

Eksamensopgave

SOCIALRÅDGIVERUDDANNELSEN – 7. SEMESTER

MODUL 13 – BACHELORPROJEKT

Navn:	Enisa Boric		
Studienr.:	20133366	Studentmail:	Eboric13@student.aau.dk
Navn:	Julie Zacho Olesen		
Studienr.:	20103458	Studentmail:	Jzol10@student.aau.dk
Navn:	Lis Kaspersen		
Studienr.:	20133381	Studentmail:	Lkape13@student.aau.dk
Navn:	Naja Holme		
Studienr.:	20125870	Studentmail:	Nholme12@student.aau.dk
Navn:			
Studienr.:		Studentmail:	

Titel:	Socialrådgiverens handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug
Engelsk titel:	The options of actions by the social worker in working with pregnant women with a substance abuse.
Antal anslag:	202.839
Vejleder:	Peter Vangsgaard
Gruppenr.:	14
Dato:	30-12-2016

Socialrådgiverens handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug



Projektet er udarbejdet ved socialrådgiveruddannelsen, Aalborguniversitet af gruppe 14:

Enisa Boric

Julie Zacho Olesen

Lis Kaspersen

Naja Holme

Vejleder: Peter Vangsgaard

Denne opgave er udarbejdet af studerende på socialrådgiveruddannelsen ved Aalborg Universitet, som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra socialrådgiveruddannelsens side og er således et udtryk for forfatterens egne synspunkter".

Tak

Vi ønsker at rette en særlig tak til de informanter fra Familiegruppen og Familieambulatoriet, som har bidraget med nyttigt viden til projekts undersøgelse samt vores vejleder, Peter Vangsgaard, der har været behjælpelig med råd og vejledning under hele forløbet.

Abstract

This project is written by Naja Holme, Lis Kaspersen, Enisa Boric and Julie Zacho, students at Aalborg University at the social worker education, attending from September 2016 to January 2017.

This project aims to find out about the current options available for working with pregnant women with a substance abuse, viewed by the professionals involved, and which challenges can be encountered when working with people across a range of professions. This is empirically investigated through qualitative interviews in the Familiegruppen and the Familieambulatorie in Nordjylland. In relation to the interviews it has come to our attention what the current Danish law can offer pregnant women with a substance abuse, and with that, which options the social worker has in attending to the unborn child's needs. During the process, we have become aware of the challenges involved by the inter-professional collaboration, when they must work together on a common task. One of the challenges of different professions working together arises because the different professions can be working with a different set of laws and therefore a different set of values. These values make up the guide lines for what is considered the best option of action in working with pregnant women with a substance abuse. Furthermore, our interest was awoken by the fact that other Nordic countries have statutory authority to use force in admitting pregnant women with a substance abuse with the purpose of securing the child's health and development. Because of the different approach, we have chosen to put the Norwegian Model in to perspective to have a closer look at their results.

In the project, we have chosen to use a hermeneutical approach as our theory of science. The hermeneutical approach has an influence in the way in which we have obtained knowledge, created an understanding and in how we have answered our problem definition. The interviews have contributed with a view of the social worker's daily life and we as outsiders, are therefore given an opportunity to understand their options of actions. In the analysis and interpretation of the informants answers we have used the following theories: Street-level Bureaucrats by Michael Lipsky, Doxa by Pierre Bourdieu, Technologies of Power by Michel Foucault, Attachment Theory by John Bowlby and Motivational Interviewing by William R. Miller and Stephen Rollnick.

As a result of the analyses, we have concluded that there are various factors involved in working with pregnant women with a substance abuse which the professionals all have to consider. This in some cases contributes to the complications involved in working within different professions, as the different professions can have different goals that they are working towards. This, in the end, can be an obstacle for the cooperation between different professions. Finally, we have concluded that the professionals involved in working with pregnant women with a substance abuse, are missing a viable option which takes care of the pregnant woman's substance abuse but also has focus on the attachment between mother and child.



Indhold

Kapitel 1. Indledning	3
1.1 Socialrådgiverens handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug.....	3
1.2 Socialt arbejde	3
1.3 Nuværende lovgivning på området.....	4
1.4 Samfundsdebatten om indførsel af tvang som en handlemulighed	5
1.5 Emnets relevans.....	6
1.6 Problemformulering.....	8
1.7 Begrebsafklaring	8
1.7.1 Misbrug.....	8
1.7.2 Tværprofessionelt samarbejde	9
1.8 Læsevejledning	9
Kapitel 2. Teoretisk ramme	10
2.1 Michael Lipsky	10
2.1.1 Krydspres	10
2.1.2 Afværgemekanismer	11
2.1.3 Kritik af Lipsky	11
2.2 Magtforståelser.....	11
2.2.1 Bourdieu	11
2.2.2 Foucault	12
2.2.3 Kritik af Foucault og Bourdieu.....	13
2.3 Miller og Rollnick.....	13
2.3.1 Motivationssamtalen	13
2.3.2 Kritik af motivationssamtalen	14
2.4 John Bowlby	15
2.4.1 Tilknytning.....	15
2.4.2 Tilknytningsmønstre.....	15
2.4.3 Kritik af Bowlby	16
2.5 Videnskabsteoretisk tilgang	17
2.5.1 Det hermeneutiske perspektiv.....	17
2.6 Egne forventninger og anvendelse af teori	18
Kapitel 3. Metodemæssige overvejelser	19
3.1 En kvalitativ metodologi.....	19
3.2 Valg af empiri	19



