har flera års erfarenhet av yrket. Har erfarenhet av arbete med barn och familjer.

*Socionom II.* Socionom sedan många år tillbaka. Har erfarenhet av arbete inom socialtjänst och beroendevård.

*Barnmorska I.* Barnmorska sedan många år tillbaka. Har lång erfarenhet inom mödrahälsovård samt lång erfarenhet av gravida med beroendeproblematik.

*Barnmorska II.* Utbildad sjuksköterska och barnmorska. Har lång erfarenhet av arbete inom förlossning, gynnottagning och mödravården.

*Sjuksköterska.* Legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning som distriktsköterska. Har lång erfarenhet av arbete inom BVC.

*Socialpedagog.* Socialpedagog sedan många år tillbaka. Har erfarenhet av arbete inom socialtjänst samt har erfarenhet av arbete på kvinnoklinik, förlossning och BB. Har även lång erfarenhet av kvinnor med beroendeproblematik.

## 5.2 Den yrkesverksammes funktion

I detta avsnitt behandlas bemötandet och relationen mellan den yrkesverksamme och kvinnan, samt vilken funktion den yrkesverksamme har i mötet med kvinnan.

### 5.2.1 Relation

I våra intervjuer framkommer det att relationsskapande är ett viktigt moment i arbetet med dessa kvinnor eftersom arbetsprocessen är långsam och pågår för dem flesta kvinnor under en längre tidsperiod. Flertalet intervjupersoner anger anledningar till varför detta är så angeläget i deras arbete. Intervjupersonerna upplever att det är viktigt att man som yrkesverksam etablerar en god kontakt som kännetecknas av förtroende och tillit eftersom många av dessa kvinnor enligt intervjupersonerna inte har tillit till sjukvård, socialtjänst och andra myndigheter.

De bygger en relation på ärlighet gentemot kvinnorna, då ärlighet och tydlighet verkar vara betydelsefulla faktorer för att kunna etablera en god relation till kvinnorna. Detta verkar hänga samman med att kvinnorna ska kunna känna ett förtroende för yrkesverksamma. Trulsson (2003) menar att kvinnorna redan i tidig barndom är i kontakt med samhällets olika sociala myndigheter såsom socialtjänst och hälso-sjukvård. I mötet med dessa myndigheter ser kvinnorna sig genom omgivningens ögon och känner sig som ”den andre” (ibid, s. 169-

170). En del av ärligheten förklarar intervjupersonerna bygger på att man alltid berättar och är tydlig med att man har anmälningsplikt. Flertalet berättar att de alltid informerar kvinnan om de planerar att göra en orosanmälan.

Socionom I säger:

”Vi har ju en anmälningsplikt som alla andra har och den talar vi ju också om att är det så att vi har våra misstankar eller att det finns en stor oro så är vi skyldiga till att göra en anmälan, men vi gör det aldrig bakom ryggen på dem utan vi har alltid pratat med dem först innan vi gör en anmälan så att de är medvetna om det”

Barnmorska I uttrycker:

”Från början så träffas vi väldigt mycket för att lära känna varandra, skapa ett förtroende, för kvinnor i missbruk har oftast blivit rätt så kränkta av både sociala myndigheter och sjukvård på olika sätt och vis. De har väldigt liten tilltro till sjukvård och myndigheter, det är ofta ett stort trauma så det handlar mycket om att lära känna varandra och skapa ett förtroende där vi alltid kör med öppna kort och är ärliga och aldrig går bakom ryggen på någon heller”

Kvinnorna har låg självkänsla och ett lågt egenvärde, därför blir en viktig del i intervjupersonernas arbete att stärka kvinnans självförtroende och hennes roll som mamma. Det framkommer även att det har betydelse för relationen om de yrkesverksamma har myndighetsutövning eller inte. Socionom I berättar att det är viktigt att vara tydlig med att man inte har någon myndighetsutövning och inte tar några beslut eftersom att dessa kvinnor ofta har en negativ syn på sådana myndigheter. Det är viktigt att man förtydligar detta emellanåt för kvinnorna. Hon upplever även att kvinnorna då de ofta är misstrodda och missförstådda tycker att det är en trygghet att ha med sig henne och att ha någon som står på deras sida i mötet med myndighetsutövare. Professionella som har en långvarig kontakt med kvinnorna spelar en stor roll i kvinnornas liv och har en stor betydelse för kvinnans möjligheter att ta sig ur ett missbruk (Trulsson 2003, s. 157).

Många av dessa kvinnor har negativa erfarenheter av yrkesverksamma med myndighetsfunktion, därför är det viktigt att kunna ge ett stöd grundat på ärlighet, öppenhet och tillit. Kvinnorna är medvetna om att de befinner sig i en underordnad position i mötet med yrkesverksamma, därför är det viktigt att utveckla relationen till ett möte mellan två

individer. Att en sådan relation kan utvecklas är en betydande faktor för att kvinnorna ska kunna ta till sig stödet och upphöra med sitt beroende (Trulsson 2003, s. 154-155).

Även Miles et al. (2014) bekräftar att det är nödvändigt att etablera en god relation som bygger på ärlighet, öppenhet och engagemang. Relationen bygger på att båda parterna vet vad som förväntas av varandra och att kvinnan är medveten om vilka konsekvenserna är om förväntningarna inte uppfylls. En förväntning kan vara att kvinnan ska kunna påvisa en drogfri graviditet (ibid, s. 1084).

### 5.2.2 Hjälpare eller kontrollant?

Samtliga intervjupersoner verkar ha en viss funktion i att kontrollera och hjälpa kvinnan. Vilken funktion som dominerar mest beror på vilket uppdrag man som yrkesverksam har i sitt arbete. Den yrkesgrupp som mest kännetecknas av de båda funktionerna är barnmorskorna som utöver den stödjande funktionen även har en mer kontrollerande funktion jämfört med de övriga intervjupersonerna. Deras stödjande funktion handlar om rådgivning och vägledning under graviditeten och inför det blivande föräldraskapet. Man utgår från kvinnornas behov och pratar med kvinnorna om deras tankar, känslor och funderingar både om sådant som tidigare har hänt i livet och om det som väntar. En stor del i den stödjande funktionen bygger på samtal utifrån individens behov (Svensson, Johnsson & Laanemets 2014, s. 170).

Barnmorskorna har en kontrollerande funktion eftersom de tar drogtester på kvinnorna samt att de gör efterkontroller där de samtalar med kvinnorna om förlossningen och hur de mår och om det är något särskilt som de vill prata om. Vi kan se att kvinnorna intar en försvarsposition när barnmorskorna går ur en stödjande funktion och istället intar en kontrollerande, genom att de till exempel begär drogtester. Då kvinnornas mottaglighet för stöd påverkas av hur stödet förmedlas, menar dem yrkesverksamma att drogtester kan av kvinnorna uppfattas som kontrollerande och inte som ett stöd i deras arbete med dem. Vi kan även se det utifrån att barnmorskorna aldrig lämnar den stödjande funktionen då drogtesterna kan ses som ett hjälpverktyg i att stärka kvinnornas självförtroende i att kunna upprätthålla en drogfri graviditet. Men de yrkesverksamma menar att drogtesterna kan av kvinnorna uppfattas som kontroll och inte som ett stöd, vilket kan utgöra ett hinder för kvinnornas utveckling. Trulsson (2003) resonerar inte enbart kring stödet som ges utan även om hur stödet förmedlas. Hur stödet uppfattas av kvinnorna avgörs av den relation som uppstått mellan den

yrkesverksamme och kvinnan. Relationen mellan dem avgör om stödet kommer att upplevas som ett stöd eller som ett hinder av kvinnan (ibid, s. 158).

