

EXAMENSARBETE

Vårterminen 2012

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Socionomprogrammet

Socialtjänsten och mödrahälsovårdens arbete och samarbete kring gravida risk- och/eller missbrukare

Författare

Sanne Abrahamsson

Handledare

Weddig Runquist

Examinerande lärare

Sven-Erik Olsson

Abstract

Title: *The social and maternal health care cooperation on pregnant who has risk or abuse of alcohol and/or drugs.*

Author: Sanne Abrahamsson

Supervisor: Weddig Runquist

Education: Social work program, spring 2012, Kristianstad University

The aim with my study is to highlight, illuminate and examine the social and maternal health care motivational work of pregnant women with a risk or abuse of alcohol and / or drugs, and what actions can be considered for these women. In addition, the aim is to explore how social services and maternity care might interact in this type of case. The aim is to convey the subjective experience of each of the interviewees. For the purposes of this study, I have chosen to use the qualitative research method. I have interviewed social workers in individual and family care, and midwives.

Study interview results show that pregnant misusers priority for both maternity care and social services. By the AUDIT, conducted by the maternal health care, shows that the woman has a risk and / or abuse woman offered a variety of activities that may be in the form of talks, drug testing and treatment. Cooperation is the key to success in this motivational work, and it's mainly collaboration between social services, maternal health and child health care.

Cooperation seems to work fine, but could be improved with more time and more staff.

Keywords: pregnancy, drug misusers, social workers, midwives

Förord

Jag vill tacka de kontaktpersoner som har tagit sig tid att svara på mail och ställa upp på mina intervjuer. Utan er hade det inte blivit någon undersökning.

Jag vill tacka min handledare Weddig Runquist för ett bra handledarskap.

Till sist vill jag även tacka mina nära och kära som har uppmuntrat mig och bidragit med tankar kring min undersökning samt korrekturläsning.

Sölvesborg 12 september 2012

Sanne Abrahamsson

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
1.1 Bakgrund	6
1.2 Problemformulering	8
1.3 Syfte och frågeställningar	8
1.4 Avgränsningar	9
1.5 Undersökningens relevans för socialt arbete	9
1.6 Uppsatsens disposition	10
2 Definition av vissa begrepp	11
3 Aktuellt kunskapsläge	12
3.1 Fosterskador av alkohol och narkotika	12
3.2 Mödravården och riskdrickarna	13
4 Teoretiska utgångspunkter	16
4.1 Empowerment	16
4.2 Systemteori	17
5 Metod och metodologiska överväganden	18
5.1 Val av metod	18
5.2 Intervjuer	19
5.3 Metoddiskussion	20
5.4 Urvalsprocessen	23
5.4.1 Mina undersökningskommuner	23
5.5 Genomförandet av intervjuerna	24
5.6 Artikel- och litteratursökning	25
5.7 Bearbetning av data	26
5.8 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet	27
5.9 Forskningsetiska övervägande	28

6 Resultat och analys	31
6.1 Inledning	31
<i>Socialsekreterare</i>	
6.2 Arbetsmetoden med gravida missbrukare	32
6.3 Tvångslagstiftningen.....	34
6.4 Samarbetet mellan olika verksamheter	35
6.5 Tankar kring framtiden	36
<i>Barnmorskor</i>	
6.6 Arbetsmetoden med gravida missbrukare.....	37
6.7 Tvångslagstiftningen.....	42
6.8 Samarbetet mellan olika verksamheter	43
6.9 Tankar kring framtiden	43
7 Diskussion	45
7.1 Resultatdiskussion	45
7.2 Förslag på framtida forskning	46
8 Slutord.....	48
Referenslista	49
Bilaga 1- Informationsbrev	51
Bilaga 2- Frågeschema Barnmorska.....	52
Bilaga 3- Frågeschema Socialsekreterare.....	54

1 Inledning

Anledningen till mitt val av detta ämne var nyfikenhet och intresse av att få en närmare inblick på gravida missbrukare. Mitt intresse har växt genom att höra diverse berättelser inom detta område och därmed vill jag veta mer ingående vilken hjälp som erbjuds kvinnor som har risk eller missbruk men ändå väljer att behålla sitt barn.

1.1 Bakgrund

Undersökningar visar att missbruket har ökat och att fler omhändertagande sker av män men också att kvinnors alkoholvanor har ökat nästan till männens nivå. Andelen kvinnor omhändertagna för fylleri har till exempel stigit under 2000-talet. Andelen kvinnor misstänkta för trafiknykterhetsbrott har ökat mellan 1984 och 2009 och när det gäller alkoholrelaterad slutenvård har andelen kvinnor stigit; under 2000-talet har de utgjort en fjärdedel (CAN 2010).

Nästan samtliga blivande mödrar har kontakt med mödrahälsovården under sin graviditet. Redan på det stadiet aktualiseras det oftast om kvinnan har en riskkonsumtion eller ett missbruk. Det är mödrahälsovårdens hantering av dessa kvinnor som har intresserat mig. Under en längre tid har det varit diskussioner om att med stöd av LVM (Lag (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall) kunna tvångsomhänderta missbrukande gravida kvinnor om de äventyrar det kommande barnets hälsa.

För att en person ska bli aktuell för vård enligt LVM krävs att vissa kriterier är uppfyllda, vilka anges i LVM 4 §. Det krävs att personen till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att upphöra med missbruket och att den vården inte kan tillgodoses på frivillig väg. Utöver det finns det tre specialindikationer där en av dem måste vara uppfyllda för att tvångsvård ska genomföras. Tvångsvård kan alltså bli aktuell om personen:

1. Utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara.
2. Löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller.
3. Kan befaras att till följd av missbruket komma allvarligt skada sig själv eller närstående.

Det är den sista specialindikationen som blir intressant för mig i min undersökning. I Socialstyrelsens riktlinjer för LVM står att läsa att i begreppet närstående tillhör inte ofödda barn (SoSFS 1997:6). Detta har diskuterats sedan lagen om tvångsvård infördes 1982. I statliga utredningar har det utretts om nödvändigheten och/eller möjligheten att ändra i tvångslagstiftningen till skydd för det ofödda barnet. Resultatet har dock blivit att inget beslut till förändring har skett av olika skäl.

Det finns undersökningar som visar att mödravården har svårt att identifiera de kvinnor som har en riskkonsumtion under graviditeten men att de med hjälp av några enkla verktyg skulle kunna identifiera fler som befinner sig i riskzonen. I statens utredningar framgår att samarbete mellan Socialstyrelsen och mödravården är viktig för att kunna ge stöd åt kvinnor med missbruksproblem.

Något som är väldigt intressant är att det i svensk lag finns olika syn på fostrets status och rätt till skydd. När man diskuterar kring fostrets ställning i LVM är det skillnaden till abortlagen som blir tydligast där kvinnan har rätt att adoptera bort fostret upp till 18:e graviditetsveckan och där fostret räknas som en individ under utveckling och som en del av kvinnans kropp.

I slutet av maj 2009 presenterade Socialdepartementet promemorian *insatser för en alkohol- och- narkotikafri graviditet* (Ds 2009:19). Där föreslås bland annat att åtgärder ska vidtas för att kunna erbjuda gravida kvinnor med missbruksproblem och gravida kvinnor med så kallad förhöjd risk den vård de behöver tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet. Utvecklingen och anpassningen av verksamheten vid SiS institutioner bör ske när det gäller vården efter förlossningen. En gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av ett fortgående missbruk av alkohol eller narkotika utsätter sitt ofödda barn för påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket. Vården av en gravid kvinna som beretts vård med stöd av LVM, till skydd för sitt ofödda barn ska få pågå under hela graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse. Lagen förväntades att träda i kraft den 1 juli 2010.

Reaktionerna och inställningarna till förslaget var olika. Justitieombudsmannen och kammarrätten i Stockholm var två av dem som avvisade den föreslagna lagändringen. De beförde att man ”underskattat problemet” med att de missbrukande kvinnorna kanske istället undviker all kontakt med vården. De framhåller även att det inte finns några fastställda gränsvärden för allvarliga skador. Däremot argumenterade till exempel Stockholm läns

landsting och Folkhälsoinstitutet för detta förslag och menar att ”i avvägningen med moderns rätt till självbestämmande och viss risk för rättsosäkerhet tar ändå skyddet för det ofödda barnet över”, enligt justitieombudsmannen och kammarätten.

Detta resulterade i att lagen i varje fall ännu inte har ändrats på det sätt som föreslogs i departementspromemorian. Anledningen till detta sägs vara på grund av oklarheter om riskgränser, främst när det gäller effekterna av kvinnans alkoholkonsumtion. Ett ytterligare motargument har varit fostrets oklara rättsställning, och de problem som uppstår när kvinnan och fostrets rättigheter ska vägas mot varandra. Vidare har påpekats att en tvångslag skulle kunna skrämja bort gravida kvinnor från mödrahälsovården (Stenius 2009).

1.2 Problemformulering

Gällande lagstiftningar som särskilt rör barn understryks vikten av att barn kommer till tals och att det alltid ska tas hänsyn till barnets bästa. I dagens samhälle finns det fortfarande barn som föds med missbrukande föräldrar, dessa barn har ingen chans till talan och det är de vuxna människornas ansvar och val som spelar roll för barnets framtid. Därför kan det vara intressant att undersöka hur de professionella arbetar och samarbetar kring de gravida missbrukarna för att förebygga detta problem samt vilka olika alternativ till hjälp kvinnan kan få från socialtjänsten och mödrahälsovården.

1.3 Syfte och frågeställningar

Mitt övergripande syfte är att undersöka socialtjänsten och mödrahälsovårdens arbete med kvinnor som har ett risk- eller missbruk av alkohol och/eller narkotika, samt vilka insatser som kan komma ifråga för dessa kvinnor. Därigenom vill jag även se hur samarbetet ser ut mellan socialtjänsten och mödrahälsovården.

Följande frågor kommer jag beröra;

- Hur arbetar mödrahälsovården och socialtjänsten med kvinnor som under graviditeten har ett risk- eller missbruk vad gäller alkoholkonsumtion och/eller narkotika?
- Hur ser samarbetet ut mellan socialtjänsten och mödrahälsovården?

1.4 Avgränsningar

Studiens avgränsningar avspelar sig i urvalet och har sin grund i mitt syfte och frågeställningar. Den gemensamma nämnaren i undersökningen är gravida missbrukare. Intresset har varit professionellas relation och möte med denna grupp kvinnor. Begränsningen kan ses i att det ska röra sig om kvinnor som har ett risk- eller missbruk när det gäller alkohol och narkotika. Jag är medveten om att det finns andra bruk som kan orsaka fosterskador, till exempel rökning. Ett annat problem är också barn som växer upp i en miljö med missbrukande föräldrar. Dessa är också stora och viktiga frågor men berörs inte här.

Jag har valt att inte intervjua några klienter, dels för att det är ett känsligt ämne för personen i fråga och dels för att det hade blivit alltför omfattande och tidskrävande.

Studiens underökningsområde har avgränsats till två mindre kommuner i södra Sverige. Detta för att det blev positivt både praktiskt och ekonomiskt sett. Mitt huvudsakliga mål var att undersöka två socialsekreterare och två barnmorskor, en i varje kommun, för att sedan kunna analysera och jämföra resultatet. Dock blev det inte lätt att få tag i en andra socialsekreterare som ville ställa upp på en intervju, vilket resulterade i att det endast blev tre intervjuer i slutänden.

1.5 Undersökningens relevans för socialt arbete

Denna undersökning är viktig inom socialt arbete på många punkter. Barn är individer som socialarbetare ska lägga stort fokus på, det är samhällets viktigaste grupp som ska bygga framtiden. Barn har ofta inte en chans att få fram sina åsikter utan blir styrda av de vuxna tills de blir myndiga. Det gäller att barn redan från första start får den stadiga och friska grund som behövs för en trygg och bra uppväxt.

Specificerat till frågeställningarna kan vi se att områden som rör människor i utsatta situationer, också är områden där socionomer kommer arbeta. Därför är det relevant att få en förståelse för de arbetsformer som rör gravida kvinnor som missbrukar och på så vis kunna möta denna problematik på ett professionellt sätt.

1.6 Uppsatsens fortsatta disposition

För att uppsatsen ska vara lättläst kommer här en kort sammanfattning om uppsatsens upplägg och respektive kapitel. I kapitel två beskriver jag de definitioner och förkortningar av förekommande begrepp. I kapitel tre tar jag upp tidigare forskning och vad andra forskare har kommit fram till, då en del forskning har gjorts tidigare gällande skadeverkningar på fostret. I kapitel fyra kan ni läsa om det aktuella kunskapsläget kring gravida missbrukare. I kapitel fem skriver jag om teoretiska utgångspunkter. Kapitel sex tar upp mitt val av metod och de metodologiska överväganden som jag ställts inför. Här beskrivs bland annat hur jag gått tillväga, urval, genomförande samt de forskningsetiska överväganden som jag tagit hänsyn till. I Kapitel sex presenterar jag studiens resultat och analys. I kapitel sju kan ni läsa min avslutande diskussion och i kapitel nio skriver jag mitt slutord. Avslutningsvis skriver jag mina referenser samt bifogar informationsbrev och de två olika frågescheman.