3.3 Indsamling af empiri.....	20
3.4 Interviewguide	21
3.5 Udførelse af interview.....	22
3.6 Databehandling.....	22
3.7 Analysestrategi.....	23
3.8 Kvalitetskriterier.....	23
Kapitel 4. Analyse.....	25
4.1 Præsentation af informanter	25
4.1.1 Familiegruppen	25
4.1.2 Familieambulatoriet.....	25
ANALYSEDEL 1: KRYDSPRES.....	26
4.2 "Så vil det [samarbejdet] selvfølgelig clashe engang imellem"	26
4.3 Opsummering	34
ANALYSEDEL 2: MAGT OG MOTIVATION	35
4.4 "Det kan man kalde manipulation, hvis man vil"	35
4.5 "Hvem bærer motivationen for at skabe forandring"	40
4.6 "At være drevet af den hellige ild"	40
4.7 Opsummering	45
ANALYSEDEL 3: TILKNYTNING	46
4.8 "Når man har et misbrug, kan man ikke have et barn hos sig"	46
4.9 "Døgnbehandling med fokus på barnet"	49
4.10 Opsummering	50
Kapitel 5. Konklusion.....	51
Kapitel 6. Perspektivering	52
6.1 Norges lovgivning.....	52
6.2 Resultater.....	53
Bibliografi	55

Kapitel 1. Indledning

Første del af projektet vil bestå af en beskrivelse af emnet for vores kommende bachelorprojekt, herunder hvorfor emnet er relevant set i forhold til vores profession som socialrådgivere. Projektbeskrivelsen vil til sidst ende ud i en problemformulering, som vi ønsker at undersøge nærmere.

1.1 Socialrådgiverens handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug

Et af de emner, som har opnået både offentlig og politisk bevågenhed de senere år, er gravide med et rusmiddelforbrug¹ og i særlig grad, hvorvidt tvangsindlæggelse af disse skulle indføres i Danmark efter lignende eksempel i Norge. Emnet rummer et utal af socialfaglige perspektiver såvel etiske som juridiske. Kogt ned drejer emnet sig om barnets tarv overfor den gravides frihed til selvbestemmelse. Der er dog mange aspekter i emnet, og det kompliceres yderligere ved, at lovgivningen er indrettet således, at moderen, mens hun er gravid, behandles iht. Sundhedsloven, mens barnet, når det er født, behandles iht. Serviceloven.

Vi ønsker med vores bachelorprojekt at undersøge socialrådgiverens handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Som lovgivningen er indrettet i dag, har socialrådgiveren mulighed for at tilbyde frivillig behandling som et led i at varetage barnets tarv. Dette er problematisk i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at nå ind til moderen gennem frivillighed, og spørgsmålet er her, om det i disse tilfælde vil være gavnligt at anvende andre handlemuligheder? Endvidere er gruppen en kompliceret størrelse at håndtere for samfundet idet der ofte er mange komplekse, sociale problemer forbundet med gravide med et rusmiddelforbrug. Dette medvirker, at mange sociale myndigheder skal samarbejde på tværs af professioner, sektorer og lovgivning, hvilket ofte er en udfordring for de fagprofessionelle og ikke mindst kvinden.

1.2 Socialt arbejde

Der findes ingen entydig definition på, hvad socialt arbejde er, men kigger man på Dansk Socialrådgiverforenings hjemmeside, som danner rammen for vores fagprofession, står følgende beskrevet:

”Det sociale arbejde virker til fremme for social forandring og problemløsning i menneskelige forhold. Det støtter det enkelte menneske i at frigøre sig og blive i stand til at øge sin trivsel. Ved hjælp af teorier om menneskelig adfærd og sociale systemer griber socialt arbejde ind på de områder, hvor mennesker og miljø påvirker hinanden. Principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed er fundamentale for socialt arbejde” (Socialrådgiverforening, 2016).

Således beskriver Dansk Socialrådgiverforening, at det sociale arbejde skal bidrage til forandring hos individer eller grupper, der lever i en udsat position, og som grundet omstændighederne har behov for hjælp og/eller støtte. Socialt arbejde har mange berøringsflader og omhandler flere samfundslag og niveauer, men fælles for arbejdet er, at det bestræber sig på at forebygge, mindske og afhjælpe social udsathed (Meeuwisse & Swärd, 2004). Kobler vi forståelsen af sociale problemer til vores målgruppe for projektet, sandes det, at gravide med et rusmiddelforbrug er et socialt problem. At være gravid og samtidig have et forbrug af rusmidler medfører som oftest problemer på flere niveauer; dels hos den gravide, dels hos fosteret, og her er spørgsmålet, hvis tarv, der skal vægtes højst – er det kvindens ret til selvbestemmelse eller omsorgspligten for barnet?