Citaten nedan visar hur en situation kan se ut när man går från en stödjande till en kontrollerande funktion. När barnmorskan i detta fall intar en annan roll än den stödjande rollen som kvinnan förväntar sig så leder detta till att teamets samarbete förstörs då kvinnan inte upplever att barnmorskan spelar sin roll rätt. Detta stämmer överens med Goffmans (2009) beskrivning av hur ett team fungerar och han menar att ett team inte fungerar när en medlem inte spelar sin roll som de andra i teamet förväntar sig (ibid, s. 75-77). En individ som är stigmatiserad intar en försvarsattityd när man bemöts med negativa förväntningar (Goffman 2014, s. 25). Detta kan förklara varför kvinnorna reagerar som de gör och intar en försvarsposition.

Barnmorska I berättar:

”De kan bli jättearga på mig om jag vill ta drogtest och då betyder ju det antingen att de känner att ska jag behöva ha det här hela mitt liv, att bli misstrodd kan vara en sak eller så är det faktiskt så att de döljer någonting för mig, att de inte är drogfria... det är en hårfin balansgång där, för jag vill ju inte heller skrämman iväg dem, för det är viktigt att de har sina kontroller”

När de yrkesverksamma uppmärksammar brister hos kvinnorna så kan kvinnorna stigmatiseras ytterligare på grund av de negativa förväntningarna i samspelet. Negativa förväntningar kan leda till att kvinnorna intar försvarspositioner eller att de håller sig undan. Detta stämmer överens med Goffmans (2014) resonemang om försvarsattityder. Han menar att när en stigmatiserad individs brister avslöjas, intar individen en försvarsattityd och drar sig undan (ibid, s. 24-25). Barnmorskorna upplever att kvinnorna känner sig misstrodda och intar försvarspositioner när de ber om drogtest. De menar att drogtest kan av kvinnorna upplevas som att de har förväntningar på att de inte klarar av att vara alkohol- och narkotikafria.

Barnmorska II uttrycker:

”Jag hade samtal med en nu som skulle komma men som inte gjorde det. Då sa jag, men kom då bara och lämna ett urinprov... det kan vara extremt provocerande att det är det vi fokuserar på... de skulle aldrig ta något... man lägger extra mycket energi på att försöka avdramatisera

det och ändå förklara att det är viktigt att de för deras egen skull kan påvisa en drogfri graviditet...”

Då pastoralmakten innebär att yrkesverksamma har både en stödjande och kontrollerande funktion samt att de har specialistkunskap, så kan dem uttala sig om vad som är bäst för den enskilde och den livssituation denne befinner sig i (Järvinen 2013, s. 285). Pastoralmakten kan användas för att beskriva vilken funktion intervjupersonerna har i mötet med kvinnorna. Pastoralmakten kan urskiljas tydligt i citaten ovan och anger vilken funktion den yrkesverksamme kan ha. I dessa citat lyfts den kontrollerande funktionen fram och där drogtest används som ett hjälpmedel för att kontrollera. Även de övriga intervjupersonernas arbetsuppgifter innefattar både en stödjande och kontrollerande funktion genom att dem utöver att ge stöd och vägledning också kan kontrollera kvinnorna genom den stödjande funktionen. Socialpedagogen förklarar att det kvinnan säger i ett samtal med henne kan hon följa upp vilken tid som helst på dygnet och att kvinnan inte kan komma undan genom att ljuga. Då den kontrollerande funktionen sker i samband med den stödjande, det vill säga i samtal med kvinnan så förblir den kontrollerade funktionen inte lika synlig för kvinnan då den stödjande funktionen dominerar. Vi kan se att det har betydelse för kvinnorna hur stödet förmedlas, vilket även Karin Trulsson (2003) uttrycker.

En relation kan påverkas av att man som yrkesverksam kan gå in i olika roller, så som den stödjande och kontrollerande rollen. Intervjupersonernas intagande av olika roller beror på den situation som uppstår och kan förklaras utifrån Goffmans (2009) rollteori. Den yrkesverksamme och klienten kan sägas ingå i ett team. Relationen mellan dem är betydande för hur väl samarbetet i teamet kommer att fungera. När relationen skapas byggs även förväntningar som man har på varandra upp. Dessa förväntningar kan vara att man ska spela en viss roll i mötet med varandra. Förväntningarna som man har på varandra kan ses utifrån att platsen där relationen skapats har betydelse för vilken roll man väljer att spela och hur man vill framstå för den andre. Detta stämmer överens med det som Goffman (2009) benämner som främre kulisser, där man väljer vilken roll man spelar beroende på vilken plats framträdandet äger rum (ibid, s. 97-98). Det som socialpedagogen berättar ovan kan ses som ett exempel på hur den stödjande och kontrollerande funktionen samtidigt utövas i mötet med kvinnorna. Det kan förstås utifrån att den yrkesverksamme genom att upprätthålla fasaden som stödjande behåller sin roll som denne (ibid, s. 33). På så sätt styr den yrkesverksamme kvinnans uppfattning och därför upplever inte kvinnan det som kontrollerande. Begreppet



team som benämns av Goffman (2009) kan också förklara detta, utifrån att den yrkesverksamme lever upp till kvinnans förväntningar och inte lämnar rollen som den stödjande, trots att denne går in i rollen som kontrollerande. Eftersom att förväntningarna på rollerna uppfylls leder detta till att samarbetet och relationen kvarstår (ibid, s. 75-77).

## 5.3 Samverkan

I detta avsnitt behandlas vikten av ett fungerande samarbete mellan olika yrkesverksamma både inom och utanför den egna verksamheten.

### 5.3.1 Vikten av samverkan

De viktigaste aktörerna för samverkan enligt våra intervjupersoner är mödrahälsovården, psykiatrin och socialtjänsten. Socialtjänsten och mödrahälsovården lyfts fram som särskilt viktiga aktörer. Mödrahälsovården är den aktör som har den inledande kontakten och som majoriteten av intervjupersonerna betonar fångar upp klientgruppen och agerar som en välfungerande samverkansaktör, som bidrar till att en gravid kvinna med beroende får det stöd och den hjälp hon är i behov av. Alla våra intervjupersoner gav uttryck för att det krävs ett fungerande samarbete mellan dem olika yrkesgrupperna i arbetet med klientgruppen. Man uppmärksammar att samarbetet mellan yrkesverksamma inom den egna verksamheten fungerar bra eftersom de inom verksamheten vet var de har varandra, vet vad de andra arbetar med och vad de är kapabla till. De lyfter fram vikten av att väva in och ta hjälp av varandra i deras enskilda arbete med dem gravida kvinnorna både inom den egna verksamheten och med andra utomstående verksamheter.