2 Definition av vissa begrepp

Alkohol och andra droger: Vid användning av begreppet droger innebär det främst alkoholhaltiga drycker samt narkotikaklassade ämnen.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test, är ett gallrings- eller screeninginstrument inom alkoholområdet. Inom bland annat hälso- och sjukvården används AUDIT som en metod för att identifiera personer med tidiga alkoholproblem.

Riskbruk: Riskbruk i denna text avses vara de kvinnor som har 6 poäng eller mer när de besvarat AUDIT. Risken med denna poänggräns (som är den vanligaste) är att den också inkluderar personer utan svårare alkoholvanor. När man värderar raden av risk är nivån och mönstret i alkoholvanorna liksom även andra faktorer som till exempel familjehistorien viktig att ta hänsyn till.

Missbruk: Ett missbruk är i detta fall en användning av droger som anses skadlig. Oftast är den missbrukande personen beroende av ämnet den missbrukar även om den i många fall inte vill erkänna detta. Det finns många typer av missbruk, men här handlar det om alkoholmissbruk och drogmissbruk. Det ger ofta hälsoproblem och negativa sociala konsekvenser. Inom sjukvården delar man in missbruket i definierat missbruk; skadligt för fysiken, psykiska hälsan eller fysiologin eller andra gruppen som är beroende. Även termen riskbruk används inom sjukvården för att definiera ett riskabelt bruk av alkohol, där personen inte uppfyller kriterier för vare sig missbruk eller beroende.

3 Aktuellt kunskapsläge

I detta kapitel redogörs dels för en del av den forskning som finns om alkohol och narkotikakonsumtion och vilka skador det kan ge på fostret under graviditeten. Dels en redogörelse för tidigare forskning som består av en avhandling som Göransson (2004) skrivit om mödrahälsovårdens arbete med gravida som brukar alkohol.

Det visade sig tidigt i min studie att det var svårt att få tag i vetenskapliga studier som specifikt berör vilken hjälp gravida missbrukare kan tillgå samt hur samarbetet mellan socialtjänsten och mödrahälsovården ser ut. Jag har dock funnit en del rapporter i närliggande områden för min studies ämne.

3.1 Fosterskador av alkohol och narkotika

Vad som är viktigt att se till i kommande undersökning är just den faran som finns för både modern och fostret vid alkoholkonsumtion och brukande av narkotika. Det pågår fortfarande forskning för var "tröskelnivån" går för när alkoholen skadar fostret ligger, i dagens läge finns ingen nedre gräns för en "säker" alkoholkonsumtion varför kvinnor rekommenderas total nykterhet under graviditeten.

Men sen tidigare studier visar det att kombinationen graviditet och missbruk kan innebära allvarliga risker, en tidig upptäckt kan vara avgörande för barnets liv. Det som särskilt oroar är att alkoholkonsumtionen ökat bland kvinnor i åldern 26–36, den åldern då de flesta kvinnor blir gravida och får barn.

Förutom alkoholen så är narkotikamissbruket även en viktig del att nämna när det gäller negativa konsekvenser för fostret. Bruket av narkotika är kriminaliserat och därför gäller en generell nolltolerans. Det är viktigt att rehabilitera en missbrukande blivande mor och att man får modern till att söka professionell hjälp. Men under rehabiliteringen måste stor uppmärksamhet ägnas frågan om riskerna för fostret, såsom effekten av läkemedel måste räknas in.

En missbrukande moder kan ge risk för att moderkakan ska lossna, vilket gör att barnet föds för tidigt. Men skadorna kan också visa sig långt senare än under själva förlossningen. Forskning har visat att alkohol kan vara en orsak till fosterskador. Det är vid större intag av

alkohol som problem och skador kan uppkomma. För när du dricker alkohol går den dels via moderkakan direkt till fostret, och ut i fostervattnet som omger barnet. Fostrets lever är outvecklad och har svårt att bryta ned alkohol och därför påverkas fostret mer och under längre tid än mamman. De skador som kan uppstå på barnet när du dricker alkohol brukar delas in i tre grupper: Tillväxthämning, hjärnskador och avvikande utseende. Alkohol skadar fostrets växande nervceller i hjärnan. Barnet kan också få hjärninfarkter, det vill säga blodpropp i hjärnan, och hjärnblödningar. (Hjort 2004)

Det finns risker att fostret kan få beteende- och utvecklingsstörningar som överaktivitet, uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar samt nedsatt intelligens. Utöver beteendeförändringar så kan även yttre organ som ögonen ta skada.

Det finns en rad olika former av droger bortsett från alkohol som kan missbrukas. Cannabis, Heroin, Amfetamin, Kokain och läkemedel är bara några av de vanligast förekommande drogerna. Inte nog med att det påverkar kvinnan ifråga, alla dessa olika droger påverkar dessutom fostret negativt på ett eller annat vis. Missbruket av droger kan påverka direkt genom minskad blodcirkulation till livmodern, med det följer dålig fostertillväxt. Missbruket kan också påverka indirekt genom att försämra moderns hälsa, på grund av att hon inte får i sig viktiga näringsämnen under graviditeten.

Drogen heroin tillhör gruppen opiater. Alla opiater går med lätthet över till fostret och påverkar utvecklingen av fostrets hjärna. Det finns även en ökad risk för plötslig spädbarnsdöd vid missbruk av opiater, särskilt om de kombineras med tobaksrökning. Missbruk av mediciner som innehåller olika opiatsubstanser skapar beroende hos kvinnan. Efter förlossningen kan abstinens uppstå hos barnet i relativ stor utsträckning beroende på mängden opiat som gått över till fostret.

Vid användning av sprutor, så kallad intravenös injektion, följer alltid stora risker för smitta med gulsots- och HIV-virus eller infektioner med blodförgiftningsbakterier som kan skada både dig som är gravid och fostret på såväl kort som lång sikt (Socialstyrelsen.se).

3.2 Mödravården och riskdrickarna

Göransson (2004) har genomfört en studie kring gravida kvinnors alkoholkonsumtion och huruvida personalen på mödravårdcentraler MVC upptäcker de såkallade riskdrickarna.

Studien är utförd i Stockholm och den visade att 15 procent av de gravida kvinnorna drack så mycket att det fanns risk för fosterskador enligt internationellt uppsatta riktlinjer. De riktlinjerna säger att riskdrickande i samband med graviditet är att konsumera i snitt 70 gram alkohol i veckan, cirka en standarddrink om dagen - under minst två veckor eller att vid minst två tillfällen under graviditeten dricka stora mängder alkohol - 5 standarddrinkar eller 50-60 gram alkohol- på en gång. Inom denna riskdrickagrupp fann man en kärna, sammanlagt 10 procent av de gravida, där alkoholanvändningen tycktes vara kopplad till mer avancerade problem. Förutom en hög alkoholkonsumtion fram till och med sjätte graviditetsveckan, var många rökare, många hade erfarenhet av andra droger och samsjukligheten med andra psykiska besvär var hög. Riskdrickarna var annars ingen homogen grupp kvinnor utan det fanns kvinnor som hade ett problematiskt förhållande till alkohol och kvinnor med normalt alkoholintag som förvandlades till riskdrickarna när de blev gravida eftersom de förändrade sitt dryckesmönster.

Enligt ovan nämnd studie identifierades nästan ingen av dessa kvinnor av den vanliga mödravården. Göransson och hennes kollegor menar att med utan speciell metodik missas dessa kvinnor inom mödravården. En anledning till att mödravården missar så många riskdrickare tror Göransson är att många barnmorskor tycker att det är svårt att prata om alkohol med kvinnorna och att de inte vill oroa mammorna i onödan. Men enligt Göransson blir inte mammor som druckit alkohol innan de kanske visste att det var gravida oroliga, de är de redan och tycker därför det är skönt att prata om. Studien visar också att många drar ner på sitt alkoholintag när de får graviditeten bekräftad, i sjätte veckan.

Ett undantag var gruppen med de svåraste problemen, där denna förändring inte alls var lika påtaglig. Men det var först i samband med inskrivningen på MVC som kvinnorna helt upphörde med sittdrickande. Många anser att det är först då det blir på riktigt. Göransson menar att det är anmärkningsvärt att så många väntar så länge med att bli helnyktra, bland annat eftersom den stora majoriteten var planerade graviditeter där kvinnorna måste ha förstått tidigare att de väntade barn. Detta betyder att man måste överväga tidigare inskrivning hos mödravården anser Göransson så att kvinnorna tidigare kan få information kring riskerna med droger (Göransson 2004).

Dahlbergs studie visar att mödravården inte alls fångar upp riskdrickarna med sina screeningfrågor i journalerna. I studien användes två olika sorters screeninginstrument, Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) som innehåller tio frågor vilka kan ge

indikation på missbruk, det ger dock inga besked på hur stora mängder kvinnan druckit. För att kunna få ett mått på konsumtionen används ett annat verktyg, Timeline Followback-intervjuer (TLFB). Där får kvinnorna själva med hjälp av en kalender uppskatta sin egen dagliga alkoholkonsumtion bakåt i tiden. Om man i studien bara använt AUDIT hade man bara identifierat hälften av riskdrickarna, alltså behöver man, enligt studien, båda verktygen för att upptäcka denna grupp. Studien visar också att det är relativt enkelt för barnmorskorna att ta sig till detta redskap, en dags utbildning i att använda instrumentet har gjort att dessa barnmorskor sedan kunde upptäcka betydligt fler riskdrickare och de upplevde också att de fick ett verktyg att använda i samtalet med kvinnan.

Forskarna fann i studien en annan grupp kvinnor som tillhör lågkonsumenterna. Dessa identifieras som skötsamma, ofta välutbildade kvinnor som hade sitt drickande under full kontroll men som fortsatte dricka under hela graviditeten. Även om de inte kom upp i konstaterade risknivåer anser Göransson ändå att det är mycket anmärkningsvärt. Dessa kvinnor menade att den mängd de drack bara var nyttigt. Denna grupp kvinnor, menar forskarna, går att påverka med information (Dahlberg 2005).

4 Teoretiska utgångspunkter

En teori kan användas för att beskriva eller förstå ett specifikt fall. I kvalitativ forskning är det vanligt att teori är något som uppkommer ur insamlad empiri (Bryman 2011). När man använder ett induktivt sätt är teorin resultatet av en forskningsansats. Ett deduktivt tillvägagångssätt är motsatsen till induktivt, där man redan har en given teori som sedan skall testas mot empirin. Min forskningsansats kommer bli induktiv, jag börjar datainsamlingen utan en teori. Vissa menar dock att forskaren alltid bär med sig en förförståelse vilket därmed omöjliggör genomförandet av en helt förutsättningslös undersökning.

Inom det sociala arbetet har diskussioner förekommit angående teori, metoder och modeller. Vad är egentligen en teori och är det så att det används någon teori inom det sociala arbetet? En vedertagen definition av teori är att teorin ska kunna förutsäga ett händelseförlopp om de förhållanden som teorin bygger på. Vidare menas att en teori ska kunna förklara delar av verkligheten med olika begrepp som står i relation till varandra (Bernler & Johnsson, 2001).

Det finns ett flertal teorier och modeller som används inom det sociala arbetet, jag har valt ut två som jag ser relevanta för min undersökning.

4.1 Empowerment

Ett teoretiskt begrepp jag har valt att använda mig av i min studie är empowerment. Jag har, efter genomläsning av studiens resultat, förstått att både barnmorskor och socialsekreterare strävar efter att arbeta lösningsfokuserat och få sin klient att känna att hon själv har makt och delaktighet i sitt liv. Jag anser att empowerment är relevant att använda för studiens resultat och analys eftersom begreppet har fokus på makt och ökad delaktighet.

Strandberg (2011) beskriver att begreppet empowerment kommer från det latinska ordet *potere* som betyder *att kunna göra*. Empowerment-processer kan uppfattas på olika sätt från person till person. Ofta menar man med empowerment att det är något som ska få individer eller grupper att förbättra den situation de är i, och att människor har/får förmågor att påverka sitt liv och sin omgivning. En definition av empowerment är följande ”empowerment är alla de processer som ökar kvinnors och mäns ägarskap över sina liv, på individ-, grupp- och samhällsnivå”(ibid.). Enligt Payne (2008) och Strandberg (2011) är empowerment ett mångtydigt teoretiskt begrepp och kan användas i många olika sammanhang. Payne (2008) problematiserar empowerment och säger att begreppet används för att i andra teorier ta fram

självbestämmande och öppenhet för socialt arbete. Payne menar att empowerment strävar efter att öka nivån av makt och handlingsutrymme i individens liv. Detta kan uppnås genom att öka individens självförtroende och ge dem makt. Makt i detta sammanhang är inte något negativt, tvärtom. Payne menar att det är viktigt att poängtera att empowerment inte handlar om att ge makt åt människor, utan att hjälpa individen att själva ta makt. Alla individer ska ses ha förmåga och fokus ligger på människors rättigheter och lika värde, men även synliggörande av maktstrukturer och ett sätt att förändra dessa. Empowerment innehåller tre delar; styrka, kraft och makt, men också deltagande, stolthet, självtillit, delaktighet och egenkontroll. Det handlar om att se på människan som någon som själv vet vad deras problem är.