¹ Rusmiddelforbrug anvendes om et forbrugsmønster af et eller flere rusmidler, som medfører social, fysiske og/eller psykiske problemer og skader for brugeren (Indenrigsministeriet & Ældreministeriet, 2014).

Som lovgivningen er indrettet i Danmark i dag, er det i høj grad hensynet til den gravides selvbestemmelsesret, der vægtes højest, og dette har i flere sammenhænge givet anledning til diskussioner om, hvorvidt der i Danmark bør indføres tvangsindlæggelse af gravide med et rusmiddelforbrug med det formål at sikre barnets sundhed og udvikling. Dette bliver særligt relevant, om end problematisk, i de tilfælde, hvor kvinden grundet sit massive misbrug, ikke kan fastholdes i behandling gennem frivillighedens vej, og hvor barnet risikerer af blive vidnesbyrd af moderens misbrug. I disse tilfælde findes der nemlig ingen lovhjemmel, der giver mulighed for at tvangstilbageholde den gravide med et rusmiddelforbrug i det øjemed at sikre barnets sundhed og udvikling (Olofsson, 2010).

Målgruppen for vores projekt er gravide med et rusmiddelforbrug, som lever i en særlig sårbar og udsat situation. Målgruppen omfatter ligeledes de børn, der er født af gravide med et rusmiddelforbrug og som konsekvens heraf får behov for særlig støtte.

1.3 Nuværende lovgivning på området

Jf. ovenstående har vi i Danmark ikke lovhjemmel til at tvangsindlægge gravide rusmiddelforbrug. Vores lovgivning tilbyder derimod frivillige behandlingstilbud såsom ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling (Deding, 2011: 24). Lovgivningen er delt, hvorfor de gravide alkoholmisbrugere kan tilbydes behandling iht. Sundhedsloven § 141, mens gravide stofmisbrugere kan tilbydes behandling iht. Servicelovens § 101. Behandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter at pågældende har henvendt sig iht. Serviceloven § 101 stk. 2 og Sundhedsloven § 141 stk. 2. For at kommunen kan tvangstilbageholde den gravide alkoholmisbruger, skal pågældende selv give samtykke hertil. I den forbindelse skal kommunalbestyrelsen først og fremmest træffe afgørelse om at anvende muligheden for tilbageholdelse iht. Sundhedsloven § 141 a. Efterfølgende skal kommunalbestyrelsen tilbyde pågældende om at indgå en kontrakt om behandling, som blandt andet giver mulighed for at tvangstilbageholde den gravide alkoholmisbruger iht. Sundhedsloven § 141 b. Kontraktens varighed må ikke overstige en periode på 6 måneder iht. Sundhedslovens § 141 b, stk. 3. Når kontrakten udarbejdes, skal den gravide være i en tilstand, hvor hun mentalt kan forstå, hvad kontrakten indebærer. Det er frivilligt for den gravide, om hun vil indgå en sådan kontrakt, og i den forbindelse er det vigtigt at være bevidst om frivillighedsprincippet og ikke presse den gravide. Pågældende kan til enhver tid vælge at opsige kontrakten om behandling, dog ikke hvis pågældende allerede er tilbageholdt, eller hvis præmisserne for tilbageholdelse iht. Sundhedsloven § 141 c er gældende (Schultz, 2008). Gravide stofmisbrugere tilbydes behandling iht. Serviceloven § 101. Loven omhandler blandt andet krav på et behandlingstilbud, behandlingsgaranti samt frit valg af behandlingstilbud (Lundsberg, 2007). Derudover skal Kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbruger støtte på et døgnophold iht. Serviceloven § 107, stk. 2, nr. 2. I den forbindelse skal den pågældende tilbydes at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for at blive tilbageholdt, jf. Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling § 1 (Retsinformation, 2013). Når denne kontrakt skal udarbejdes, gælder der ligeledes samme betingelser for kontraktens varighed på maksimalt 6 måneder iht. Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling § 4 og med mulighed for, når som helst, at opsige kontrakten iht. § 4, stk. 2. Tilbageholdelsen kan alene ske, hvis det formodes, at den gravide med et rusmiddelforbrug vil afbryde behandlingen, og der er udsigt til væsentligt forværring af pågældendes tilstand, og hvis pågældende er til fare for sig selv eller andre iht. Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling § 5, samt hvis andre foranstaltninger er utilstrækkelige iht. Stk. 2 (Deding, 2011).

1.4 Samfundsdebatten om indførsel af tvang som en handlemulighed

Et af de emner, der i høj grad har gjort handlemuligheder overfor gravide med et rusmiddelforbrug til et aktuelt emne at beskæftige sig med, er hele diskussionen om, hvorvidt man skal indføre tvangsindlæggelse efter norsk eksempel i behandlingen af gravide med et rusmiddelforbrug. En af årsagerne til, at der ikke er indført tvang overfor gravide med et rusmiddelforbrug handler om, at der er bred uenighed omkring, hvorvidt tvang både etisk og i praksis er en god eller dårlig idé.