Barnmorska II uttrycker att hon inte alltid delar samma bild av en situation som andra inom verksamheten, men att hon lyssnar in på hur de andra yrkesverksamma resonerar kring situationen. Hon anser att de inom verksamheten har högt i tak när det gäller professioner och vad de ser. Detta är något som även Copoeru et al. (2013) berör, han menar att verksamheter som arbetar med klienter med beroende på egen hand inte klarar av att täcka behoven för denna grupp. Verksamheter som samarbetar kan uppnå mer tillsammans än verksamheter som bedriver sitt arbete självständigt. Faktorer som påverkar en god samverkan är bland annat att man förstår vilken roll och vilket ansvar man har (ibid, s. 126).

Socionom I berättar:

”Det bästa är att vi har en samverkansgrupp som träffas en gång i månaden där vi har olika professioner med oss som jobbar med den här målgruppen både från sjukvårdssidan och från socialtjänsten. Det är A och O när man jobbar i detta, att man har en bra samverkan mellan dem olika enheterna”

Intervjupersonerna ingår i någon form av samverkan och upplever det av olika skäl som en nödvändighet i arbetet med dem gravida kvinnorna. Detta är en nödvändighet då de gravida kvinnorna behöver ett stödjande nätverk där det finns utrymme för mer stöd och tid. Intervjupersonerna menar att klientgrupperna behöver få extra stöd och extra tid eftersom det ska gå snabbt med kontakten i nätverket. Stödet åt dessa bör prioriteras och påbörjas snabbt, eftersom att kvinnan är som mest motiverad under graviditeten och detta är något som man bör utnyttja (Economidou, Klimi & Vivilaki 2012, s. 164).

Barnmorska I berättar:

”Det måste gå snabbt, jag kan inte säga till henne ja men du kan få en tid om tre veckor. De ska få en tid nu och är det någon annan specialist som behöver kontaktas, en beroendeläkare eller vad det nu kan vara för någonting så har jag mina kontakter, så ringer jag ett samtal och så ska det vara smidigt och det ska vara lätt för dem här, för man kan inte vänta”

Barnmorska I tar även upp ett exempel då en kvinna efter födseln börjat få alkoholsug igen och var orolig. Hon ringde en kontakt i sitt nätverk och bokade en tid till kvinnan bara några dagar senare. Detta visar att det krävs att det går fort i kontakten med nätverket eftersom att det alltid finns risk för återfall samt att kvinnan behöver ett nätverk som ständigt är tillgängligt. Intervjupersonerna betonar att den här ständiga tillgängligheten är något som den ordinarie mödravården inte kan erbjuda eftersom de inte har tid, utrymme och specialistkompetens för att kunna erbjuda henne det stödjande nätverk hon är i behov av.

Flera utav våra intervjupersoner kommer i kontakt med klientgruppen genom att ordinarie mödravården hänvisar dem vidare då det framkommit att de har ett beroende. Barnmorska II berättar att den ordinarie mödravården själva tar hand om riskbruk men att hon och verksamheten där hon arbetar tar hand om de gravida kvinnor som har ett missbruk. Anledningen till att den ordinarie mödravården hänvisar kvinnor med beroende till specialistmödravården är på grund av att man inte har tillräckligt med kunskap om hur man arbetar med dessa kvinnor och deras problematik. Klientgruppen kommer även i kontakt med

intervjupersonerna via socialtjänsten där de är aktuella men det förekommer även att kvinnorna själva tar kontakt med dem, då de på något sätt har hört talas om verksamheten. Det framkommer bland annat av citatet nedan att socialtjänsten inte är insatta i vem som ansvarar för vad i samverkansarbetet samt att de inte alltid vet vilket stöd som finns att erbjuda klientgruppen. Detta kan leda till att samverkansarbetet påverkas, vilket även Copoeru et al. (2013) påpekar. Situationen kan även belysas ur ett annat perspektiv där verksamheter främst på egen hand vill lösa situationer och problem som uppstår. Samarbetet anses endast vara nödvändigt när kunskaperna om klientgruppen inte är tillräckliga och man då inte kan bedriva arbetet självständigt (ibid, s. 126-129).

Socionom II berättar:

”I första hand är det ju från den ordinarie mödrahälsovården men socialtjänsten också som vi har riktlinjer som anger hur vi ska arbeta... det är få som kommer därifrån... det borde vara mer... ibland har de inte riktigt koll på att vi finns och att det är de som ska vända sig till oss. Många kvinnor som är i kontakt med socialtjänsten går hos den ordinarie mödravården... och då är det mödravården som kontaktar oss när det kanske borde varit socialtjänsten”

De gravida kvinnorna måste alltså ha många yrkesverksamma runt sig och att dessa strävar mot samma mål. Arbetsprocessen med klientgruppen är långsam och kräver därför ett långsiktigt stöd. Socionom I berättar att de olika yrkesverksamma har olika ingångar men att detta är positivt eftersom man kan få en snabb ingång till varandra och har en direkt kontakt utan att behöva ringa runt till olika yrkesverksamma.

Wirbing & Ortiz (2014) menar att verksamheter måste ha ett integrerat nätverk som består av olika yrkesprofessionella, både inom och utom den egna verksamheten för att kunna erbjuda bästa möjliga stöd till klientgruppen (ibid, s. 45). Under graviditeten är det viktigt att den gravida kvinnan får en någorlunda stabil livssituation och därför är en tvärprofessionell samverkan en viktig del för att kunna få en helhetsbild av kvinnans problematik (Prentice 2010, s. 278).

### 5.3.2 Samverkan med socialtjänsten

Intervjupersonerna uppger att de upplever att samarbetet med socialtjänsten oftast fungerar bra. Socialpedagogen beskriver att de har ett fungerande och nära samarbete med

socialtjänsten eftersom att de arbetar för samma sak, att klientgruppen ska ha det så bra som möjligt. Men samtliga intervjupersoner uppger att de upplever att samarbetet vid en del tillfällen brister då de inte delar samma bild av den gravida kvinnans eller spädbarnsmammans situation. De uppger även att de upplever att socialtjänsten inte tar tillvara på deras kunskaper och erfarenheter av arbetet med klientgruppen.

Sjuksköterskan berättar:

”Det är viktigt att man delar ungefär samma bild inom enheterna för då blir det lättare att jobba framåt. Bilden kan inte vara precis samställd då man inom sjukvård och socialtjänst har olika uppdrag, men ibland är inte kunskapen så hög när det gäller den här klientgruppen...”

En samverkansgrupp behöver bestå av olika yrkesverksamma som har specialistkompetens i arbetet med gravida kvinnor för att kunna erbjuda en effektiv vård. De bör ha samverkansmöten regelbundet där de diskuterar och uppdaterar varandra om hur det går för kvinnorna i deras enskilda arbete. En god och tät kontakt mellan dem har visat sig nödvändig (Economidou, Klima & Vivilaki 2012, s. 164-165).

Att intervjupersonerna upplever att yrkesverksamma både inom den egna verksamheten och utanför inte alltid delar samma bild kan tolkas utifrån Bourdieus begrepp fält och doxa. Yrkesverksamma arbetar inom samma fält, detta fält är människovårdande verksamheter. Det människovårdande fältet är uppdelat i två fält som utgörs av hälso-sjukvård samt socialtjänst. Intervjupersonerna omfattas av fältet hälso- och sjukvård och bär därför med sig olika kunskaper och erfarenheter. Att de bär med sig olika kunskaper och erfarenheter kan tolkas utifrån begreppet doxa, då man har fått dessa genom utbildning, rutiner och föreställningar som finns inom det egna fältet. På grund av att man har olika yrken och bär med sig olika kunskaper och erfarenheter så kan man också tänka olika kring samma problematik (Järvinen 2013, s. 282-284).