4.2 Systemteori

Systemteorin bygger precis som det låter på att se helheter utifrån den specifika individen. Öquist (2003) menar att systemteorin bygger på att se helheten och människan i det sammanhang där den är. Öquist menar att människan inte endast påverkas av sina egna livserfarenheter utan även påverkas och formas av det system människan lever i, alltså att människan påverkas av de individer som den har omkring sig så som vänner och släkt men även samhället i stort har en påverkan på människor så som kulturellt och socialt accepterade koder. Inom systemteorin finns en tanke om att de handlingar och tankar vi har är strukturerade utifrån en hierarkisk modell där den översta nivån är den styrande. Vidare menar Öquist då det gäller att förändra någons beteende att man inte kan inrikta sig på själva handlingen då den är grundad på en högre nivå. Öquist föreslår en lösning genom att föra in nya variabler i systemet och därmed ge människan större valmöjlighet och därmed bli förmögen att göra andra val i livet än vad den tidigare gjort. Tanken är inte att bryta ner systemet och bygga upp ett nytt system utan att alternera det redan befintliga. I systemteorin finns olika system som är till hjälp för en individ, för det första det sociala nätverket som kan bestå av vänner eller familj, för det andra system som finns i samhället så som socialtjänst och andra myndigheter och för det tredje system så som sjukhus (Payne 2008). Payne menar att det är socialarbetarens roll att underlätta för klienten att fullfölja sin mening med sitt liv, att genom råd och stöd utifrån systemteorin underlätta samspelet mellan de olika systemen i en persons liv.

5 Metod och metodologiska övervägande

I kapitlet som kommer redovisas vilken metod jag valt att använda och varför. Det kommer också innehålla hur jag gått tillväga för att hitta information och fakta kring det ämnet jag ska undersöka. Även förtjänster och begränsningar med den valda metoden samt urvalet av intervjupersonerna kommer beskrivas.

5.1 Val av metod

För att uttrycka sig enkelt kan metod beskrivas som ett tillvägagångssätt man väljer för att pröva och inhämta kunskap om verkligheten. Metoden är alltså ett redskap forskaren använder för att lösa problem och hitta ny kunskap (Thomassen 2007).

Kvantitativ och kvalitativ metod är det två alternativ som finns när en undersökning ska göras och för att få svar på frågeställningarna i undersökningen. Det som är typiskt för kvantitativa undersökningar är bland annat att de ofta inriktade på siffermässiga mätmetoder, det är forskaren som styr struktureringen i undersökningen, den är ofta mycket strukturerad för att forskaren ska kunna avgränsa begrepp och frågeställningar. Samt den kvantitativa forskaren vill att deras data ska kunna generaliseras till en relevant population. Kvalitativ metod är dess motpol, kvalitativa forskare använder sig av ord istället för siffror, det är deltagarnas perspektiv som är utgångspunkten i undersökningen, kvalitativ forskning brukar praktiskt taget alltid vara ostrukturerade för att man ska kunna komma fram till aktörens innebörder och begrepp som bygger på den empiriska informationen. Vad som också är typiskt för kvalitativa studier är att man strävar efter en förståelse av beteenden, värderingar och åsikter som har med undersökningens syfte att göra (Bryman 2011).

Då mitt syfte är att få en förståelse i hur arbetet och samarbetet kring gravida missbrukare ser ut, valde jag att använda den kvalitativa metoden. Kvalitativ forskning rymmer ett flertal mycket olikartade metoder. Deltagande observation, kvalitativa intervjuer, olika former av dokumentanalys samt fokusgrupper är fyra av dessa metoder. En forskare kan använda sig av flera olika metoder i samma undersökning, jag har valt att främst använda mig av kvalitativa intervjuer men kommer även samla in och analysera texter och dokument.

5.2 Intervjuer

Intervjuer är vanligt förekommande i den sociala världen, inte minst för att det finns många olika former av intervjuer. Intervjun är ett samtal mellan oftast två personer, då man kan se ett möte mellan två olika livsvärldar där syftet är att intervjuaren får beskrivningar som bidrar till en förståelse (Kvale 2009). Inom kvalitativa intervjuer finns olika former, några av dessa är strukturerade, semistrukturerade och gruppintervjuer. Bryman skriver att valet mellan ostrukturerad form av intervju och semistrukturerad styrs av en rad olika faktorer. Dessa ingriper bland annat aspekter som närheten och relationen mellan intervjuare och intervjupersonen, fokus i frågeställningen och antal forskare delaktiga i undersökningen (Bryman 2011).

I studien används semistrukturerade intervjuer som utgår från studiens problemformulering, syfte och frågeställningar. Målet är att intervjuerna ska likna samtal och respondenterna ska få utrymme att prata och ta plats. Grunden i samtliga intervjuer kommer vara densamma, ett frågeschema med på förhand färdigformulerade frågor. Det är mestadels öppna frågor och tanken med detta är att respondenterna kan prata och ge all deras information utifrån varje fråga. Under intervjun har det även ställts följdfrågor vilket gör att intervjun trots allt har haft en samtalsliknande karaktär. Följdfrågorna har ställts i syfte att förtydliga eller gå djupare in på respondenternas svar. Följden på frågorna i schemat har inte varit identiskt vid varje tillfälle, detta på grund av att något kommit emellan eller att jag känt att en viss fråga passat bättre att ställa vid ett senare tillfälle. På så sätt har intervjupersonen stor frihet att utforma svaren på eget sätt och frågeschemat ska ses som ett stöd. Frågorna i semistrukturerade intervjuer brukar oftast vara mer allmänt formulerade än vad som är fallet vid strukturerade intervjuer, vilket gör att man får flexibilitet och relativitet i mötet. Ledorden för semistrukturerade intervjuer är förståelse, kontext och process vilket ger möjlighet till att fundera över intervjupersonernas svar och ställa fler följdfrågor (Kvale 2009). Min undersökning rymmer olika fall, från två olika organisationer, och ur den synvinkeln är det fördelaktigt med en semistrukturerad intervjuform.

5.3 Metoddiskussion

Studien har genomförts genom kvalitativa intervjuer, vilket gav mig bra svar på frågorna i min studie och bidragit till ett bra material att arbeta utifrån.

Fördelar med kvalitativa intervjuer är många. Att genomföra en intervju går relativt snabbt, det ger ett brett och djupgående material och de flesta människorna ställer upp som respondenter. Vid intervjuer kan får intervjupersonen möjlighet att studera kroppsspråk, ansiktsuttryck samt gester som respondenterna uttryckt under intervjun, vilket kan vara betydelsefullt. Sådan information kan inte utnyttjas om jag skulle välja att göra undersökningen i form av enkäter eller telefonintervjuer. Andra nackdelar med telefonintervjuer är att det inte kan förekomma någon visuell respons från intervjuarens eller intervjupersonens sida det vill säga inga bekräftande kommentarer eller leenden (Mange Holme & Krohn Solvang 1997). Observationer var inte lämplig i min undersökning, en observation skulle vara en fördel om syftet varit att exempelvis observera hur mötet mellan en socialsekreterare och klient går till. Fokusgrupper är ett annat alternativ som finns. Det hade dock inte heller passat i min studie eftersom respondenterna inte kommer uppnå ett så stort antal personer, vilket gör att några diskussioner inte kommer ge mig bättre svar på mina frågor (ibid).

Ostrukturerade intervjuer baseras på intervjuguide, vilket innebär att det är en uppsättning teman och ställer ofta frågorna på ett formellt sätt. Denna typ av intervjuer rekommenderas till forskare som tidigare gjort undersökning eller är vana vid utföra intervjuer. Eftersom jag inte har tidigare kunskap så väljer jag det som kommer fungera för mig, semistrukturerad intervju (Bryman 2011).

Olika metoder kan däremot kombineras i en undersökning beroende på studiens syfte och frågeställningar. Inom forskningsmetodiken skiljer författare mellan kvantitativ och kvalitativ metod (Bryman 2011). Kvantitativ metod förknippas enligt Bryman med en vetenskaplig prövning av teorier och hypoteser, ett mer strukturerat förhållningssätt och en ”objektiv” syn på verkligheten. Den kvantitativa forskningen studerar ofta objekt och strävar efter att kvantifiera data. Då man vill undersöka stora populationer kan den kvantitativa metoden rekommenderas (ibid). Den här studien strävar dock inte efter att göra så många intervjuer om möjligt, utan söka efter detaljerade svar genom människors berättelser och erfarenheter. Den kvalitativa metoden har en mer ”subjektiv” syn på verkligheten. Den fokuserar på människors

uppfattningar och tolkningar om verkligheten i det sammanhang de befinner sig i, och det gjorde att mitt val föll på kvalitativa intervjuer som metod.

Kvalitativa metoder kan även ha vissa begränsningar. Begränsningar med att använda sig av intervjuer som metod för att nå kunskap är att det som forskaren hör respondenten berätta, tolkas av intervjupersonen. Ord och meningar kan ha olika betydelser och man kan tolka berättelser på olika vis, man kan aldrig riktigt vara säker på om man tolkat respondentens utsagor på felaktigt eller riktigt sätt (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011). Vad som är viktigt är att som intervjuperson vågar fråga respondenten om man har tolkat en viss berättelse på samma sätt som respondenten. För att undvika feltolkningar kommer jag att be respondenterna att utveckla sina svar om det är något jag tycker är otydligt. En ytterligare begränsning som finns när det gäller användandet av intervjuer är att det kan medföra endast ytliga kontakter som inte riktigt ger en djup kontakt med respondenten, intervjuaren kan ses som en tillfällig besökare. Det kan vidare ge effekter som att intervjusituationen kan ses som onaturlig och att man därmed kan bete sig annorlunda än vad man annars skulle. Det är också beroende från individ till individ hur väl man kan formulera sig och uttrycka sig i tal. En annan faktor som kan begränsa och som man får tänka på är bearbetningen av insamlat material. Det tar längre tid att transkribera och analysera det insamlade materialet än att göra själva intervjun (Kvale 2009).

Hermeneutik är viktigt, grunden ligger i att förstå hur människor uppfattar sin tillvaro och sig själva, för att vidare förstå varför de beter sig som de gör. Därigenom får intervjupersonen in subjektiv kunskap som sedan kan förmedlas vidare (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011).

Metodvalet gjorde att frågeställningarna i undersökningen besvarades på ett bra sätt. Med hjälp av inspelning på mobilen blev svaren bevarade för att vid ett senare tillfälle kunna analyseras. Anteckningsblock och penna hade jag med mig vid sidan men det kom inte till användning vid något tillfälle. Varje intervju tog cirka 30 minuter, vilket var vad jag räknat med och som var angivet i informationsbrevet till respondenterna. Det var en bra metod för att kunna djupdyka i vissa frågor och ta lättare på vissa frågor som man kände inte gav så mycket svar. De Frågescheman som jag använde mig av kändes väl utformade och de frågor som var med belyste de viktiga delarna som jag ville ha svar på och mer kunskap om.

5.4 Urvalsprocessen

Innan intervjuerna utförs måste ett urval av respondenter göras. Urvalet är till för att minska ner sina intervjupersoner så att det blir personer som har kunskap om det området som ska beröras. Urvalet måste vara väl noga förberett, tillvägagångssättet beror på vilken kunskap man är ute samt vilka praktiska möjligheter man har att få dem (Hartman 2009).

Respondenterna som har medverkat i min studie består av två barnmorskor och en socialsekreterare. De kommer från två olika kommuner och är verksamma inom socialtjänsten och mödrahälsovården.

I ett målinriktat urval är det den/dem som utför studien som formar sitt urval. Forskaren bestämmer vilka som ska delta i undersökningen utifrån studiens aktuella problemområde och syfte (Bryman 2011).

I mitt urval av respondenter har jag använt mig av ett målstyrt urval och vänt mig till de socialförvaltningar samt mödrahälsovården som tydligast hade en överensstämmelse med mitt syfte och mina frågeställningar, med andra ord personer som i sitt arbete träffar på gravida missbrukare. Det har funnits svårigheter att få tag i respondenter som har kunskap på just detta område. Jag var i kontakt med tre stycken till utöver mina nuvarande respondenter, två socialsekreterare och en barnmorska, men de tackade nej till intervju med orsak att de inte tyckte att de besatt tillräckligt med kunskap för att ge mig ett bra material till min undersökning.

I mitt urval har jag geografiskt valt att begränsa mig till rimligt avstånd från mitt lärosäte, vilket resulterade i två kommuner i södra Sverige. Fördelar för mig var att intervjuerna inte blev någon belastning ekonomiskt och de gick dessutom att arrangeras snabbt och mer spontant, vilket jag tyckte var behövligt på grund av ont om tid både från min sida och de professionellas. Inte minst var det en betydande del för mig som varit ensam.