Grundet emnets følsomme karakter, er der flere markante aktører lige fra politikere, interesseorganisationer, styrelser, fagpersoner mv., der deltager aktivt i debatten. I 2009 oprettede man fra politik hold Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn med den hensigt at indsamle viden og erfaring fra både ind- og udland. Endvidere oprettede man i samme ombæring fem regionale familieambulatorier, hvor jordemødre, sygeplejersker, læger og socialrådgivere arbejder med gravide med et rusmiddelforbrug med det formål at forebygge skader hos deres ufødte barn. Familieambulatorierne blev oprettet efter forbillede fra Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital, hvor en af de mest fremtrædende debattører og fortalere for, at det skal være lovligt at tvangsbehandle gravide med et rusmiddelforbrug, May Olofsson, var leder. May Olofsson blev ydermere udpeget som leder for Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn. Via sit virke agiterede May Olofsson kraftigt for lovgivning på området, men i 2014 blev May Olofsson fyret både som leder for Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn og Hvidovre Hospital. Rækken af tilhængere for tvangsbehandling tæller yderligere tidligere formand for Det Etske Råd Jacob Birkler, Lisbeth Zorning Andersen, tidligere Socialminister Benedikte Kjær og minister for offentlig innovation (tidligere Sundheds- og Ældreminister) Sophie Løhde (Nilsson, 2015).

Argumenterne for tvang handler i høj grad om, at fostret er den svage part i relationen mor vs. foster, og derfor skal beskyttes mod moderens rusmiddelforbrug. Tvangsmæssig behandling skal altså sikre barnets velfærd i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at nå ind til moderen gennem frivillighed. Der argumenteres også for, at tvang ikke kun er for barnets bedste, men også er for moderens, da hun alt andet lige ønsker barnets bedste. Flere ser således misbrug som en sygdom, og man kan i den sammenhæng sætte spørgsmålstejn ved, om kvinden i realiteten har selvbestemmelse, når hun er i dyb afhængighed, og om det dermed ikke er myndighedernes pligt at gøre, hvad de kan for at forhindre barnet i at blive skadet, og dermed træffe valget for kvinden. Endvidere er det højst sandsynligt, at barnet skal tvangsfjernes efterfølgende, og da det også er tvang, kan man derfor argumentere for, om det ikke er bedre at benytte tvang i forbindelse med graviditeten og dermed sikre at barnet ikke bliver skadet og samtidigt få moderen ud af sit misbrug, hvorved man også højner sandsynligheden for, at barnet ikke skal tvangsfjernes efterfølgende. Der er også nogle økonomiske argumenter forbundet med at tvangsindlægge kvinden under graviditeten. Børn af misbrugere bliver ofte skadet for livet med både fysiske og psykiske men, hvilket kræver massiv støtte gennem opvæksten (Mansø, 2014; Dall, 2014; Ritzau, 2014).

Der er dog også en række aktører, der finder det problematisk at tvangsindlægge gravide. I denne gruppe tilhører lederne af Familieambulatorierne, der efter May Olofssons afskedigelse har fundet fælles fodslag i forhold til at opponere imod tvangsindlæggelse, og som i et fælles brev i 2015 til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg på det kraftigste fraråder brugen af tvang. Af andre modstandere af tvangsbehandling kan nævnes direktør i Børns Vilkår, Rasmus Kjeldahl, Nanna Gotfredsen fra Gadejuristen, formand for Det Etske Råd, Gorm Greisen og SF. Argumenterne mod brugen af tvang drejer sig først og fremmest om, at man frygter, at de gravide med et rusmiddelforbrug holder sig væk fra myndighederne, og dermed først kommer i

berøring med systemet, når det er for sent. Endvidere argumenteres der for, at kvinderne trods alt stadig har selvbestemmelse over egen krop, og tvang blot vil stigmatisere kvinderne yderligere. Dertil kommer, at det med tvang bliver sværere at opnå en tillidsbaseret relation, som det sociale arbejde skal bygge på (Nilsson, 2015; Sørensen, 2015).

Tvang er en af flere handlemuligheder i vores nabolande i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug, og selve ovenstående diskussion er en af årsagerne til, at vores interesse blev vakt i forhold til målgruppen. I vores bachelorprojekt vil vi imidlertid kun, de steder vi finder det relevant, beskæftige os med tvang som handlemulighed. Det skyldes, at i og med tvang ikke er indført i Danmark, vil projektet kun have karakter af en hypotetisk analyse. Vi ønsker ikke, at vores projekt kun skal bære præg af gisninger om, hvilke fordele og ulemper, der ville være ved indførslen af tvang. Vi vil i vores projekt derfor fokusere på noget eksisterende, som rent faktisk er muligt at undersøge. Genstandsfeltet for vores projekt bliver derfor de handlemuligheder, der er i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug.

1.5 Emnets relevans

Vi har nu kigget på nogle af de problemstillinger, som er knyttet til emnet, og det er nu relevant at stille spørgsmålet, hvorfor gravide med et rusmiddelforbrug er et emne, man bør beskæftige sig med i et bachelorprojekt på socialrådgiveruddannelsen?