Sjuksköterskan resonerar:

”Jag tänker att man kan ta draghjälp av varandra och att socialtjänsten skulle kunna ta draghjälp av våra kunskaper lite mer... vi är ändå specialutbildade för det här och vi kan inte förvänta oss att alla ska ha den kunskapen... och det gör vi inte... men då kan vi tycka att man kan ta in den kunskapen och lyssna in mer...”

Problematiken som citatet belyser, lyfts upp som ett vanligt förekommande problem mellan intervjupersonerna och deras upplevelser av samarbetet med socialtjänsten. Vi kan se att det hos intervjupersonerna finns en önskan om att socialtjänsten mer ska ta tillvara på deras specialistkompetens, kunskaper och erfarenheter. Samarbetet med socialtjänsten beskrivs som varierande och beror i vissa fall på att man arbetar annorlunda i olika stadsdelar och kommuner. Det framkommer från en del av intervjupersonerna att man inom socialtjänsten gör egna tolkningar av socialtjänstlagen, samt att man inom de olika stadsdelarna inte alltid känner till dem aktuella riktlinjerna. Den teoretiska utgångspunkten om fältets doxa kan förklara varför man upplever att det uppstår intressekonflikter på grund av olika synsätt mellan yrkesverksamma och andra aktörer.

Wirbing och Ortiz (2014) nämner att socialtjänsten har huvudansvaret för att individer med alkohol- och narkotikaproblem får den hjälp och det stöd som de är i behov av. Detta även om det finns en annan aktör som har huvudansvaret utifrån annan lagstiftning, till exempel hälso- och sjukvården (ibid, s. 45). Utifrån detta kan vi tolka att socialtjänsten är den aktör på fältet som har mest makt och störst kapital i form av resurser, vilket bör innebära att det är socialtjänsten som har störst möjligheter att kunna påverka beslut som rör klientgruppen. Vi har tolkat att samtliga intervjupersoner är överens om att socialtjänsten är den styrande aktören och har större mandat. Men de upplever ofta att socialtjänsten inte använder sitt handlingsutrymme fullt ut, bland annat när intervjupersonerna gång på gång gör orosanmälningar och uppmärksammar problematiken hos den enskilde och socialtjänsten inte ingriper. Detta är något som dem uttrycker är frustrerande eftersom att ansvaret för vidare åtgärder ligger hos socialtjänsten som är den styrande aktören.

Samverkan kan förstås utifrån begreppet team som Goffman (2009) benämner och kan förklara varför intervjupersonerna upplever frustration över att socialtjänsten inte använder det handlingsutrymme som de har i sitt arbetsuppdrag. Att socialtjänsten inte uppfyller intervjupersonernas förväntningar på hur rollen bör spelas kan ses utifrån Goffmans resonemang om roller. Han menar att när en roll inte uppfyller omgivningens förväntningar så leder detta till att samverkan i teamet vid dessa tillfällen kan brista (ibid, s. 75-77). Detta kan förklara varför socialtjänsten inte uppfyller intervjupersonernas förväntningar på hur rollen bör spelas och därför brister det i samverkan.

## 5.4 Stöd under och efter graviditeten

I detta avsnitt tar vi upp vikten av att motivera de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna med beroende samt hur motivation hör samman med vändpunkt, återfall, frivillighet och tvång.

### 5.4.1 Vändpunkt

Intervjupersonerna uppger att graviditeten för många kvinnor blir en vändpunkt, där de blir motiverade till att försöka ta sig ur sitt missbruk eftersom att ingen förälder vill skada sitt barn eller göra sitt barn illa. Trulsson (2003) menar att det finns en moral bland kvinnor med beroende att inte vilja skada sitt barn genom sin problematik. Vidare menar Trulsson att graviditeten, moderskapet samt relationen till barnet innebär en vändpunkt för kvinnorna gällande deras beroende. Graviditeten innebär även förhoppningar om ett ökat socialt värde i omgivningens ögon vilket leder till en vändpunkt för många kvinnor då de vill leva upp till den rådande idealbilden som en godtagbar moder (ibid, s. 90-91).

Även Fowler et al. (2015) menar att moderskapet innebär en möjlighet till en livsförändring. Gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroende är ofta välmotiverade till förändring för att kunna vara en bra förälder åt sitt barn (ibid, s. 174). Samtidigt är de rädda för att misslyckas att leva upp till idealet då de ständigt granskas av omgivningen (Trulsson 2003, s. 98). Förhoppningarna som kvinnorna har om ett ökat socialt värde är svårt att uppnå då det från omgivningen anses att missbruk och barn inte hör ihop, vilket innebär att kvinnorna alltid kommer att vara stigmatiserade och bära med sig en stämpel som missbrukare, men också som olämplig moder (Goffman 2014, s. 10).

### 5.4.2 Motivation

Det framkommer att det finns kvinnor som är välmotiverade och som vill ta emot hjälp och titta på sina eventuella problem. Dessa kvinnor upplever intervjupersonerna som enklare att arbeta med på grund av att de är medvetna om sin problematik och vill göra en förändring. Det finns även de kvinnor som inte riktigt är motiverade och inte delar samma syn på vad det är för stöd de behöver för att gå vidare, vilket försvårar deras arbete eftersom att motivation är en viktig grund i arbetet med klientgruppen. Barnmorska I tar upp ett exempel om att många kvinnor tar läkemedel och att de inte uppfattar detta som ett missbruk eftersom man har fått läkemedlet på recept. Det är inte ett missbruk men den dagen när man blir gravid och ingen

vill skriva ut det mer då är risken stor att man köper det på den svarta marknaden och då tyder det på att det är ett missbruk.

Socionom II berättar:

”... de här föräldrarna har ofta väldigt stora egna behov och ofta mycket dåligt samvete kanske för att de har tagit läkemedel, alkohol eller någon drog under graviditeten och att de inte vill tala om det som tynger dem och då är det svårt att nå dem... de själva upplever att nu har jag gjort en livsstilsförändring... jag är drogfri, jag har blivit mamma, nu finns det inga problem längre. Medan vi upplever att de här föräldrarna behöver väldigt mycket stöd både med drogfrihet, föräldraskapet och den psykiska ohälsan och där kan det vara lite svårt. De är motiverade men ändå har de svårt att se den komplexa problematiken med att bli förälder...”

Motivation framkommer som en viktig faktor i arbetet med klientgruppen. Barnmorska I uttrycker att det är svårt att motivera en kvinna och få henne att förstå att hennes beroende är skadligt för både henne och fostret. Det är viktigt att motivera kvinnan till att fortsätta att ta emot det stöd som erbjuds oavsett om hon har ett pågående beroende eller inte (Wright & Walker 2007, s. 117). Att kvinnan är drogfri och har blivit mamma kan utifrån den yrkesverksamme ses som att kvinnan använder en fasad och spelar en ny roll där hon i den nya rollen inte längre behöver något stöd då kvinnan tror att hon inte har någon problematik längre. Den yrkesverksamme uppfattar däremot att kvinnan trots sin nya roll behöver stöd och hjälp. Man kan förstå detta utifrån att man intar olika roller beroende på vilken situation man befinner sig i (Goffman 2009, s. 33).