Fördelar med lokala studier är att det framhäver det unika och ökar möjligheten till konkretisering. Min önskan att kunna göra intervjuerna ansikte mot ansikte blev därigenom inte heller något problem. Det som istället kan vara negativt är att det kan vara svårt att generalisera samt det blir en begränsad räckvidd. På detta vis kan man se mitt val som en form av bekvämlighetsurval, där tillgängligheten är det styrande.

Dock blev det enbart tre respondenter totalt, som nämnt ovan, vilket kändes lite. Jag kontaktade ytterligare en lite större kommun för att hoppas på bättre respons, men dock blev det inte så. Trots att de har en speciell arbetsgrupp där som jobbar med gravida missbrukare, som heter Sigrid, som betyder samverkan i graviditet. Jag satsade istället på att fortsätta med de tre respondenter jag redan hade. Anledningen till det var att tiden till inlämning av uppsatsen blev allt mindre. Vad jag lärt mig om detta är att jag skulle funderat på att eventuellt byta uppsatsämne redan då jag märkte att respondenterna blev en liten skara. När jag inte gjorde det blev det tidsbrist, och något jag skulle gjort annorlunda är att jobba mer effektivt från början och inte skjuta jobbet framför mig.

Svårigheter som uppstod var när jag behövde en socialsekreterare som respondent i den ena kommunen. Till slut fick jag kontakt via mail med 1:a socialsekreterare, som skrev att hon pratat med de övriga socialsekreterarna och att de kände att det inte var någon mening att ställa upp på grund av för lite kunskap kring dessa kvinnor. Därmed blev det inte fyra intervjuer som planerat, utan i slutänden kom samtliga tre respondenter från två mindre kommuner i södra delen av landet. Respondenterna består alltså av en socialsekreterare och två barnmorskor, som alla har kunskap och viss erfarenhet av möten med gravida missbrukare, från cirka fyra års erfarenhet och upp till hela 15 års erfarenhet.

5.4.1 Mina undersökningskommuner

Kommunerna jag har valt till min undersökning ligger i södra Sverige. Ena kommunen har cirka 17 000 invånare och den andre runt 8 000 invånare. Jag har valt att anonymisera kommunernas namn och har istället valt att ge, den större kommunen, det fiktiva namnet Skönstad och den mindre kommunen Hemstad. I Skönstad kommun arbetar "Linda" – även detta är ett fingerat namn – som är socialsekreterare. Barnmorskan i Skönstad har jag valt att kalla Hanna. I Hemstad hade jag kontakt med Mia, som är barnmorska.

Dessa två kommuner är båda små, men dock väldigt olika. Skönstad är en gammal historiskt hamnstad med många små byar utanför centrum. Förr i tiden livnärde sig invånarna på jordbruk och fiske, istället för handel.

Hemstad är sedan lång tid tillbaka en bruksort av industrikaraktär. Här finns ett flertal större företag som är verksamma inom olika branscher.

Båda städerna har en stor andel unga förstföderskor, vilket gjorde mig nyfiken att titta närmare på dessa två städer.

5.5 Genomförandet av intervjuerna

Efter urval blev nästa steg att kontakta de som verkade intressanta och de som hade tillräcklig kompetens för att vara med som respondent. Första kontakten skedde via telefon och bestämde tid och plats för intervju. Intervjun skedde allt från några dagar till två veckor senare efter första kontakt på telefon. Det skiljde sig i ett fall då jag istället fick använda mig av mail, där det dock inte resulterade i något intervjutillfälle. I samband med kontakten via telefon har information getts muntligen om studiens genomförande, varpå datum på intervju har bestämts. Jag ansåg att det var viktigt för studien att respondenterna kände sig trygga i sin situation och lät dem därför välja var intervjuerna skulle genomföras. Informationsbrevet (Se bilaga 1) lämnade jag till respondenten vid intervjun, som hon läste igenom innan vi började. Det var ingen som ändrade, drog tillbaka eller avslutade sin medverkan i studien. Inga kompletteringar såsom tillägg av frågor eller ändringar behövdes göra efter intervjutillfällena, samtliga intervjuer tog cirka 30 minuter vardera.

Två intervjuer genomfördes på respondenternas arbetsrum, den tredje gjordes hemma i respondentens bostad. Under intervjuerna hade jag anteckningsblock men noterade endast vissa stödord eller inget alls. Jag använde mig av ljudinspelning via mobilen, detta för att försäkra mig om att informationen bevarades och skulle gå att lyssna på vid senare tillfälle och då kunna transkribera hela samtalet. Genom att spela in intervjuerna och sen transkribera dessa ordagrant, ökar studiens tillförlitlighet. Det var väldigt smidigt och på detta sätt kunde jag fokusera och engagera mig mer i intervjun och den informationen som jag tycker är relevant hade jag möjlighet till att välja ut i efterhand. En annan fördel med att spela in är att jag som intervjuperson kan fokusera på att intervjua och lägga ner mindre tid på att skriva ner det som sägs. Dock är jag medveten om att tekniken inte är helt tillförlitlig, inspelaren kan av olika anledningar missa att spela in intervjun och då kan värdefull information gå förlorad. Men jag kontrollerade den tekniska utrustningen med jämna mellanrum och inga problem uppstod. Vissa respondenter kan uppfatta det som negativt att deras ord spelas in, andra kan påverkas av mobilen och känna sig obekväma (Bryman 2011). Men ingen av respondenterna tyckte det var obehagligt eller stördes av att mobilen låg framme på bordet, de hördes tydligt och jag missade inte ett enda ord av vårt samtal. Att jag kunde spela in intervjuerna var väldigt positivt. Jag tror dessutom att det var en fördel att jag var själv med att hantera

intervjuerna, respondenterna kanske kunde känna sig mer bekväma nu än om det hade varit två intervjupersoner som hade ställt frågor vid intervjutillfällena. Genomförandet av varje intervju tog i snitt 35-45 minuter.

Transkriberingen har skett fortlöpande under tiden mellan intervjuer. På detta sätt har jag kunnat reflektera över intervjun och fundera över vad jag kunde gjort bättre eller till exempel om jag kunnat ställa fler följdfrågor för att få ut ytterligare information. Slutligen har materialet analyserats genom genomläsning av transkriptionerna, jag har plockat ut centrala teman genom att se till olika utgångspunkter i svaren på frågorna.

5.6 Artikel- och litteratursökning

Undersökningen började med en orientering på detta område genom en första litteraturstudie. Litteraturorienteringen gjordes för att se möjligen tidigare forskning i detta ämne och för att syfte och frågeställningar skulle bli relevanta till studieområdet. Jag fann ingen tidigare forskning i just de specifika frågeställningarna som jag har valt, men där fanns information och skrivna artiklar om ämnet som jag skulle beröra

Syftet med litteraturgenomgång är dels att sätta in den egna forskningen i ett sammanhang och dels att förse sig själv med argument kring varför de egna frågorna är viktiga (Bryman 2011) För att följa detta så använde jag mig av olika former av sökvägar och sökord. Min litteratursökning har skett genom databaser som Google, Libris och Högskolan Kristianstads egen databas. Sökord som jag har använt mig av är *gravida*, *gravida missbrukare*, *missbruk*, *tvångsvård* och *fosterskador* för att hitta befintlig litteratur till studien.

Jag har även letat efter litteratur på Högskolan Kristianstads bibliotek och Sölvesborgs bibliotek. Där fick jag god service av bibliotekarien till att hitta passande och användbar litteratur för min undersökning. Vidare har jag sökt material på Socialstyrelsens hemsida och regeringens hemsida och där fått fram publikationer som är relevanta i ämnet. Genom kontakter inom Sölvesborgs socialkontor har jag hört mig om och lyssnat till andras kunskaper och information som de besitter.

Genom internetsidan "Uppsatser.se" har jag fått tillgång till andra uppsatser, på så vis har jag hittat tidigare studier inom likande område som mitt, där har jag gått igenom referenslistor och därmed såg jag vad andra författare använt sig av för litteratur. Att kolla på andra studier har gjort att jag har fått inspiration och idéer för att kunna utveckla min uppsats till det bättre. Det krävs då jag inte har någon att bolla mina tankar med eftersom jag skriver själv. Något jag

har tänkt på när jag läst information från ideella organisationer är att de inte alltid har samma vetenskapliga grund som en uppsats producerad av forskning. När det gäller den litteraturen är det fråga om ett objektiva förhållningssätt. Den litteratur som inte funnits tillgänglig inom fulltext på internet eller genom lån på biblioteket har jag valt att inte ta med på grund av tidsbrist.

De material som jag har funnit relevanta har använts både i kapitel 3 om tidigare forskning men även i kapitel 4 om kunskapsläget.

Mina sökningar på tidigare forskning när det gäller just mina frågeställningar gav många gånger inga eller knappa resultat. Litteratursökningen kan sägas ha skett delvis genom snöbollsurval, då jag har fått fram material från uppsatser, artiklar och böcker. I kontakten med min handledare och mina respondenter har jag fått förslag och underlag till litteratur för mer information.

5.7 Bearbetning av data

Jag transkriberade allt material efter jag hade genomfört intervjuerna. I kvalitativ forskning intresserar sig forskaren ofta på *hur* och på *vilket sätt* respondenterna berättar saker (Bryman 2011). Jag valde att försöka transkribera intervjuerna så fort som möjligt efter att intervjuerna var klara för att lättare minnas hur och på vilket sätt respondenterna berättade om sina kunskaper och erfarenheter. I min analys har jag använt mig av tematisk analys, vilket i sin tur resulterade i studiens resultat och analys. Vid tematisk analys skapas teman utifrån studiens transkriberingar utan att innehållet i respektive svar ändras (ibid.) På så vis intresserade jag mig av *vad* respondenterna sa. Jag gick igenom varje intervju för sig och strök under det som jag tyckte var mest intressant och relevant. Nästa steg var att jag började söka efter mönster i respondenternas svar. Jag sökte både efter liknade svar och svar som skilje sig åt mellan intervjuerna. När jag hade hittat gemensamma svar och olikheter började jag sedan sammanställa dessa och strukturera upp texter som sammanfattade de svar som respondenterna hade gett mig. Därefter plockade jag ut specifika citat som hörde till de svar som jag hade sammanställt utifrån transkriberingarna och föra in dem för att förstärka min sammanställning av intervjuernas svar.

När jag hade resultaten sammanställa började jag kategorisera dessa i fyra huvudkategorier för socialsekreterarens svar och fyra huvudkategorier för barnmorskornas svar. Kategorierna blev följande; Arbetsmetoden med gravida missbrukare, samarbete mellan olika

verksamheter, tvångslagstiftningen, tankar kring framtiden. De kategorier jag skapade presenteras i inledningen. När föregående process var klar fortsatte jag med att koppla ihop resultat och analys till kapitel tre som innehåller aktuellt kunskapsläge och kapitel fyra som tar upp teoretiska utgångspunkter.

5.8 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Reliabilitet och validitet är två områden som jag har tagit hänsyn till under studiens gång. Reliabilitet innebär hur tillförlitliga studiens mätningar är (Bryman 2011). Det finns extern och intern reliabilitet. Med extern menas i vilken utsträckning en studie kan replikeras. Jag har i min studie inte inriktat mig på den externa reliabiliteten, anledningen är att det är problematiskt och i princip omöjligt att upprepa social miljö och dess betingelser som fanns vid intervjusituationen. Intern reliabilitet innebär att man som forskare kommer fram till hur man ska tolka det man ser och hör (Bryman 2011). Jag anser att jag säkerställa den interna reliabiliteten, genom att jag frågade respondenterna om jag tolkat dem rätt i de fall då det var otydligt för mig. Jag såg även till att det var bra och säker kvalitet på den tekniska utrustningen, kompetensen från min sida ser jag som god samt kvalitet på mina handledningar. Jag har försökt eftersträvat en neutral ställning, vilket är viktigt för att ta in respondenternas svar och inte vad jag trott sedan innan. Dock finns alltid olika förförståelse hos en människa. Min förförståelse i detta fall är att kvinnor med dessa problem inte borde skaffa barn. Först när det klarar av att ta hand om sig själva så klarar de att ta hand om ett barn.