Sundhedsstyrelsen registrer årligt mellem 50 og 100 børn, som bliver født med abstinenser, fordi moderen har haft et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller stoffer under graviditeten, og mellem 5 og 15 børn bliver født med diagnosen Føtal Alkoholsyndrom (FAS), som er den mest alvorlige medfødte alkoholskade (Dall, 2014). Et forsigtigt skøn peger derudover på, at ca. 3.500 børn årligt fødes af mødre, som er afhængige af en eller anden form for rusmiddel, og at ca. 10-15 kvinder af dem, der indgår i behandlingsforløb, afbryder det frivillige samarbejde og vender tilbage til misbrug (Sørensen, 2015).

Vi har således en viden om, at der hvert år fødes børn med alvorlige helbredsproblemer og skader, fordi moderen har haft et rusmiddelforbrug under graviditeten. Det betyder også, at nogle af de samme børn ender som nogle af samfundets svageste borgere med så ringe livsvilkår, at der som oftest bliver et behov for støtte på et tidspunkt i deres liv. Dertil kommer, at børn, der har været udsat for rusmidler gennem graviditeten ofte fødes med anderledes behov, som ydermere stiller krav til forældreoven i forhold til at læse og forstå barnets signaler, hvilket i nogle tilfælde begrænses af, at den (tidligere) misbrugende moder selv er opvokset under særlige livsvilkår og derfor selv befinder sig i en sårbar og udsat livssituation (Indenrigsministeriet & Ældreministeriet, 2014). Med et øget fokus på de følgeskader, det har for fosteret, synes der også at være grund til at få synliggjort barnets behov for støtte – også mens kvinden er gravid. May Olofson udtaler i et interview til Politikken:

”De her børn bliver skadet for livet. Fysisk og psykisk. Det er handicappede børn, som ikke kan klare sig i normale skoler, som skal have særtilbud med fysioterapi og sprogunderstøttelse. Det er børn, som er samfundsøkonomisk bliver rigtig, rigtig dyre, men mest af alt er det børn, som vi svigter ved ikke at gøre, hvad vi kan for at forhindre dem i at blive skadede” (Dall, 2014).

Set ud fra et rent samfundsøkonomiskperspektiv er gravide med et rusmiddelforbrug også interessante at beskæftige sig med. Rent statistisk er det svært at opgøre, hvor belastende gravide med et rusmiddelforbrug og deres børn er for samfundsøkonomien. Der er dog ingen tvivl om, at belastningen er betragtelig i og med børn af misbrugere har overhængende risiko for udviklingsskader, herunder medfødte hjertefejl, hjerneskade

og andre misdannelser. Endvidere er børnene i øget risiko for psykisk relaterede skader såsom forsinket udvikling, opmærksomhedsforstyrrelser, adfærdsproblemer, indlæringsproblemer osv. Hertil kommer sociale problemer, som relaterer sig til omsorgssvigt, understimulation og andre fysiske overgreb. Disse rusmiddelskadede børn får hverken en normal barndom eller voksenliv og vil formentligt have behov for betydelig hjælp og støtte fra det offentlige gennem hele deres liv. Det er, som bekendt, meget dyrt at behandle og hjælpe et handicappet menneske gennem hele livet, og det har store menneskelige omkostninger. Mødrene, som en gruppe for sig, vil ligeledes være en samfundsøkonomisk stor belastning, da de også vil være afhængige af hjælpeforanstaltninger store dele af deres liv. Set ud fra en cost-benefit betragtning, er der altså ingen tvivl om, at en bedre forebyggende indsats overfor gravide med et rusmiddelforbrug også vil have en samfundsmæssig økonomisk gevinst (Olofsson, 2010).

Ifølge Dansk Socialrådgiverforening er det vigtigt, at socialrådgiveren, i mødet med det enkelte individ, reflekterer over, hvad den gode handlemulighed er. Dette gøres ud fra en socialfaglig vurdering af den enkelte situation og i relation til de muligheder, lovgivningen fastsætter (Dansk Socialrådgiverforening, 2016). Serviceloven pålægger kommunerne at sikre, at kvinden og det ufødte barn modtager relevante sociale tilbud både under og efter graviditeten, men som det er nu, præger de politiske rammer i høj grad socialrådgiverens handlemuligheder i de tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige. Her stilles socialrådgiveren i en "venteposition", indtil at barnet er født, hvorved de lovgivningsmæssige handlemuligheder træder i kraft. Emnet er således yderst relevant for os, som kommende socialrådgivere, da vi på den ene side i praksis kan føle os handlingslammet over for kvindens misbrug og på den anden side skal sætte ind med massiv støtte og evt. tvangsfjernelse, så snart barnet er født. Gravide med et rusmiddelforbrug er et socialt problem, som både handler om de børn, der har taget skade, men også om de gravide med et rusmiddelforbrug, der, så snart de ikke længere er gravide, både er misbrugende og mødre. Som tidligere nævnt handler socialt arbejde netop om at fremme social forandring i menneskelige forhold og drage omsorg for de udsatte i vores samfund. Gravide med et rusmiddelforbrug og deres kommende børn hører under det sociale arbejde, da de er en meget udsat gruppe i vores samfund.