Socionom II berättar att motivationen handlar om att man ska lyfta fram den problematik som kvinnan har men att det är viktigt att problematiken förmedlas på ett konstruktivt sätt. Genom detta tillvägagångssätt så undviker man att ge kvinnorna ytterligare dåligt samvete som så många andra redan gör. I mötet med kvinnorna måste den yrkesverksamme ta hänsyn till att kvinnan faktiskt är stigmatiserad vilket innebär att man som yrkesverksam måste stärka kvinnan i hennes självförtroende. Det är viktigt att man är medveten om hur man bemöter kvinnan eftersom samspelet istället kan förstärka kvinnans stigma. Detta är något som även Goffman (2009) belyser kan ske när den normale och den stigmatiserade möts och båda blir medvetna om orsakerna och konsekvenserna till stigmatiseringen (ibid, s. 21).

### 5.4.3 Återfall

Av intervjuerna framkommer det att samtliga anser att det är en nödvändighet att klientgruppen följs upp och får stöd även efter graviditeten oavsett om man har ett pågående beroende eller inte. Det är speciellt viktigt för dessa kvinnor att få uppföljning vad gäller måendet, stöd i föräldraskapet och hjälp i att fortsätta vara alkohol- och narkotikafria. De anser att detta beror på att det alltid finns en risk för återfall en viss period efter graviditeten och detta är något som man vill undvika. Trots att kvinnan ser graviditeten som en möjlighet till vägen ut ur sitt missbruk, finns det en risk för återfall både under och efter graviditeten (Silva et al. 2012, s. 362). Det finns en risk för detta när barnen är mellan tre månader och ett år. Att kvinnor tar återfall beror oftast på svårigheter i att ta hand om sitt barn samt att man blir isolerad som en följd av att man har brutit med sitt gamla liv (Trulsson 2003, s. 91).

Socionom II berättar:

”... många kvinnor tar ju återfall vid vissa perioder... sex månader och vid ett år... det finns riskperioder... sex månader när kvinnan ofta är hemma, ett år när barnet är på dagis och de själva står där utan något jobb och inte vet vad de ska göra och barnet får nya kontakter och nya arenor och mamman inte riktigt vet vad hon ska göra, då är det jätteviktigt att finnas där som ett stöd”

Resterande intervjupersoner berättar också om det som nämns i citatet ovan och anser att det är viktigt att stödet inte upphör utan fortsätter även efter graviditeten. Socionom I förklarar att det händer mycket under vägens gång som gör att man kan ta ett återfall eller att man på olika sätt kan känna sig svag i sitt föräldraskap, därför är det viktigt att man kan få stöd av någon som man har skapat en relation till. Socialpedagogen uttrycker att dessa kvinnor gör en hel livstidsförändring under tiden de är i vården och att den fortsätter även efteråt, och det behöver man stöd och hjälp i. Flertalet intervjupersoner menar på att det händer mycket i kvinnornas liv efter att barnet är fött, det sker en livsförändring och därför är det viktigt att stödet fortsätter.

Eftersom att det sker många förändringar så kan vi utifrån våra intervjuer se att det är viktigt att man som yrkesverksam bemöter kvinnan där hon befinner sig i sin nuvarande livssituation då situationen kan skilja sig åt från gång till gång. Detta innebär att man måste bemöta dem här och nu, och därför kan man som yrkesverksam inte ligga flera steg före. Stödet måste



därför vara baserat på individuella förutsättningar. Långsiktighet i stödet krävs samt att det sker i kvinnans egen takt och inte påtvingas (Trulsson 2003, s. 217).

#### 5.4.4 Frivillighet eller tvång?

Verksamheterna där intervjupersonerna arbetar baseras på insatser som är frivilliga. De förespråkar främst att motivera kvinnorna att på frivillig väg arbeta med sin problematik. Men det som lyfts fram är att insatserna antingen är helt frivilliga eller baserade på tvång. Några av intervjupersonernas arbete baseras helt på frivilliga insatser och är det så att kvinnorna inte vill ha en fortsatt kontakt så godtas detta men man är noggrann med att påpeka att erbjudandet står kvar ifall behovet skulle ändras. Tvånget i vården kan vara beslut utifrån LVM<sup>5</sup> och LVU<sup>6</sup> eller från kriminalvården där man får den sista delen av straffet belagt i form av stöd och behandling. Vi kan se att dessa kvinnor tenderar att ta emot stöd och behandling eftersom att vi upplever att det finns ett bakomliggande hot. Följande citat förtydligar vårt resonemang om frivillighet och tvång till att medverka i insatserna.

Socionom II säger:

”... men det måste man göra om man går här om vi säger... våra doktorer och hela mödravården, man ska gå här om man har missbruk men i slutändan kan vi inte tvinga dem om de vägrar, men socialtjänsten kan säga det kräver vi, om de gör det så är det svårt att säga något annat... Det är egentligen inte förhandlingsbart men vi kan inte tvinga någon... Så det är frivilligt men vi säger med gemensamma krafter, du ska gå här men i slutändan kan vi inte tvinga någon”.

Socialpedagogen berättar:

”... vi betecknar dem som frivilliga för de har valt detta framför LVM - hemmet, framför kriminalvården och framför att få sina barn omhändertagna... om barnet har LVU kan det ofta kännas som en trygghet för mamman då hon vet att om hon plötsligt vill gå härifrån mister hon sitt barn...”

Vidare berättar socialpedagogen:

---

<sup>5</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>6</sup> Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

”... de har ju ändå valt detta framför något annat även om socialförvaltningar sagt till dem att om du inte gör något nu måste vi omhänderta barnen... det är ändå ett val hon har gjort... hon väljer ju ändå detta även om det finns ett underliggande hot...”

Utifrån citaten ovan kan det tolkas som att socialtjänsten har makten att ta det avgörande beslutet om insatser. Det första citatet anser vi belyser hur de yrkesverksamma går tillväga för att få kvinnorna till att medverka i den behandling som förespråkas av socialtjänsten och dem yrkesverksamma i nätverket. En tolkning av detta citat kan göras utifrån pastoralmakten där individens valmöjligheter är begränsade och där de yrkesverksamma med sina specialistkunskaper har rätt att göra bedömningar om vad som är rätt för den enskilde (Svärd & Starrin 2006, s. 254). Insatserna som ges kan ses som att kvinnorna inte själva vet vad som är bäst för dem. Det är istället det yrkesverksamma nätverket med specialistkompetens som avgör vad som är bäst för kvinnorna. I det andra och det tredje citatet framhävs pastoralmakt på så sätt att de yrkesverksamma ger kvinnorna en möjlighet att göra ett eget val, samtidigt som detta val är begränsat och styrs av de yrkesverksamma i det stödjande nätverket. Citaten kan även belysas utifrån att den verksamhet de arbetar i, uttrycker en symbolisk makt (Järvinen 2013, s. 259). Den symboliska makten finns i verksamheter där yrkesverksamma arbetar, vilket innebär att de representerar den symboliska makten. Detta innebär att socialtjänsten står för den symboliska makten och kan styra vilka beslut kvinnan väljer att göra.