Validitet går att definiera på tre sätt i kvantitativ forskning vilka brukar användas synonymt med varandra. Det första är ”överensstämmelse mellan teoretisk definition och operationell indikator” den andra definitionen är ”frånvaro av systematiska fel” och till sist ”att vi mäter det vi påstår att vi mäter” (Essaiasson m.fl 2007). I kvalitativ forskning är det mer korrekt att man kvalitativt ”fångar in det man har för avsikt att försöka fånga in” och därför försöker man få beskrivningar som är så informationsrika som möjligt. Validiteten i kvalitativ forskning påverkas mycket av forskarens kompetens och skicklighet just eftersom denne själv är ett instrument. Validitet innebär alltså huruvida en metod undersöker rätt begrepp. Validitet i kvalitativ forskning kan vara problematiskt då det ofta inte sker några mätningar (Larsson 2005). Här pratar man också om intern och extern validitet. Intern validitet innebär att de teoretiska utgångspunkterna ska stämma överens med de observationer som görs. Extern validitet handlar om i vilken utsträckning studiens resultat kan generaliseras till andra så

kallade miljöer. I den kvalitativa forskningen har frågorna om reliabilitet och validitet diskuterats djupgående och man har funnit att det inte är lätt att uppnå hög validitet och reliabilitet genom denna metod. Då forskaren i kvalitativa studier både agerar mätare och tolkare av data kan man fråga sig vems resultat som är mest trovärdigt om två forskare har tolkat innehållet av materialet på olika sätt (Larsson 2005).

Jag har under studiens gång hela tiden reflekterat och funderat om jag undersöker det som är studiens syfte, med andra ord den interna validiteten. När jag reflekterar över den externa validiteten anser jag att syftet med studien inte är att generalisera de svar som framkommer vid intervjuerna, vilket gör att den externa validiteten inte är aktuell för mig. Studiens urval av respondenter består av ett fåtal socialsekreterare samt barnmorskor vilket gör att studiens resultat inte är generaliserbart. Respondenterna i studien representerar endast sina egna upplevelser och erfarenheter med att använda sig av sina arbetsmetoder med de gravida missbrukarna, vilket innebär att resultatet inte kan representera hela populationen av socialsekreterare och barnmorskor som arbetar med gravida missbrukare. Dock är det av värde att lyfta fram detta ämne, det kan göra att man som professionell och klient reflekterar över verkligheten och om det skulle kunna göras bättre genom andra tillvägagångssätt i arbetet kring gravida missbrukare.

5.9 Forskningsetiska överväganden

Ett utvecklat etiskt förhållningssätt hos en forskare är nödvändigt vid all typ av forskning. Forskaren måste vara utrustad hela forskningsprocessen och inte bara datainsamlingen. Frågor som är viktiga att beröra är forskningsämne, hur urval av respondenter sker, hur informationen ges, hur deltagande påverkar personen under undersökningen och efter, hur publicering kan påverka deltagare.

Det finns institutionaliserade forskningsetiska principer och villkor som forskaren måste ta hänsyn till och uppfylla för att över huvud taget kunna påbörja sin studie. I Sverige har vi vetenskapsrådets forskningsetiska principer (HSFR).

Det grundläggande individskyddskravet kan delas in i fyra allmänna huvudkrav på forskningen; Informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet, dessa delas ytterligare in i totalt 8 stycken regler. Utöver dessa principer och regler finns även vissa rekommendationer att ta en titt på.

Informationskravet innebär att forskaren ska informera om den aktuella forskningsuppgiftens syfte till de som berörs av forskningen. De mest centrala delarna i det är att medverkande har avidentifieras, det ska framgå tydligt att deltagandet är frivilligt och att de uppgifter som insamlas inte kommer att användas för något annat syfte än för forskning. I detta ingår även att informera om hur undersökningen kommer att genomföras och vilka villkor som gäller för deltagandet, exempelvis möjlighet att hoppa av. För att tillgodose *informationskravet* har samtliga medverkande fått ta del av ett informationsbrev (Se bilaga 1). Denna information har jag även framfört muntligt på telefon innan intervjuerna. Jag tycker också att en viktig del har varit att tydligt berätta var jag kommer ifrån, vilket program jag studerar och hur respondenterna kan kontakta mig eller min handledare vid eventuella frågor.

Konfidentialitetskravet innehåller regler om att all personal i forskningsprojekt har tystnadsplikt om enskilda personers uppgifter. Vad som anses vara etiskt känsligt kan variera, utgångspunkten är dock vad man kan anta att de berörda och deras efterlevande kan uppfatta som obehagligt och kränkande. Vad man även måste ta hänsyn till är att när man antecknar och lagrar information om personer så ska det göras på ett sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående. Därför förvarar jag materialet på ett sådant sätt att obehöriga inte kan få tag i det och inte heller lämnas ut till utomstående. Jag har använt mig av fingerade namn samt avidentifiera alla kännetecken på respondenterna.

Nyttjandekravet är det tredje kravet som innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål och inte lånas ut för kommersiellt bruk. Liknande insamlade personuppgifter får heller inte användas för beslut eller åtgärder som direkt påverkar den enskilde, exempel vård eller tvångsintagning. Dock kan den enskilde ge sitt medgivande till att uppgifterna lämnas ut eller används till andra ändamål (Forskningsetik. En introduktion).

Samtyckeskravet kan ses som summan av alla delarna. När tillräcklig information har getts och uppgifter har försäkrats att behandlas konfidentiellt och endast till denna undersökning så ger respondenten sitt samtycke till att medverka i densamma. Men det är viktigt att deltagarna själva ha rätt att bestämma över sin medverkan. Som forskare måste man inhämta samtycke, särskild försiktighet bör iaktas när det gäller omyndiga personer. Skulle en deltagare vilja avbryta sin medverkan mitt i en intervju står det honom/henne fritt att göra det. Samma regel gäller även om deltagaren vill strykas helt ur ett forskningsmaterial, då bör detta tillgodoses så långt som möjligt. Samtycke i min studie har skett muntligt öga mot öga. När ett samtycke

sker muntligt är det viktigt att intervjuperson och respondent har tillit till varandra. Ett samtycke muntligt kan inte bevisas på samma sätt som om det skett skriftligt.

6 Resultat och analys

6.1 Inledning

I den här delen har jag valt att redovisa det resultatet jag fått fram av min undersökning, och en viss del analys som utgår både från mitt aktuella kunskapsläge samt de teoretiska utgångspunkterna.

De citat där jag har valt att ta bort enstaka ord har jag använt mig av (...). Exempel på enstaka ord som har tagits bort är namn på arbetsort eller arbetsgrupper.

Mina respondenter har fått Fiktiva namn; Linda, Stina och Anna.

Nedan följer resultat och analys på mina forskningsfrågor utifrån respondenternas egna svar. Jag har som forskare reflekterat och tolkat empirin som framkom genom att koppla resultatet till relevanta teorier. För att strukturera upp resultatet valde jag att dela in intervjuerna i fyra centrala teman som jag kunde urskilja i resultatet. En del av kategorierna har underkategorier där jag fokuserar djupare på en del i själva temat. Löpande i texten kommer en förklaring till valet av mina anknytningsteorier som är Empowerment och Systemteori.

Socialsekreterare

1. Arbetsmetoden med gravida missbrukare
2. Tvångslagstiftningen
3. Samarbete mellan olika verksamheter
4. Tankar kring framtiden

Barnmorskor

1. Arbetsmetoden med gravida missbrukare
2. Tvångslagstiftningen
3. Samarbetet mellan olika verksamheter
4. Tankar kring framtiden

I resultatdelen låter jag respondenterna komma till tals samt kommer jag efterhand att presentera en kort bakgrund av varje respondent. På det viset hoppas jag att läsaren kan få en djupare inblick och förståelse utan att jag avslöjar personens identitet. Jag har, som nämnt

ovan, valt att avidentifiera respondenternas namn och den kommun de arbetar i. Alla namn på intervjupersonerna är fingerade.

6.2 Arbetsmetoden med gravida missbrukare

Socialsekreterare

Under detta avsnitt kommer jag att belysa frågor som berör vad socialsekreteraren berättar om vad det innebär för dem att arbeta med gravida missbrukare och hur de går tillväga. De kategorier som kunde urskiljas var;

1. Första mötet med den gravida missbrukaren
2. Motiverande samtal
3. Svårigheter i arbetet

6.2.1 Första mötet med den gravida missbrukaren

Socialsekreteraren berättar att det handlar om mycket stöttning och motivationsarbete. Målet är att stötta kvinnan till att vara drogfri på alla sätt man kan. Det gäller att redan från början ge kvinnan en trygg bas som gör att hon känner sig säker vilket i sin tur gör att hon vågar dela med sig av sitt liv. Som socialarbetare måste man tänka på att kvinnan har tagit ett stort steg att bara söka hjälp, i många fall känner kvinnan en stor skam över att vara missbrukare och dubbel skam och skuld över att vara en gravid missbrukare.

Det är nyaktualiserade kvinnor som kommer till socialtjänsten och det har endast varit en återkommande kvinna som varit gravid vid flera tillfällen.

Det är viktigt att klienten är villig till att öppna upp sig och tanken är att hon själv ska börja reflektera och tänka kring sin situation. Som socialsekreterare ska du inte vara den som pratar hela tiden, utan du är en hjälpare hand till att få igång klientens tankeverksamheter. Kvinnan måste själv komma till insikt med vad hennes problem är, och vilja ha en förändring.

Socialsekreteraren Linda är utbildad socionom och har efter sin utbildning arbetat på Alkohol- och missbruksenheten i Skönstad i sex år. Hennes främsta arbetsuppgifter är att göra biståndsbedömningar gällande personer, 18 år och uppåt, som har missbruksproblem eller beroendeproblem. Linda anser att en viktig del är att se till sig själv som individ i sitt arbete,

vem man är, om man har några förutfattade meningar, hur ambitiös man är och framförallt vad man vill med sitt arbete.

*Ja, så fort vi får veta att kvinnan är gravid så försöker vi ju stötta henne i att hålla sig drogfri på alla sätt vi kan. Stötta henne i att ta sig till Mödrahälsovården, där vi kan hänga med vid besöken om hon skulle vilja och i vissa fall kan det kännas bättre för kvinnan om det är någon som jag haft kontakt med tidigare så känns det bra för henne... Och jag lämnar väl över rätt mycket till Mödrahälsovården att informera om skador, alltså oftast vet ju kvinnan själv vilka skadeverkningar det gör på barnet, de vet ju vilka skador det har på sig själva. Så att det vet dom ofta om. – **Linda***

Redan vid första mötet är det viktigt att få ett samtycke från kvinnan till att få lov att ha kontakt med inblandade verksamheter som exempelvis kan vara primärvården eller i vissa fall psykiatri. På så sätt kan professionella samverka på nätverksmöten och det ser kvinnorna på enbart med en positiv inställning, istället för att de ska gå till tre olika aktörer så kan man stråla samman.

Så det strävar vi efter direkt att har ett samtycke ”nu kommer jag lämna, nu kommer jag ta kontakt med mödrahälsovården om det här” och så skriver man ett samtycke.

Empowerbegreppet poängterar det här med makt och ökat handlingsutrymme för klienten (Payne 2008). Detta begrepp avspeglas i mitt resultat då socialsekreteraren anser att man ska låta kvinnan få prata och känna att hon inte förlorar sin makt och integritet för att hon kommer och söker hjälp. Genom att socialsekreteraren ställer öppna frågor får kvinnan själv reflektera över sina problem och ge förslag på lösningar. Empowerment beskriver att då klienten känner förmåga att se sig själv veta vad problemen är och möjlighet att göra något åt det leder till att klienten kan påverka sitt liv (Askheim och Starrin 2007). Detta kan även kopplas till slutrapporten ”Kvinnligt missbruk – riktlinjer och metoder” (2011) där de skriver om bland annat betydelsefulla förutsättningar vid arbetet med missbrukare. Där nämns att en viktig del är att bemöta kvinnan med kunskap och erfarenheter kring kvinnans situation och specifika behov samt att kunna erbjuda individuella samtal som ger kvinnan chans att prata om det hon upplever som sitt eller sina problem.

6.2.2 Motiverande samtal

Motiverande samtal är en av de vanligast förekommande insatser som används på gravida missbrukare. Metoden innebär utforskning mer än uppmaning, stöd snarare än övertalning

(Miller & Rollnick 2003). Socialsekreteraren försöker skapa en positiv personlig atmosfär som uppmanar men inte tvingar till förändring. I motiverande samtal ligger ansvaret för förändring hos klienten. Det innebär att det finns respekt för personens individuella autonomi. Klienten har alltid sin frihet att ta emot rådgivning – eller inte. Det övergripande målet är att öka den inre motivationen, så att förändring kommer ur det inre snarare än påtvingas utifrån och så att förändring tjänar personens egna mål och värderingar.

Motiverande samtal kan delas in i två faser. Först handlar det om att bygga upp en inre motivation hos kvinnan. Det kan vara olika långa processer beroende på var kvinnan befinner sig i nuläget. Nästa fas handlar om att stärka åtagandet till förändring och att sätta upp en plan för att genomföra den

6.2.3 Svårigheter i arbetet

Svårighetsgraden med gravida missbrukare beror på deras motivation. Är de motiverade så är det dels mycket lättare att jobba med dem, då kan man arbeta på ett helt annat sätt. När det gäller gruppen som är omotiverade handlar det mycket om att informera om droger och alkoholens konsekvenser, både konsekvenser gällande de själva samt fostret i magen. Det man som socialarbetare kan göra är att föreslå alternativ på hur de kan hålla sig drogfria. Det kan vara insatser på hemmaplan som att ta drogtest, göra hembesök eller vägleda dem till mödrahälsovården, om det handlar om allvarligare fall kan det bli aktuellt för kvinnan att åka till behandlingshem.