Grundet den sociale gruppes kompleksitet er det ydermere centralt, at de forskellige myndigheder samarbejder tværprofessionelt om en forebyggende indsats. Der har de seneste år været en øget fokus på tværprofessionelt samarbejde, som er tænkt som en af løsningerne på flere af velfærdssamfundets udfordringer. I den sammenhæng skal det tværprofessionelle samarbejde ses som en metode til at forbedre, effektivisere og udvikle den samlede velfærdsindsats overfor den enkelte borger i kontakten med det offentlige system (Højholdt, 2013). Flere studier tyder dog på, at tværprofessionelt samarbejde ofte er en generel udfordring i den offentlige sektor, og i særlig grad de steder, hvor det er tilfældet, at de forskellige myndigheder arbejder ud fra forskellige lovgivninger, formål og værdisæt. Som tidligere nævnt, er dette netop tilfældet med vores målgruppe, mens kvinden med et rusmiddelforbrug under graviditeten behandles iht. Sundhedsloven og dermed sundhedspersonale, men overgår til det sociale system og dermed Serviceloven, så snart barnet er født. Dette kan have betydning for samarbejdet, som udfordres af de forskellige forståelser, som er indlejret i de forskellige professioner. De forskellige perspektiver, som er udmøntet af lovgivningen, vanskeliggør i dag samarbejdet, og man kan i den forbindelse have en formodning om, at samarbejdsvanskelighederne i sidste ende udgør en barriere for handlemulighederne, hvilket også gør emnet aktuelt at beskæftige sig med (Højholdt, 2013).

1.6 Problemformulering

Vores interesse for emnet er opstået i forbindelse med samfundsdebatten om, hvorvidt man i Danmark skal indføre lovhjemmel til at tvangsindlægge gravide med et rusmiddelforbrug med det formål at varetage barnets tarv. I den forbindelse er vi blevet opmærksomme på, hvad den nuværende danske lovgivning kan tilbyde gravide med et rusmiddelforbrug, herunder hvad socialrådgiveren har af handlemuligheder i forhold til at varetage det ufødte barns behov. Vi er ydermere i processen blevet opmærksomme på de udfordringer, der eksisterer i det tværprofessionelle samarbejde, når de sammen skal arbejde mod en fælles opgaveløsning. At samarbejdet mellem de forskellige professioner er udfordrende handler i stor grad om, at der arbejdes ud fra forskellige lovgivninger og dermed forskellige værdisæt, som hver især tegner en profil for, hvad den gode handlemulighed i arbejdet med den gravide kvinde med et rusmiddelforbrug er. Det har endvidere også vakt vores interesse, at man i andre nordiske lande, såsom Norge, har indført lovhjemmel til at tvangsindlægge gravide med et rusmiddelforbrug i det øjemed at sikre barnets sundhed og udvikling.

På baggrund af ovenstående er vi kommet frem til foreløbig problemformulering:

Hvilke handlemuligheder er der i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug i forhold til at varetage barnets tarv, og hvordan opleves disse af de involverede fagprofessionelle – herunder udfordringerne ved det tværprofessionelle samarbejde?

- Hvordan præger krydspresset de fagprofessionelles handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug?
- Hvordan anvendes magt og motivation som centrale handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug?
- Er handlemulighederne, ud fra de involverede fagprofessionelles oplevelse, tilstrækkelige i forhold til at sikre tilknytningen mellem mor og barn?

1.7 Begrebsafklaring

Hensigten med følgende afsnit er at definere relevante begreber ud fra vores terminologi og dermed forståelse. Definitionerne tager således afsæt i, at læseren igennem projektet har samme opfattelse af begreberne, som er tilsigtet i projektet.

1.7.1 Misbrug

Der findes flere forskellige definitioner af, hvad et misbrug er. Ifølge grundbogen i Psykiatri af Erik Simonsen og Bo Møhl anvendes ICD-10 kriterier til at definere et misbrug. ICD-10 er en forkortelse af International Classification of Diseases og er et internationalt diagnosesystem. Tallet 10 betyder, at det er den tiende udgave af systemet. I grundbogen i Psykiatri er definitionerne delt op i, om der er tale om stofmisbrug eller alkoholmisbrug (Simonsen & Møhl, 2010). I vores projekt har vi valgt ikke at fokusere alene på stofmisbrug eller alkoholmisbrug, da de gravide ofte har et blandingsmisbrug. Vi har derfor fravalgt at benytte Simonsens og Møhls definitioner, da vi ikke finder den anvendelig i forhold til vores problemstilling. Vi har i stedet valgt at anvende WHO's (World Health Organization) definition:

“Et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dens omgivelser” (Socialstyrelsen, 2015).

Vi har valgt at anvende WHO's definition, da det er en meget bred definition, som dækker både over alkoholmisbrug og stofmisbrug, hvorfor den er mere brugbar i forhold til vores problemstilling. Definitionen

dækker endvidere over en lang række udslag af rusmiddelforbrug (Socialstyrelsen, 2015). Et misbrug kan således defineres som et forbrug af rusmidler, der har betydning for den gravide med et rusmiddelforbrugs dagligdag og de emotionelle relationer til ens omgivelser.