Vi kan se att det kommande barnet och spädbarnet tenderar att användas som ett medel av socialtjänsten för att få kvinnan till att samtycka till vården på frivillig väg. Socialtjänsten har alltså möjlighet att påverka kvinnans beslut genom det bakomliggande hot som utövas. Det tydligaste hotet handlar om att skiljas från sitt barn på grund av missbruket (Trulsson 2003, s. 141). Men vi kan också se att det finns dem kvinnor som själva tar initiativet till att söka hjälp eftersom de har insett att de har en problematik och vill få hjälp med denna.

## 5.5 Uppfattningen om stödet från samhället

I detta avsnitt tar vi upp hur intervjupersonerna resonerar kring stödet för att gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroende ska kunna upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap, samt om dessa fångas upp.

### 5.5.1 Är stödet som finns idag tillräckligt?

Uppfattningen om stödet till de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna framkommer som varierande och uppfattningarna skiljer sig åt. De flesta utav våra intervjupersoner upplever att stödet som finns idag inte är tillräckligt och är något som behöver utvecklas ytterligare. Stödet är inte tillräckligt på grund av att alla insatser och planeringar är kortsiktiga när de egentligen bör vara långsiktiga, speciellt för dessa klientgrupper. Även Trulsson (2003) menar på att långsiktiga insatser behövs för en gynnsam utveckling av ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap (ibid, s. 158). Intervjupersonerna uttrycker även att det finns för få verksamheter runt om i landet där gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroende kan få specialistvård. En del intervjupersoner nämner att de tar emot kvinnor från andra kommuner runt om i Sverige eftersom hemkommunen inte kan erbjuda specialistvården som behövs. Wright och Walker (2007) menar att det måste finnas professionella med specialistkompetens i de verksamheter som sannolikt kommer i kontakt med dessa kvinnor (ibid, s. 117).

Några av intervjupersonerna uttrycker att stödet för att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap skiljer sig åt beroende på om man är gravid eller spädbarnsmamma. Det finns för få verksamheter som riktar sig mot att förbereda gravida kvinnor inför föräldraskapet medan det finns verksamheter som riktar sig mot spädbarnsmödrar med beroende, även om dessa verksamheter också är för få. En del av intervjupersonerna resonerar att detta kan bero på att missbruks- och beroendevården för dessa klientgrupper främst fokuserar på missbruket och inte på föräldraskapet. Man kan inte alltid arbeta med både missbruket och föräldraskapet men det är viktigt att man har det i åtanke eftersom det är lätt att man glömmer bort att individen man möter också är blivande förälder (Bengtsson & Gavelin 2004, s. 80). Barnmorska I tycker däremot att stödet som finns idag är tillräckligt men att det bygger på att man själv vill ha stödet som erbjuds och vill kvinnan inte det då är stödet inte tillräckligt. Att stödet inte är tillräckligt för de som inte vill ha det tolkar vi kan bero på att de flesta insatser bygger på frivillighet och är baserade på att kvinnan är motiverad eller mottaglig för att ta emot stöd. Detta innebär att det stödjande nätverket inte kan tvinga kvinnan om hon själv inte är öppen för att ta emot stöd.

Vi kan se att man behöver arbeta med dessa kvinnor utifrån ett långsiktigt perspektiv, eftersom det har framkommit att utmaningarna oftast kommer under spädbarnstiden. Under denna period kan dessa kvinnor behöva extra stöd i sitt föräldraskap. Det är därför angeläget

att arbeta med föräldraskapet både under och efter graviditeten för att stärka kvinnorna i deras roll som förälder.

Intervjupersonerna har uttryckt att det är viktigt att man arbetar med föräldraskapet hos målgrupperna och att man inte enbart ser missbruket. Det kommer till uttryck i intervjuerna genom att man menar att det i samhället finns en bild av att missbruk och barn inte hör ihop och att man inte ska utesluta dessa föräldrar på grund av att dem har en beroendeproblematik. Det finns andra föräldrar som inte klarar av sitt föräldraskap på grund av andra omständigheter. Barnmorska II uttrycker det som att det är svårt för dessa kvinnor att få stöd i sitt föräldraskap eftersom de inte har den allvarligaste formen av beroende. Detta leder till att det blir svårt att utforma insatser för dessa kvinnor då de utgör en speciell grupp. Hon uttrycker det som att det finns för få verksamheter där man kan få ett stöd utan att detta blir stigmatiserande.

Det har från intervjuerna framkommit att en del av de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna med beroendeproblematik som de arbetar med, är en grupp som inte har den allvarligaste formen av beroende vilket leder till att det är svårt att utforma insatser då de inte tillhör den verksamhet som arbetar med svårare beroendeproblematik samt att de inte kan få rätt stöd i en "vanlig" verksamhet. Barnmorska II tar upp som ett exempel att vissa spädbarnsmödrar inte har tillräckligt svår problematik för insatser samtidigt som de inte kan få stödet tillgodosett i en vanlig öppen förskola. Detta uttrycker hon leder till att de faller mellan stolarna.

### 5.5.2 Falla mellan stolar

Det som vi kan se är genomgående i vårt empiriska material är att de yrkesverksamma strävar efter samma mål; att den gravida kvinnan ska bli alkohol-och narkotikafri och att barnet ska födas utan skador som kan uppstå i samband med mammans beroende, samt att kvinnorna ska upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap. Intervjupersonerna strävar mot samma mål men upplever att klientgruppen inte alltid fångas upp. De anger olika anledningar till varför detta sker. Barnmorska I uppger att en anledning är att mycket tid går åt att se till så att kvinnan har hamnat rätt. Barnmorska II anser att socialtjänsten i sina utredningar bedömer att den insats som dem beslutat om är tillräcklig, medan hon själv anser att kvinnorna behöver

ett fortlöpande stöd under en längre tid eftersom kvinnorna tenderar att släppa på föräldraskapet efter graviditeten.

Sjuksköterskan uttrycker att socialtjänsten släpper kvinnorna för snabbt när det går bra för dem och nöjer sig med det. Kvinnorna ska höra av sig om de behöver hjälp och oftast gör dem inte det och då finns där inte någon som fångar upp dem när det går överstyr. Hon betonar att det kan förstås utifrån att de har olika uppdrag och därför inte alltid delar samma bild. Socionom II uppger att det borde vara fler kvinnor som hänvisas till dem från socialtjänsten samt att det är svårt att fånga upp föräldrar som säger tvärt nej till stöd och hjälp. Hon uppger även att en annan anledning kan vara att man på socialtjänsten inom de olika stadsdelarna gör egna tolkningar av socialtjänstlagen. Som socialarbetare har man utrymme till att göra egna tolkningar av lagen (Svensson, Johnsson & Laanemets 2014, s. 16-17). Detta kan ses som en problematik då utrymme för tolkning kan leda till att kvinnorna faller mellan stolarna. Socionom I anger att efter att man startade verksamheten där hon arbetar så upptäckte man att det inte fanns något stöd efter graviditeten och att många kvinnor återföll i missbruk. Därför beslutade man om att starta stöd i form av mammagrupper, babysim och babycafé.