Så det är mycket den enskilda individen själv som får nästan utifrån hennes situation avgöra vilka insatser man planerar för och hur det ser ut.

6.3 Tvångslagstiftningen

Flera regeringsförslag har skrivits där önskan om lagändring finns, men något beslut har inte tagits till att det ska bli ett tvångsomhändertagande av kvinnor som missbrukar. Det skiljs oerhört mycket på den personliga integriteten, det vill säga att kvinnan har rätt att styra över sin egen kropp och att samhället inte kan gå in och tala om vad den enskilde ska göra med sin kropp. Det är svårt att få de omotiverade kvinnorna att sluta med sitt missbruk, en lag om att få möjlighet att tvångsomhänderta denna grupp skulle uppskattas av socialsekreteraren. Kvinnan behöver bli klar i huvudet för att kunna tänka på hennes förutsättningar för att ta hand om ett barn och en framtid som moder. Socialsekreteraren förklarar det genom att säga att om kvinnan befinner sig ett hårt missbruk så kan hon varken tänka in eller ut, vilket bidrar till att det blir svårt för henne att ta ett beslut om hon är redo för ett barn.

Och det är ju alltså tyvärr såhär att vi kan ju inte använda oss av tvångslagstiftning ännu, det har ju inte gått igenom, trätt igenom i lagstiftningen. Jag skulle ju önska att det var så för att det ska rätt mycket till om man ska tvångsomhänderta en kvinna enligt LVM och då har det hunnit hända rätt mycket med barnet, så jag tänker hade man kunnat det på de som är omotiverade så...

Linda tycker att en intressant syn på tvångslagstiftningen är skiljelinjen som finns, kvinnan kontra det ofödda barnet. Frågan är när det ofödda barnet är i fokus, och när är det istället kvinnans rättigheter och integritet. Det är det som lagstiftarna får besluta om var gränsen går. Vilket i sin tur leder till svar på när en kvinna ska kunna tvångsomhändertas. Ska det ske direkt när man visar graviditeten på en sticka eller är det så sent som i vecka 20. Det är en svår fråga där många har olika åsikter.

6.4 Samarbetet mellan olika verksamheter

I denna del kommer jag presentera vilka samarbete som sker mellan socialtjänsten och andra verksamheter samt vad socialsekreteraren tycker om samarbetet med andra verksamheter och hur det påverkar deras arbete.

1. Samarbetspartners
2. Problem med samarbetet
3. Önskan om förändring

6.4.1 Samarbetspartners

Att skapa en god relation och ett bra samarbete är grunden till ett bra arbete (De Shazer 1997). Socialsekreteraren i studien anser att samarbetet är grunden för att nå lösningar. De har främst ett tätt samarbete med mödrahälsovården och BVC, inom BVC ingår även privata aktörer som exempelvis primärvården. Samverkansmöte sker två gånger per termin. På samverkansmötena är det cirka 10-15 aktörer; barnmorskor, BVC sköterskor och chefer för avdelningarna. Samarbetet är det som länkar ihop hela ärendet, det är viktigt att alla pratar samma språk och att man är tydlig så att kvinnan inte missuppfattar något.

Att få ihop den här linjen från där barnet ligger i magen så att säga till att stöttningen ska ju även fungera efteråt och då är det ju BVC som är inkopplade, så det är ju för att få ihop kedjan. Så att vi har ju mycket samarbete med de externa aktörerna.

För att förtydliga vilken oerhört viktig del samarbetet har så berättade Linda om ett fall hon varit med om nyligen

Ja, och jag kan säga vi hade ett ärende nu för inte så länge sen, i början på året måste det varit. Där vi hade en ung kvinna som var gravid och där hade vi ju ett jättetätt samarbete med Mödrahälsovården då, barnmorskan då. Både mailkontakt och telefonkontakt flera gånger i veckan, gjorde drogtest. Vi var många inblandade. Det är en nyckel, för det är så skambelagt för den enskilde ändå som det är så där där måste man in med alla insatser.

6.4.2 Problem med samarbetet

De problem som kan uppstå är att vissa samverkansmöten ställs in. Detta beror på tidsbrist och svårt att få ihop alla aktörers arbetsplaner.

Mötena är oerhört viktiga även om det bara är en timme vi ses varje gång. Vi bollar gemensamma ärenden eller det kan vara att man avpersonifiera ett ärende att man drar ett ärende som man kanske inte har samtycke att prata om men man avpersonifiera det och diskuterar hur kan vi tänka här, hur kan vi göra här.

6.4.3 Önskan om förändring

Vad som hade uppskattats hade varit mer tid för möten och mer tid till varje ärende. Linda säger att när hon får ett ärende till sig vill hon börja med det direkt. Men ofta är det mycket annat innan. Men kommer det ett ärende med en gravid missbrukare så är det högprioriterat.

Dessa ärenden kräver mycket mer, eftersom barnet växer ju, barnet finns ju hela tiden i magen. Så det kräver snabba insatser, mycket tid och insatser.

6.5 Tankar kring framtiden

Under detta avsnitt kommer det tas upp synpunkter som socialsekreteraren har haft om vilka förändringar som hade påverkat positivt till framtiden.

I slutet av intervjun ställer jag en öppen fråga och undrar om det är något Linda vill lägga till. Då framkommer det att Linda anser att det är för lite personal. Med ytterligare personal skulle de kunna göra så mycket mer, framförallt få mer tid till varje ärende, för tiden är det som bestämmer och sätter ramen för hur man kan hantera varje ärende.

Det är en väldig skillnad om du kan boka in ett hembesök en gång i veckan eller ett hembesök tre gånger i veckan. Så att personal är A och O. Det kvittar hur mycket kompetens vi har, hur bra redskap vi har om vi inte har tid eller personal är det inte värt mycket.

6.6 Arbetsmetoden med gravida missbrukare

Barnmorskor

Under detta avsnitt kommer jag att belysa frågor som berör vad barnmorskorna gör och hur de agerar vid första mötet med den gravida missbrukaren. Avsnittet delas in i följande kategorier;

1. Första mötet med den gravida missbrukaren
2. Fall med för högt Auditvärde
3. Risken att se alkoholen men inte de övriga drogerna
4. Svårigheter i arbetet

6.6.1 Första mötet med den gravida missbrukaren

Mina två undersökningskommuner har vardera ett snitt på cirka 100-150 gravida kvinnor per år. Åldern på kvinnorna kan variera på allt från 17 år och upp till 47 år, där cirka 30-50% är förstföderskor. Dock är antalet inskrivna gravida missbrukare endast cirka 1-2 per år.

Anna är utbildad sjuksköterska och barnmorska. Hon har jobbat 20 år som sjuksköterska och 15 år som barnmorska på tre olika förlossningskliniker i Sverige. Vilket ger en lång tids erfarenhet som gett mycket kunskap och upplevelser. Just nu jobbar Anna som barnmorska i den lilla kommunen Hemstad. Stina från Skönstad har jobbat som barnmorska i totalt 35 år, 15 år på förlossningen och resten av tiden på mödrahälsovården.

De två barnmorskorna svarade liknande på denna första fråga. Uppfattningen och tillvägagångssättet på första mötet kan dock skilja beroende från vad det är för kvinna man möter.

Båda barnmorskorna säger att den första kontakten sker genom att kvinnan tar kontakt med mödrahälsovården, numera i ett relativt tidigt stadie. När de ringer och berättar att de är gravida så ställer barnmorskan olika frågor om till exempel sista menssen, om det är första barnet, om kvinnan tar mediciner, om kvinnan röker och så informeras kvinnan även om alkohol och droger. Stor vikt läggs särskilt på konsekvenser som kan uppstå på fostrets

utveckling av alkohol och droger. Nästa steg är att boka en tid för möte, vilket sker under olika tidsaspekt beroende på kommun.

Sen bokar jag en tid så fort jag kan och det är vi är väldigt väldigt snabba är i Skönstad då så att det kan vara vecka 5, 6. Så fort patienten ringer så försöker vi att inom en vecka boka. – Stina

Del nummer två av mötet är då själva inskrivningen sker. Då frågar man om sista menssen, när gravtest gjordes eller förstfödelse, om inte, så hur var den andre graviditeten var, hur förlossningarna gick, hur länge kvinnan ammade. Därefter diskuteras kvinnans hälsotillstånd och även hennes sociala situation en viktig del; jobb, arbetslös, sammanboende och så vidare. Kort sagt är målet att som barnmorska få en stadig grund för att vidare kunna föra en noggrann journal. Är det något speciellt som behövs så kan ett läkarbesök bli aktuellt.

I Hemstad består även första mötet av ett såkallat hälsosamtal. Där tar barnmorskan upp ämnen som kvinnans livsstil och hennes levnadsvanor. Detta går igenom med hjälp av ett verktyg som heter palett. Ett papper med olika ämne i bubblor, aktuella ämnen kan till exempel vara tobak och våld. Sen pratar kring dessa ämnen och om man kanske har en belastning när det gäller tobak eller om man har blivit exempelvis utsatt för våld. Därefter, precis som föregående barnmorska, gör man Audit på kvinnan.

*Vi tar alltså upp hälsokostpreparat för det är en del som knaprar i sig rätt så mycket olika saker, vitaminer och framförallt mediciner... På hälsosamtalet gör vi också auditen och jag personligen brukar alltid göra på mannen också
Mitt uppdrag är kvinnan, men jag ser det här som en familjeangelägenhet och jag tycker det är oerhört viktigt att han också bör fundera över sitt. – Stina*

De största olikheterna att se är första mötet tillvägagångssätt. I Skönstad kan det första mötet gå till på två sätt, antingen ett helt eller uppdelat på två. Mötet i två delar består av en första del hälsosamtal där man går igenom allt som kan påverka graviditeten negativt och skada barnet. Det handlar om allt från kvinnans kost, alkohol och droger samt pratar om hot, våld och kränkning. Den mest intressant och kanske betydelsefulla olikheten är att i Skönstad görs Audit både på kvinnan och mannen, vilket inte görs i Hemstad. På frågan angående hur mannen involveras i arbetet svarar Hemstads barnmorska att de gärna vill att fadern kommer på andra samtalet.

Och där tycker jag ibland att jag har upplevt mer missbruk bland papporna att vi har haft bekymmer, så det finns ju även där och det påverkar också kvinnan så att... - Anna

Men det görs inte Audit på mannen på grund av tidspress. Sen har de har uppfattningen om att det redan är svårt att få männen att komma på besöken och tror de skulle bli ännu svårare om man skulle ställa krav som Audit på dom.

I Skönstad upplever barnmorskan inte att det tar längre tid att även göra Audit på mannen. Både kvinnan och mannen sitter och fyller i Audit var för sig samtidigt. Nästa steg är att gå igenom deras svar, detta görs genom en diskussion mellan klient och barnmorska. Skulle det visa sig vara bekymmer med mannens alkoholkonsumtion så hänvisas han till sin läkare på vårdcentralen, om han är villig till en förändring.

Resultatet kan kopplas till systemteorin som Öquist (2003) skriver om. Systemteorin bygger på att se helheten och människan i det sammanhang där den är. Människan, i detta fall kvinnan, påverkas inte bara av sina egna erfarenheter och beteende utan även av de individer som den har omkring sig så som vänner och släkt men även samhället i stort har en påverkan på människor så som kulturellt och socialt accepterade koder. Vidare menar Öquist att när det gäller att förändra en människas beteende så går det inte att bara inrikta sig på själva handlingen då den är grundad på en högre nivå.

6.6.2 Fall med för högt Auditvärde

Det är ju upp till kvinnan att besvara ärligt på Audit, som barnmorska måste man ha tillit till kvinnan. Vid ett resultat som visar för högt Audit kan man göra på olika sätt. Man pratar med kvinnan upprepade gånger och det viktiga är att som barnmorska lyssna. Att komma till mödrahälsovården är frivilligt, så man får ha en ödmjuk inställning till kvinnan. Men det är viktigt att föra anledningen till varför man pratar så mycket om alkohol och droger, vilket är hur det påverkar barnet. Alkohol är ett cellgift, det slår mot cellerna. Från möte nummer ett har man som barnmorska nio månader på sig sen är ens uppgift över i det ärendet. Därför måste man agera och vara intensiva redan från start. Respondenterna från Skönstad kommun erbjuder föräldrastödjande insatser på socialen som de kan vägleda deras kvinnor till vid behov. I Hemstad kommun har berättat respondenten att de har en annan arbetande insats;

Lite speciellt här i Hemstad för vi har ju (...) också, och dom som kommer dit har oftast först varit intagna på LVM, lagen om vård av missbrukare, och sen så kommer dom tillbaks här på rehabilitering. Och dom har ju väldigt, eh eh vad ska jag säga, de har ju

väldigt mycket runt omkring sig redan så att där är vi ju mer som en roll utanför, dom har ju redan mycket insatser inkopplade. Men dom som vi har haft har vi ju haft kontakt med socialförvaltningen sen och tagit upp och pratat om och gjort upp en plan. – Anna

Oftast är de gravida missbrukarna som kommer till mödrahälsovården redan kända hos Socialtjänsten. Riskbrukarna är som du och jag. Många gånger är man inte medveten om hur mycket man dricker, till och med lättöl, två lättöl motsvarar ett glas vin. Så det gäller alltså att medvetandegöra att det inte är okej. Det kan man göra genom att ha motiverande samtal eller liknande, Barnmorskan i Skönstad har gått en speciell MI utbildning. Det gäller att ge kvinnan konsekvent information som gör att hon förstår, att förklara och jämföra kan ge mycket. Om kvinnan säger ” Lite cider nu spelar väl ingen roll” så ställer man som barnmorska frågan; ”skulle du hålla cider i en nappflaska och ge barnet?”