Endvidere kan misbrug anses ud fra tre forskellige perspektiver: det sundhedsfaglige, det psykiatriske og det juridiske. Sundhedsstyrelsen, som er den førende sundhedsfaglige myndighed, har det sundhedsfaglige perspektiv. De fokuserer på rusmidlers effekt og de fysiske konsekvenser heraf. I forhold til det psykiatriske perspektiv af misbruget ses der på flere forskellige mønstre, når der skal stilles en diagnose. Der ses blandt andet på det fysiske, det psykiske og adfærdsmæssige samt graden af afhængigheden. Ser man på det juridiske perspektiv er eksempelvis lovlige rusmidler, såsom alkohol, ikke defineret som et misbrug. Derimod er rusmidler som kokain, heroin og hash defineret som et misbrug, da de i lovens forstand er ulovlige rusmidler. Den juridiske definition er således god at have kendskab til, da den siger noget omkring de forskellige rusmidlers normer, om rusmidlet er lovligt samt rusmidlets tilgængelighed og pris (Misbrugsportalen, 2012).

1.7.2 Tværprofessionelt samarbejde

Til begrebsafklaringen tager vi afsæt i Andy Højholdts definition af tværprofessionelt samarbejde. Højholdt beskriver begrebet som en betegnelse for et samarbejde imellem fagpersoner med forskellig professionsstand. Fagpersonerne har derfor forskellige videnskabelige afsæt og dermed forskelligt monopol på opgavevaretagelsen. Tværprofessionelt samarbejde foregår således, når flere professioner er sammen om at løse en opgave og er med til at koordinere og sikre overgangen og helheden i en indsats. Højholdt beskriver videre, at begrebet tværprofessionalitet både har fokus på fagligheden og på de normer, vaner, værdier og det ansvar, de professionelle har og påtager sig i en konkret opgave. På den måde vurderes tværprofessionelt samarbejde også at favne bredere og på et højere niveau, idet den enkelte fagprofessionelles professionsidentitet ideelt set udvikles ved at samarbejde på tværs af professioner (Højholdt, 2013: 59-60).

1.8 Læsevejledning

Det er nu tid til at arbejde videre med vores projekts problemformulering, men først vil vi kort vende blikket mod projektets opbygning samt formålet med de forskellige kapitler – dette med et ønske om at skabe overblik og ikke mindst tydeliggøre, hvad der kan forventes af resten af projektet.

Foregående første del af projektet har bestået af en indledning og præsentation i forhold til projektet. I anden del, kapitel 2, præsenteres vores teoretiske afsæt, og rammen for vores analyse skabes. I tredje del, som indeholder kapitel 3 og 4, vil vi finde frem til, hvordan vi vil undersøge vores problemformulering. Vi vil i disse afsnit give læseren en forståelse af- og indsigt i den metode og videnskabsteoretiske tilgang, vi har valgt at anlægge gennem projektet. Kapitel 3 indeholder således vores videnskabelige position, som ligger til grund for vores studie. I kapitel 4 bliver vores metodemæssige overvejelser klargjort, ligesom vi præsenterer vores metoder til empiriindsamlingen samt vores aktører. Kapitel 5 er således det sted, hvor det empiriske materiale analyseres i forhold til hele projektets formål, som netop er undersøgelsen om socialrådgiverens handlemuligheder i arbejdet med gravide med et misbrug. Sjette og sidste del af projektet, er vores konklusion, hvor vi opsummerer vores resultater. Denne del vil endvidere også bestå af en perspektivering, kapitel 7, i forhold til vores nordiske lande, som har tvangsmæssige lovhjemler i forhold til at varetage barnets tarv.

Kapitel 2. Teoretisk ramme

Vores overordnede ramme for analysen er at identificere socialarbejdernes nuværende handlemuligheder samt deres oplevelse af disse, herunder de udfordringer, der kan opstå i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Vi vil i nedenstående afsnit uddybe vores teoretiske forståelser med fokus på de begreber og dele, der har været relevante for analysedelen. Afslutningsvis i kapitlet vil vi begrunde vores videnskabsteoretiske standpunkt, samt hvordan denne i samspil med teorien vil indgå i analysearbejdet.

2.1 Michael Lipsky

Michael Lipsky, amerikansk politolog og implementeringsforsker, udfordrer den mere klassiske implementerings- og forvaltningstradition ved at hævde, at de virkelige beslutningstagere, også kaldet Street Level Bureaucrats², er dem, der i deres daglige virke afleverer den offentlige politik i direkte kontakt med borgerne. Således beskriver Lipsky også statens møde med borgerne som stedet, hvor de offentlige politikker bliver omformet til endelige beslutninger. I tråd med dette taler Lipsky om det krydspres, der kan eksistere, når man som markarbejder skal anvende og udføre de love, som er vedtaget i samfundet, til borgere, under hensyntagen til såvel politiske, administrative, organisatoriske som faglige målsætninger (Winter, 2007). Ovenstående målsætninger knytter sig til forskellige retfærdiggørelser af de valg og fravalg, man som markarbejder gør sig. Det betyder samtidig også, at den ramme, der gerne skulle opleves som et bærende og støttende element i arbejdet, hurtigt kan opleves som et konfliktfyldt krydspres (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