Socialpedagogen berättar:

”Det finns stöd och hjälp för alla... sen är det ibland så att det kan hamna mellan stolar, familjer flyttar och man kan tycka olika som barnhandläggare och vuxenhandläggare, ekonomin kan också styra. Sen döljer många föräldrar sitt missbruk... det ska långt till innan en kvinna själv ber om hjälp då hon ofta tror att om hon blottar hela sin problematik får hon sina barn omhändertagna... det är ofta när det har hänt allvarliga saker och ting som det kommer till kännedom och man måste göra någon form av insats”

Anledningarna som anges skiljer sig åt och detta kan ses utifrån att de yrkesverksamma inom sin egen verksamhet har sin speciella doxa. Samtliga arbetar med gravida kvinnor med beroende och detta kan sägas utgöra ett fält. Varje fält kännetecknas av egna regler, rutiner och föreställningar om hur man ska agera inom verksamheten (Järvinen 2013, s. 283-284). Därför blir det naturligt att man tänker olika kring samma situation även om man strävar efter samma mål. Detta kan förklara varför intervjupersonerna anser att vissa kvinnor faller mellan stolarna. Trots att det yrkesverksamma nätverket har ett gemensamt mål så har de olika syn på samma situation som kan förklaras utifrån att de har olika positioner i fältet och bär med sig olika kunskaper och erfarenheter. Flertalet av intervjupersonerna anger att socialtjänsten

tenderar att brista i att fånga upp dessa kvinnor vilket kan bero på att socialtjänsten inte delar samma bild som intervjupersonerna själva. Att man inte delar samma bild kan vara anledningen till att socialtjänsten inte fångar upp och släpper dessa kvinnor för tidigt, vilket i sin tur kan bero på att de saknar den specialistkompetens som intervjupersonerna har. Socialtjänsten har en benägenhet att lägga över ansvaret på kvinnan om att det är hon själv som ska söka om hjälp och stöd, men det framkommer att detta ytterst sällan sker. Detta kan bero på kvinnans negativa inställning och brist på tillit till sociala myndigheter och sjukvård. Att kvinnan inte söker hjälp kan även bero på rädslan för myndighetsutövare och vad som skulle kunna hända om hon söker hjälp.

I SOU 2011:35 redovisas en missbruksutredning som bland annat visar på att otydligt ansvar mellan landsting och kommun kan leda till konsekvenser för den enskilde. Vidare tar man upp att specialistkompetens är nödvändigt i arbetet med specifika klientgrupper samt att tillgängligheten till specialistvården är begränsad (ibid, s. 109-111). Utifrån vad intervjupersonerna uttryckt kring deras upplevelser av samarbetet med socialtjänsten så kan vi se att det har betydelse för om man fångar upp kvinnorna. Dessa faktorer som nämnts ovan i detta avsnitt kan vara anledningar till att gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik faller mellan stolarna.

## 6. Slutdiskussion

I vår analys kom vi genom våra frågeställningar fram till att bemötandet är betydelsefullt i mötet med kvinnorna samt att ärlighet och tydlighet är viktigt för att kunna utveckla en god relation. En god relation har en avgörande betydelse för om kvinnan kan ta till sig stödet som ges. Samverkan är en central del i vår studie och samverkan mellan yrkesverksamma i det stödjande nätverket framkommer som en nödvändighet i arbetet med dessa kvinnor. Det stödjande nätverkets samverkan med socialtjänsten hamnar i fokus på grund av att bristerna och anledningarna till dessa lyfts fram. I analysen framkommer det att dessa kvinnor behöver ett långsiktigt stöd för att kunna upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap. Det framkommer att detta stöd från samhället inte är tillräckligt vilket leder till att dessa kvinnor faller mellan stolarna. Det framkommer även att specialistkompetens i det stödjande nätverket är oerhört viktigt i arbetet med dessa kvinnor.

Innan vi påbörjade denna studie hade vi ett annat ämnesval som vi ville undersöka. Detta ämnesval var hur yrkesverksamma resonerar kring tillämpning av LVM på gravida kvinnor med beroendeproblematik. Vi hade en idé om att intervjua socialsekreterare men hade svårigheter med att hitta personer som hade erfarenhet av detta. Då vi insåg att det var svårt att hitta intervjupersoner till detta så valde vi en annan inriktning på ämnesvalet. Vår nya inriktning efter förslag från handledaren blev att undersöka på vilket sätt professionella involverar mor- och farföräldrar i arbetet med gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroende. Vi kontaktade verksamheter där vi tänkte oss att yrkesverksamma kunde komma i kontakt med denna målgrupp. Men även detta visade sig vara näst intill omöjligt, då dessa inte involverade mor- och farföräldrarna i deras arbete.

Därefter började vi om på nytt och insåg att vi glömt bort en viktig målgrupp, nämligen dem blivande fäderna med beroende. Vi började vårt sökande efter intervjupersoner på nytt men detta gav heller inte något resultat. Det finns relativt lite forskning om dessa ämnesval som vi nämnt och därför ansåg vi att det skulle vara intressant och lärorikt att undersöka. När vi sedan började med denna studie så fann vi även här problem med att hitta lämpliga intervjupersoner men lyckades till sist hitta intervjupersoner som var villiga att ställa upp och som hade erfarenhet av det vi avsåg att undersöka.

Något som vi fastnade för är att missbruksutredningen från SOU 2011:35 visar på samma saker som vår studie gör, dock fem år senare. Hur kommer det sig att dessa brister som uppmärksammades i missbruks- och beroendevården under utredningen fortfarande är oförändrade? I utredningen framkom det att vården genast måste ändras då det fanns stora brister i tillgängligheten och samordningen. I vår studie har det framkommit att det fortfarande finns stora brister då specialistvården är begränsad och det finns få verksamheter där man kan få stöd i att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap samt att samverkan mellan de yrkesverksamma inte alltid fungerar.

Tankar och funderingar som väckts hos oss under studiens gång är att bilden av att missbruk och barn inte hör ihop, fortfarande lever kvar i samhället. Det finns föräldrar som inte klarar av föräldraskapet på grund av andra orsaker men dessa föräldrar lyfts inte fram lika tydligt. Under studiens gång har vi blivit allt mer medvetna om att det är viktigt att arbeta med föräldraskapet och inte enbart se missbruket. En annan sak som vi reagerade på i vår studie är att dessa kvinnor ofta faller mellan stolarna, hur är det möjligt att dessa kvinnor som har

kontakt med det yrkesverksamma nätverket inte fångas upp? Vi ställer oss även frågan om hur det kommer sig att de kvinnor som fångas upp släpps alldeles för tidigt trots behovet av ett långsiktigt stöd i att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap.

Under denna studie har det väckts andra idéer och förslag på andra inriktningar inom området att utforska. Vårt förslag till vidare forskning är att undersöka huruvida de gravida kvinnorna och spädbarnsmödrarna med beroendeproblematik upplever att de får stöd i att upprätthålla ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap. Ytterligare ett förslag till vidare forskning är att undersöka vår studies syfte men utifrån yrkesverksamma inom socialtjänsten. Detta för att undersöka om resultatet hade stämt överens med vår studies resultat.



## 7. Referenslista

Andersson, Gunvor och Swärd, Hans (2008) Etiska reflektioner. I Meeuwisse, Anna och Swärd, Hans & Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (red.) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Natur och Kultur.

Bengtsson, Anna-Bodil & Gavelin, Ingegerd (2004) *Familjer och Missbruk. Om glömda barn och glömda föräldrar*. Visby.

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 2:3. Malmö: Liber.