Jag brukar gå in på 2 olika nivåer, dels när man är gravid men även efter har man ju ett liv efter detta och man ska vara frisk för att klara av sitt föräldraskap och sitt liv överhuvudtaget. Så att det handlar ju liksom om att så ett frö och återkomma och prata mer om det och vi visar bilden på barnet och moderkakan och ett foster. Och berättar liksom att moderkakan skyddar inte alls mot alkohol, det går rätt in och barnet dricker och kissar. Synvillor är viktigt. – Stina

Respondenten i Hemstad har haft en del kvinnor som blivit intagna på lag. Märker man att de återfaller gäller en snabb kontakt med socialen. Då kan det hända att man får gå in och göra en LVM för både barnet och kvinnans skull. I dessa fall är det viktigt att hålla kontakt med övriga inblandade verksamheter. I Skönstad används en blankett som heter informationsutbe, det innebär att kvinnan ger tillstånd att prata om henne med till exempel Socialen, psyk eller BVC vid behov. Genom detta samtycke har sekretessen öppnats upp och det är väldigt viktigt.

6.6.3 Risken att se alkoholen men inte de övriga drogerna

Genom Audit ser man endast kvinnans alkoholvanor. Det finns ytterligare ett verktyg som kallas DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test). Ingen av mina respondenter använder sig av Dudit, vilket kan saknas i arbetet uttrycker sig båda respondenterna. Dock tas ämnet upp på samtalen och man ställer frågor om droger förekommit i tonåren eller på senare tid och i så fall vilka droger.

Jag tror när man är gravid så är man ganska ärlig för man vill ju sitt barn så väl. Ibland har jag haft dom som redan ringer på telefon och talar om vad de har för

problem... man vill liksom få hjälp och stöttning i detta. Men visst det finns säkert de som har passerat utan att man vetat om det. Sen är det ju så att den som röker, det är ju sällan den som drogmissbrukar som inte röker, det hänger ju ihop och alkoholen också. Så att på något vis hittar man ena, röker man väldigt mycket cigaretter åh man alltså det finns ju en riskgrupp som man ser en representation i. – Anna

Det är vår plan B, det ska vi också komma igång med. Men där är vi inte riktigt än. – Stina

6.6.4 Svårigheter i arbete

Båda respondenterna håller med om de att alltid kan stöta på svårigheter. Det gäller bara att bemöta problem som kan uppstå på rätt sätt. I vissa fall kan de känna att de inte riktigt får det gehöret eller den stöttning som önskas. Det svåra är att det handlar om en individ som inte kan uttrycka sig, ett barn som inte valt den här miljön. I vissa situationer kan det vara svårt att känna sig professionell, ofta känner man att man skulle vilja göra mer. Barnet får ju skador, så har det pågått i halva graviditeten så påverkar det barnet, vilket inte är något barn själv valt och det kan vidare göra att man som arbetare känner sig maktlös. Som arbetare inom detta har man en sträng sekretess, ibland kan sekretessen kännas som ett hot vilket gör att man får svårt att hjälpa kvinnan.

Andra svårigheter som är genomgående är att kvinnorna lär sig att undkomma mödravårdcentralen. Det är vanligt att kvinnor flyttar från stad till stad för att inte bli igenkända hos mödrahälsovården.

Vad som även ses som en svårighet är vem som ska stå i fokus under ett arbete med en gravid missbrukare, är det kvinnan eller barnet?

Ja, det är kvinnan som hamnar i fokus men samtidigt så är ju mycket som man agerar till exempel som tvång för att inte kvinnan förstå sitt egna bästa många gånger. Det är framförallt kvinnan som är min patient. Men självklart så, vi tänker ju dom som en helhet givetvis. Så är det ju som barnmorska. – Anna

I Skönstad kommun fokuserar barnmorskan istället främst på fostret. Argument för detta är att fostret inte har någon egen talan, det är den som arbetar med detta som får göra det. De allra flesta kvinnor och mammor vill ju sitt barn väl. Under graviditeten är kvinnan väldigt förändringsbenägen i allmänhet och det är många som slutar röka och de allra flest låter

faktiskt bli att dricka någonting. Men kvinnan har alltid ett val och hon bestämmer över barnet, det är inte barnet som bestämmer över kvinna.

6.7 Tvångslagstiftningen

Om en tvångslagstiftning ska finnas eller inte är en svår fråga enligt båda mina respondenter. Ur barnets synvinkel är det positivt, de har rätt att kräva att få så goda möjligheter som möjligt. Men samtidigt ska hänsyn tas gällande kvinnans integritet och fria vilja.

Inställningen i denna fråga resulterade i att skilja en del. I Skönstad var de positiva till en tvångslag medans i Hemstad var aningen tveksammare.

Men alltså en människa som fritt missbrukar, vi tolererar ju inte att någon misshandlar ett barn när det är fött. Men jag tycker alltså att det är barnmisshandel att leva ett liv så så att barnet skadas i magen. Det tycker jag alltså faktiskt. Men det är en svår fråga. En svår nöt att knäcka. – Stina

Som barnmorska vill man inte skrämman bort kvinnan vilket tvångslagstiftningen kan göra. Vi måste skapa en relation med henne, så att hon kommer tillbaka. Det gäller att man sätter sig ner och ser vilken människa man har framför sig: vad har hon för förutsättningar vad har hon för stöd runt omkring sig; vad har hon upplevt; vad är det som gör att hon så uppenbart går emot detta?

De flesta kvinnor i Hemstad är ofta tacksamma över den hjälp man bidragit med för ibland kanske man inte inser att man behöver hjälp. Det vore hemskt om man ska gå en hel graviditet med ett skadat barn på grund av att ingen ingrep.

Det var någon som sa nu på en utbildning; säg inte till någon att det är enkelt att sluta utan prova själv att vara utan er egen konsumtion, ni kanske dricker två glas iväg, så försök att vara utan det i 3 månader och så lyssna på omgivningen; ”ska du inte ha någonting?” ”Varför ska du inte ha någonting?” ”Äsch, men lite är väl okej” Så det är inte så enkelt va. – Stina

6.8 Samarbete mellan olika verksamheter

Hos Skönstads barnmorska bygger ett gott samarbete på tillförlitlighet och trygghet. Det är oerhört viktigt att lära känna varandra och lära av varandras organisationer så att man slipper parallella insatser. Det är viktigt att få namn på folket, att kunna ringa och veta vad den andre kan ställa upp med att göra och att man tycker om varandra för det är det som gör det lättare.

Jag och min kollega tycker att det funkar jättebra med Soc och vi har det bra med BVC också men de har lite tuff arbetssituation, de skulle nog vilja göra ännu mer men de är lite hårt hållna så att säga. Men de vet ju vart det ska vända sig om det är någonting. Så att ja... – Stina

Ett bra samarbete kan vara att ha bra nätverk och likväl som första kontakten är viktig är uppföljningen minst lika viktig.

Vi har barnavårdcentralen i samma lokaler här, så de här patienterna vi har här tar ju vi med oss och överrapporterar så att man liksom verkligen följer upp dom på ett sätt så att man har koll på dom så att man bara inte släpper dom. Så är det ju på många centraler, där går dom en helt annanstans sen så ser man inte dom. För 9 månader är ju en ganska kort tid så träffar man dom inte mer, men här får man ju den naturliga uppföljningen så att det tror jag är bra för det sociala. – Anna

I Hemstad säger dock barnmorskan att de ha nätverksmöten med socialförvaltningen ett par gånger per år. Vilket gjort att de lärt känna varandra och vetat var de kan göra en orosanmälan utan att göra en direkt anmälan. I en annan fråga svarar barnmorskan i Hemstad att samarbetet för det mesta har funkat. Anledningen har varit en ganska stor omsättning av personalen på Socialtjänsten. Andra viktiga samarbetspartners är barnavårdcentralen, sjukhuset, kvinnokliniken. Sen är det även skolor och i vissa fall polisen.

6.9 Tankar kring framtiden

I Hemstads kommun har barnmorskan en fördel som tidigare jobbat som skolsköterska och redan träffat dessa tjejer som kommer upp i åldrarna och blir gravida. Så på ett tidigt stadié har hon haft möjlighet att prata om alkohol, droger och rökning. Därigenom har hon fått en social kännedom, många av de som upptäckts har problem har barnmorskan redan vetat om sedan tidigare. Det ser Anna som en positiv sida att bo i en liten ort, alla känner alla.

Barnmorskan i Skönstad tar även upp just att arbetet med kvinnor skulle kunna börja tidigt, redan på ungdomsmottagningen skulle information kring detta lämnas ut. När kvinnorna är på

preventivmedelsrådgivning eller när de ska ta ut sin spiral eller diskuterar preventivmedel så kan man komma in på graviditet, och i samband rökning, alkohol och droger ska man vara väldigt försiktig. Dock ska man inte bortse från att mycket handlar om media och samhället i övrigt, media har en tendens att dra alla över en kam så det gäller att hela tiden motarbeta myter.

*Jag hade en fotbollsspelare, blivande pappa som kom. Fräsch, snygg, kunde inte ana. Och hans tjej satt bredvid och de gjorde Auditen och hon fick väl en 12, 6 är ju gränsen. Han hade 24 och 8 är gränsen för killar. Han hade 24 för jag kommer ihåg det för att han var 24 år. Jag höll, på att trilla av stolen. Jag är ju lite spontan av mig så jag sa - jag fattar inte att du kan sköta din träning och dricka såhär mycket – Ja men alla gör ju det – Mm, men alltså har du tänkt på hur din kropp mår. Då kunde jag gå in fysiskt på detta utan pekpinnar och sen så kom jag in på nästa steg då och nu ska du bli pappa. Hur tror du det påverkar ett litet barn om pappa kommer hem och luktar sprit. Man blir flummig, man blir högljudd, man luktar illa, man somnar kanske ifrån barnet, man blir... ja allt du vet. Och ja alltså han, det gäller ju att få människor att tänka. Sen brukar vi ju också säga såhär att om ni ska ha barnvakt till det här lilla barnet. Barnvakten kommer och ni hör att det klingar i ICAkassen, det är fredag ni ska bort, jag tog med mig några öl är det okej. Och då brukar alla även de som själva dricker säga att nej men barnvakten får inte dricka någonting. Nej men du är ju själv barnvakt till dina egna barn, varför är det okej att du dricker då? – **Stina***

7 Diskussion

7.1 Inledning

Studiens syfte var att undersöka socialtjänstens och mödrahälsovårdens motivationsarbete av gravida kvinnor med ett risk- eller missbruk av alkohol och/eller narkotika, samt vilka insatser som kan komma ifråga för dessa kvinnor. Utifrån studiens resultat anser jag att mina frågeställningar har blivit besvarade och studiens syfte har uppnåtts.

7.2 Resultatdiskussion

Jag trodde att antalet kvinnor med dessa problem i mina undersökningskommuner skulle vara ett större antal. Vid närmare eftertanke beror det på grund av storleken på kommunerna, vilket även framgår från respondenterna. Men trots att jag var i kontakt med en annan större kommun verkade det inte vara många fall där heller. Det gjorde hela studien mer problematisk, jag behövde verkligen inte gallra resultatet som jag fick genom mina intervjuer. På grund av det låga antalet kvinnor så medförde det även att jag inte får några direkta exempel eller berättelser om ärenden. Det hade varit intressant att få lyssna på ett ärendes gång, från start till slut. Det gjorde att jag i många frågor inte kunde ställa några följdfrågor eller fick jag till och med stryka vissa frågor från mitt frågeschema. Jag tycker det var väldigt synd att jag inte fick tag på fler respondenter som ville ställa upp på intervju. Dock får jag se det positiva i det negativa och ifrågasätta hur det kan vara så att socialsekreterare i Hemstad inte kunde ställa upp på intervju på grund av få dålig kunskap och erfarenhet av ämnet. Det gör att jag börjar fundera över hur de går tillväga om det nu skulle komma ett sådant ärende. Det är även konstigt hur barnmorskan i Hemstad kan prata om ett samarbete med andra verksamheter, när det inte finns något sådant. I intervjun med barnmorskan fick jag känslan av att hon blev obekvämlig när jag frågade om samarbetet, hon ville gärna prata bort det och fortsätta med nästa fråga.

Jag kunde inte göra någon direkt analys på skillnader gällande socialsekreteraren eftersom det bara gjordes en intervju. Det blev ett stort problem för mig. Dock la jag därför mer vikt på övriga intervjuer, jag analyserade studiens resultat och uppmärksammade att en del av svaren på mina frågor till barnmorskorna liknade varandra, jag kunde se ett mönster. Där en viktig skillnad framkom som jag vill lyfta fram var hur första mötet med den gravida kvinnan går till, där varierade svaren på en del punkter.

Samtliga tre respondenter lägger en stor vikt vid att tydligt informera om skadeverkningar på fostret och kontrollera kvinnans hälsostånd. Båda gör Audit på kvinnan, men skillnaden är att i Skönstad gör barnmorskan Audit även på mannen, trots att hennes uppdrag är kvinnan ser hon det som en familjeangelägenhet där även mannen bör fundera över sitt. Hemstad påpekar dock att tiden inte räcker till för att ta Audit på både kvinnan och mannen. Jag tycker det är konstigt att det kan vara en skillnad tidsmässigt för de båda kommunerna. Själv skulle jag personligen föredra att göra Audit även på mannen, han har hälften av ansvaret för barnet och kommer påverka miljön när barnet föds.

Det är ingen tvekan om att barnmorskorna i min studie tycker att ett tidigt arbete med kvinnor behövs, redan i tonåren om det finns möjlighet. De gör att det sker en tidig kontakt med kvinnan vilket kan medföra att hon känner sig säker att komma om problem skulle uppstå. I det håller jag helt och hållet med. Det har jag själv erfarenhet av, det vill säga att ju bättre information jag får redan på ungdomsmottagningen i tonåren, desto säkrare och mer tillförlit får jag till de som arbetar där.

7.3 Förslag på framtida forskning

En fortsatt och framtida forskning inom detta ämne skulle vara att föredra, vilket även mina tre respondenter påpekade. De tyckte det var ett bra val av ämne att gå djupare in på och uppmärksamma, för att kunna få en tydligare syn på vad som kan göras bättre och förändras för att få en bra arbetssituation och strategi med gravida missbrukare.

Intervjuer med yrkesverksamma som möter gravida missbrukare är en relativt öppen kategori. Här hade ytterligare undersökningar kunnat göras med fler respondenter från fler arbetsplatser i samhället för att få en större översikt, fler respondenter har tagit upp samverkan och utbildning kring ämnet och det skulle kunna vara givande med vidare studier kring detta.

Att göra studier med frågeställningar med mer inriktning på kvinnans upplevelser och känslor kring hur de blir mottagna skulle vara intressant att se resultat på. Jag tror det är viktigt att fokusera på människan i centrum, som i detta fall är kvinnan. Dock kan jag tänka mig att det säkerligen kan vara svårt att få dessa kvinnor att ställa upp på intervjuer. Det är ett känsligt ämne och kan nog vara skamfyllt i mångas tankar.

Vad jag även skulle vilja undersöka är män som jobbar med detta. Personligen tror jag det kan vara svårare för en man att bemöta kvinnan, och tvärtom, om kvinnan beter sig på annat sätt i samtalet med en man.

8 Slutord

Jag vill återigen rikta ett stort tack till mina respondenter som har medverkat. Ni har gjort det möjligt för mig att genomföra min C-uppsats. Det har varit intressant och lärorikt att ta del av upplevelser och erfarenheter kring gravida missbrukare. Det har varit intressant att skriva om, lyssnat på olika åsikter och inte minst få erfarenheter av att utföra intervjuer.

Studien har gett mig en ökad kunskap, som jag förhoppningsvis kommer ha användning av i min framtida yrkesroll.

Referenslista

Litteratur

Askheim, Ole, Petter & Starrin, Bengt (2007). *Empowerment – ett modeord? Empowerment i teori och praktik*. (Red). Malmö: Gleerups utbildning AB.

Bernler, G och Johnsson, L (2001). *Teorier för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Dahlberg, Katarina (2005). *Mödravården missar riskdrickande*. Alkohol & Narkotika, Nr 3.

De Shazer, Steve (1997). *Ledtrådar: Undersökningar av lösningar i korttidsterapi*. Stockholm: Mareld.

Eriksson-Zetterquist, Ulla och Ahrne, Göran (2011). *Intervjuer. Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Essaisson, Peter Gilljam Mikael, Oscarsson Henrik, Wängnerud Lena (2007). *Metodpraktikan*. 3 utg. Stockholm: Nordstedts Juridik

Forsman, Birgitta (1997). *Forskningsetik. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Göransson, Mona (2004). *Alcohol consumption during pregnancy: How do we separate myth from reality?* Stockholm: Karolinska university press.

Hartman, Jan (2009). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Magne Holme, Idar & Krohn Solvang, Bernt (1997). *Forskningsmetodik, om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2 svenska utg. Lund: Studentlitteratur.

Miller, William och Rollnick Stephen (2003). *Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring*. 2 svenska utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Payne, Malcolm (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete*. 2 svenska utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Strandberg, Thomas (red) (2011). *Förhållningssätt och möten: arbetsmetoder i social omsorg*. 1 utg. Lund: Studentlitteratur.

Thomassen, Magdalene (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis - introduktion i vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups utbildning AB.

Öquist, Oscar (2003). *Systemteori i parktiken*. Stockholm: Gothia.

Offentligt tryck

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

SOU 2004:3 Tvång och förändring. Rättsäkerhet, vården innehåll och eftervård. Betänkande av LVM-utredningen.

Internet

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) (2010). *Rapport om drogutvecklingen i Sverige 2010*. [Elektronisk]

Tillgänglig på internet: <http://can.se/PageFiles/1299/can-rapportserie-125-drogutvecklingen-i-sverige-2010.pdf?epslanguage=sv> [2012-03-02].

Engström, Annika. (2009). *JO avvisar tvångsvård av gravida missbrukare*. [Elektronisk] Svenska Dagbladet

Tillgänglig på internet: http://www.svd.se/nyheter/inrikes/jo-avvisar-tvangsvard-av-gravida-missbrukare_3335519.svd [2012-03-02].

Hjort, Pernilla. (2004). *Narkotika och graviditet*. [Elektronisk] Vårdguiden, Stockholms läns landsting

Tillgänglig på internet: <http://www.varldguiden.se/Tema/Gravid/Livsstilsfragor/Droger/> [2012-03-03].

Rapport regeringskansliet (2009). [Elektronisk]

Tillgänglig på internet: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/12/70/30/aa463e99.pdf> [2012-03-03].

Nätverket Kvinnligt Missbruk (2011). *Riktlinjer kvinnligt missbruk*. [Elektronisk] FoUrum, Regionsförbundet Jönköpings län.

Tillgänglig på internet: http://www.regionjonkoping.se/web/Kvinnligt_missbruk.aspx [2012-10-02].

Socialstyrelsens hemsida (u.å) [Elektronisk]

Tillgänglig på internet:

<http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/missbrukundergraviditeten> [2012-03-03].

Stenius, Kerstin. (2009). *Nordisk alkohol och narkotikatidskrift*. [Elektronisk]

Tillgänglig på internet: <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4742/Ledare.pdf> [2012-03-24].

Bilaga 1

Informationsbrev

Hej!

Enligt överenskommelse på telefon skickar jag en officiell förfrågan om att få göra en intervjustudie med er. Jag genomgår för närvarande sjätte terminen på Socionomprogrammet vid Högskolan i Kristianstad. Under denna termin ingår det att jag ska göra ett självständigt vetenskapligt arbete i form av en C-uppsats. Syftet med min studie är att undersöka socialtjänstens och mödrahälsovårdens motivationsarbete av gravida kvinnor med ett risk- eller missbruk av alkohol och/eller narkotika, samt vilka insatser som kan komma ifråga för dessa kvinnor. Därigenom vill jag även se hur samarbetet ser ut mellan socialtjänsten och mödrahälsovården.

Som en del i studien och som grund för min analys kommer jag behöva genomföra intervjuer med personal som har erfarenhet av mitt undersökningsområde. En intervju beräknas ta cirka 30 minuter.

De forskningsetiska aspekter som är viktiga för Er deltagare att känna till är följande:

- Ditt deltagande i forskningsintervjun är givetvis frivilligt. Du kan när som helst avbryta intervjun och kan också avstå från att besvara enskilda frågor.
- Resultatet kommer att redovisas i författarens tolkade form på ett sätt som gör identifikationen av deltagarna omöjlig. Ingen information kommer att föras vidare till någon obehörig, intervjupersonens namn och organisatoriska tillhörighet kommer att avidentifieras i uppsatsen.
- Jag behöver spela in alla intervjuer på band för att underlätta arbetet att analysera intervjumaterialet. Efter att arbetet godkänts av högskolans examinator kommer allt material från intervjuerna att förstöras.

Ni kommer givetvis att få ta del av den färdiga studien som beräknas vara sammanställd i början av juni 2012.

Kontakta mig gärna om du har några frågor eller funderingar kring undersökningen. Du kan nå mig på epostadress: sanne.91@live.se eller på telefon: 0708-44 19 73

Universitetsadjunkt Weddig Runquist, Högskolan Kristianstad, är min handledare och han kan nås via epostadress: weddig.runquist@hkr.se eller på telefon: 044-20 40 05 eller 0723-07 65 65.

Med vänliga hälsningar,

Sanne Abrahamsson

Bilaga 2

Frågeschema Barnmorska

Inledande frågor

Börja berätta lite om din utbildnings- och yrkesbakgrund.

1. Hur länge har du varit verksam här?
2. Hur många gravida kvinnor har ni under 1 års tid?
Hur många är förstfödelse?
Ålder på kvinnorna?

Arbetsätt

1. Berätta vad som händer vid första mötet?
2. Vad gör man när man konstaterar ett för högt Auditvärde? (om Audit tas upp)
3. Hur arbetar ni specifikt med gravida kvinnor som har ett riskbruk?
Hur arbetar ni specifikt med gravida kvinnor som har ett missbruk?
4. Hur gjorde ni innan ni gick utbildningen som folkhälsoinstitutet anordnade?
5. Ser du några svårigheter i ditt arbete med gravida som har ett risk eller missbruk?
6. Vad är MVC:s huvudsakliga mål i arbetet med dessa kvinnor?
7. Skiljer sig arbetet beroende på vilken drog det handlar om?
8. Är alla era insatser frivilliga?
9. Om en kvinna med högt Audit-värde fortsätter dricka eller använda droger under graviditeten, hur hanterar ni en sådan situation?
10. I vilket skede tar ni kontakt med Socialtjänsten och gör en anmälan enligt 25 kap. 12 § Offentlighets- och sekretesslagen?
11. Involveras den blivande fadern i ert arbete?
Audit även på mannen? Om inte, varför?

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

13. Berätta om ett ärende där en kvinna har haft ett för högt Audit-värde och slutat dricka eller använda droger.
Berätta om ett ärende där en kvinna har haft samma Audit-värde som föregående men fortsatt dricka eller använda droger.
(Vad hände, upplevelser, vilka var inblandade)

14. Hur ser ett samarbete ut med övriga organisationer?
Vilka samarbetar ni regelbundet med?

15. Vad kännetecknar enligt dig ett gott samarbete mellan olika organisationer?
Är du nöjd med samarbetet?

Bilaga 3

Frågeschema Socialsekreterare

Inledande frågor

Börja berätta lite om din utbildnings- och yrkesbakgrund och dina arbetsuppgifter

1. Hur länge har du varit verksam här?
2. Hur många gravida missbrukare har ni per år?
Hur många är nyaktualiserade respektive återkommande av er ”kända” kvinnor?

Arbetsätt

1. Hur bemöter ni gravida missbrukare?
2. Är det svårare att arbeta med gravida missbrukare jämfört med andra missbrukande kvinnor?
På vilket sätt?
Varför?
3. Vad anser du är viktigast för att nå ett bra resultat när man arbetar med gravida missbrukare?
4. Vilka insatser erbjuds gravida missbrukare för att bearbeta sin livsvärld?
5. Hur skiljer sig arbetet med gravida kvinnor som ni anser vara omotiverade respektive motiverade?
6. Hur ofta får ni in anmälningar från MVC enligt 25 kap. 12 § Offentlighets- och sekretesslagen?
7. Har ni tagit initiativ till LVM på en gravid missbrukare?
Kan du isåfall berätta om ett sådant fall och hur kvinnan reagerade?
(Exempel på ett ärende)
8. Hur uppfattar du att samhället/omgivningen ser på gravida missbrukare?
Hur påverkar det socialarbetares/verksamhetens syn på kvinnan?
9. Hur ser ert samarbete ut med övriga organisationer?
I vilka lägen behövs samarbete?
10. Vad kännetecknar enligt dig ett gott samarbete med andra organisationer?
Är du nöjd med samarbetet? Vad kunde varit bättre?