Copoeru, Ion, Moldovan, Sebastian, Argehorghiesei, Daniela Tatiana, Ciuhodaru Tudor, Seghedin, Elena & Iorga, Magdalena (2013) The Inter-Agency Cooperation in Health Care and Social Services for substance misuse and Addiction in Romania. *Revista de Asistentia Social*, anul XII, nr. 2/2013, pp. 125-133.

Economidoy, Electra, Klimi, Amalia, Vivilaki, Viktoria.G (2012) Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal, Volume 6, Issue 1*.

Eriksson Zetterquist, Ulla och Ahrne, Göran (2011) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Fowler, Cathrine, Rossiter, Chris, Sherwood, Juanita & Day, Carolyn (2015). New Understanding of Mothering: Mothers in an Abstinence-Based Drug Treatment Program. *Int J Ment Health Addiction* 13:173-184.

Goffman, Erving (2009) *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Norstedts Förlagsgrupp AB.

Goffman, Erving (2014) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Studentlitteratur AB, Lund.

Järvinen, Margaretha (2013) Ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system. I Meeuwisse, Anna och Swärd, Hans (red). (2013). *Perspektiv på sociala problem*. Natur & Kultur, Stockholm.

Miles, Maureen, Chapman, Ysanne, Francis, Karen & Taylor, Beverly (2014) Midwives experiences of establishing partnerships: Working with pregnant women who use illicit drugs. *Midwifery* 30:1082 – 1087.

Mirjamsdotter, Sofia (2015) *Missbrukare ramlar mellan stolarna när ingen vill ta ansvar*. [<http://www.st.nu/opinion/ledare/missbrukare-ramlar-mellan-stolarna-nar-ingen-vill-ta-ansvar>. Hämtat: 2016-01-02.]

Prentice, Sheena (2010) Substance misuse in pregnancy. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 20:9 278-283.

Silva, Sofia A, Pires, Antonio P, Guerreiro, Cristina & Cardoso, Antonia (2012) Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Health Psychology* 18 (3) 359-367.

Socialstyrelsen (2007) *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem*.

[[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8969/2007-107-19\\_2007107191.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8969/2007-107-19_2007107191.pdf). Hämtat: 2015-11-20.]

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

[<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>. Hämtat: 2015-11-20.]

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

Svensson, Peter och Ahrne, Göran (2011) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Svensson, Kerstin, Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2014) *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Natur & Kultur, Stockholm.

Sveriges Radio (2011) Bristande vård för gravida med missbruk.

[<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=4836937>. Hämtat: 2016-01-02.]

Swärd, Hans och Starrin, Bengt (2006) Makt och socialt arbete. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd (red) *Socialt arbete: en grundbok*. Natur och Kultur, Stockholm.

Trulsson, Karin (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält. Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Kfs AB, Lund 2003.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskap*. [<http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>. Hämtat: 2015-11-26.]

Wirbing, Peter & Liria Ortiz (2014) *Riskbruk & beroende-beroendelära för socialtjänsten*. Gothia Fortbildning AB, Stockholm.

Wright, Alison & Walker, James (2007) Management of women who use drugs during pregnancy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 12, 114e118.

# Bilaga 1

## Informationsbrev

Helsingborg 5 november 2015

Hej,

Våra namn är Meliha Dimiraca och Maja Kujundzic, vi är studenter på Socialhögskolan vid Lunds universitet. Vi går just nu på termin 6 och ska skriva vår C-uppsats som ska handla om hur professionella resonerar kring samverkan med det professionella nätverket i arbetet med gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med beroendeproblematik samt hur stödet för att upprätthålla ett alkohol-och narkotikafritt föräldraskap ser ut. Med beroendeproblematik avser vi alkohol och narkotika. Vi är intresserade av att undersöka hur professionella resonerar kring arbetet med blivande mödrar både under deras graviditet samt under den första tiden efter graviditeten. Då du arbetar med personer med beroendeproblematik har vi tillfrågat dig om en intervju.

Vi uppskattar att intervjun kommer att pågå ca 45 min- 1 timme. Intervjun kommer att spelas in på band för att sedan skriva ut den och använda relevanta delar i vår uppsats. Intervjumaterialet kommer under studiens gång att förvaras oåtkomligt för andra obehöriga för att sedan förstöras efter att studien blivit godkänd för publicering.

Deltagandet är givetvis helt frivilligt och din medverkan kan avbrytas när som helst. Du kommer i uppsatsen att vara anonym och materialet kommer enbart att användas i vår C-uppsats och sedan kommer det att arkiveras vid Lunds universitet.

Har du några frågor får du gärna kontakta oss eller vår handledare via mejl eller telefon.

### **Meliha Dimiraca**

E-post

Mobilnummer: xxxx

### **Maja Kujundzic**

E-post

Mobilnummer: xxxx

### **Handledare:**

**Eva-Malin Antoniusson**

E-post: xxxx

# Bilaga 2

## Intervjuguide

### **Inledande frågor**

- Skulle du vilja börja med att berätta lite om din bakgrund och vad du har för utbildning?
- Hur länge har du arbetat i denna verksamhet?
- Vad tycker du är det bästa med ditt arbete?

### **Arbetsätt**

- Hur kommer blivande och nyblivna mödrar med beroendeproblematik i kontakt med dig?
- Hur arbetar du med målgruppen?
- Vad tycker du fungerar bra och vad fungerar mindre bra i ditt arbete med målgruppen?
- Arbetar du med föräldraskapet hos målgruppen? Om ja, hur arbetar du med detta? Om nej, är det något du skulle vilja utveckla och arbeta med?
- Hur upplever du att ditt arbete med föräldraskapet hos målgruppen fungerar?
- Vilka svårigheter upplever du finns i ditt arbete med föräldraskapet hos målgruppen?
- Tycker du att ditt arbete med föräldraskapet skulle kunna utvecklas ytterligare? Om ja, på vilket sätt?
- Strävar du i ditt arbete efter ett alkohol- och narkotikafritt föräldraskap hos dina klienter? Om nej, vad strävar du efter i ditt arbete?

### **Föräldraskap kontra missbruk**

- Vad är ett bra föräldraskap för dig?
- Ligger fokus i ditt arbete på föräldraskapet eller på beroendeproblematiken?
- Vad är målgruppens syfte och mål med att vända sig till dig?
- Anser du att det är viktigt att arbeta med föräldraskapet hos målgruppen? Om ja, varför är det viktigt? Om nej, vad anser du är viktigt att arbeta med?

- Hur ser du på omsorgsförmågan hos mödrar med beroendeproblematik?
- Upplever du att målgruppen stöter på svårigheter i arbetet med dig? Om ja, vilka svårigheter?

### **Efter graviditeten**

- Arbetar du med målgruppen efter graviditeten? Om ja, på vilket sätt?
- Anser du att det är viktigt att följa upp mödrar efter graviditeten? Om ja, varför är detta viktigt?
- Upplever du att nyblivna mödrar med beroendeproblematik får tillräckligt med stöd från samhället för att kunna få hjälp med sitt föräldraskap trots sin problematik?
- Hur ser ni på anmälningsplikten i ert arbete?

### **Verksamhet och utbildning**

- Är alla era insatser frivilliga?
- Har du någon samverkan med organisationer utanför den egna verksamheten?
- Har du någon utbildning om hur man arbetar med målgruppen?