2.1.1 Krydspres

Som fagprofessionel kan man opleve forskellige former for krydspres, som, ifølge Lipsky, udspringer af en række forskellige målsætninger, herunder en hensyntagen til såvel faglige, politiske, administrative som organisatoriske målsætninger. For den fagprofessionelle betyder det, at denne skal agere inden for juridisk gældende lovgivning og samtidig forholde sig konstruktivt til intentionen bag lovgivningen. Endvidere skal den fagprofessionelle arbejde på en måde, der fordrer, at denne får taget de rette administrative hensyn, ligesom de skal kende og ikke mindst tilpasse sig organisationens doxa³. Sidst men ikke mindst skal den fagprofessionelle arbejde på en måde, som er i overensstemmelse med egen faglige integritet (Järvinen & Mik-Meyer, 2012: 166-167).

I forhold til vores projekt, som omhandler gravide med et rusmiddelforbrug, kan krydspreset bl.a. omhandle den konflikt, der ligger indlejret i lovgivningen, hvor man på den ene side har en lovgivning, der tilbyder den gravide en række frivillige tilbud og dermed er med til at sikre kvindens selvbestemmelsesret, mens man på den anden side har barnets tarv, som først, når det bliver født, får juridisk, social og økonomisk beskyttelse. Dette kompliceres endvidere af, at de fagprofessionelle, som arbejder med målgruppen, opererer ud fra forskellige lovgivninger med hver deres formål og værdisæt, og som præger organisationens doxa og ikke mindst den fagprofessionelles professionsidentitet. Et andet krydspres, der kan eksistere i arbejdet med gravide med et misbrug, er det faktum, at lovgivningen i behandlingen af kvinderne ikke kommer med en klar og entydig definition af, hvilket behandlingstilbud og behandling kvinden har krav på. Håndteringen af krydspreset indebærer altså, at socialrådgiveren er nødsaget til at foretage faglige skøn, som i sidste ende kan få betydning for kvinden, som risikerer en ulige behandling, idet skønsudøvelsen kan medføre, at lovgivningen bliver tolket forskelligt alt efter kommune og fagperson (Lundsberg, 2007).

² Benævnes herefter som markarbejdere.

³ Begrebet doxa uddybes i afsnit 2.2.1

2.1.2 Afværgemekanismer

Kernen i Lipskys teori er, at man som fagprofessionel ofte vil opleve en kløft mellem de krav, der stilles og de ressourcer, der er til rådighed. For markarbejderen betyder det, at i og med at arbejdet med borgerne er omfattet af en ramme, der er politisk ledet, spiller andre forhold som fx økonomi og organisatoriske målsætninger tilmed ind- og får indflydelse på udførelsen af det sociale arbejde. I den forbindelse taler Lipsky om afværgemekanismer, som den fagprofessionelle ofte vil udvikle for at kunne håndtere det pres, de forskellige målsætninger foranlediger. Afværgemekanismerne kan tage sig forskelligt ud, og kan blandt andet omhandle den fagprofessionelles diskriminering og fordrejninger af lovgivningen, som ikke bliver fulgt efter hensigten. I forlængelse heraf taler Lipsky også om, hvordan den fagprofessionelle rationerer eller prioriterer i arbejdet forstået på den måde, at den fagprofessionelle i nogle tilfælde opprioriterer de borgere, hvor der synes at være de største chancer for succes. Omvendt nedprioriteres de borgere, hvor der synes at være mindre sandsynlighed for at opnå succes med de ydelser, de ellers har ret til at være modtagere af. I sidste ende betyder det, at der sker en form for sortering i forhold til, hvilke borgere, der opnår adgang til ydelserne, og princippet om lige behandling tilsidesættes efter en konkret vurdering af, hvor gode borgerens chancer er for at opnå udbytte med en indsats (Winter, 2007: 78-81).

2.1.3 Kritik af Lipsky

Når man anvender Lipskys begreber som et analytisk redskab, er det, som med andre teorier, vigtigt at forholde sig kritisk hertil. Søren Winter pointerer blandt andet, at teorien som udgangspunkt tegner et meget kynisk og dysfunktionelt billede af markarbejderens rolle, hvor man omvendt også kunne vælge at anskue markarbejderne mere positive og som lokale problemløsere, der på trods af regler, budgetter, organisationsstruktur mv., løser problemer ud fra en viden om målgruppens situation, ressourcer og barrierer. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at der eksisterer andre afværgemekanismer, som Lipsky nødvendigvis ikke berører. Sidst men ikke mindst er det også vigtigt at være opmærksom på, at teorien er opstået i Amerika for over 30 år siden og i en anden politisk kontekst end den danske. Det betyder, at teorien kan adskille sig fra den offentlige sektor, hvorfor der kan være parametre i teorien, som er mere eller mindre irrelevante for en dansk kontekst (Winter, 2007).

2.2 Magtforståelser

Igennem en årrække er der i stigende grad stillet krav til de forskellige velfærdsinstitutioner om at møde borgeren, som denne er. Kravet indeholder dermed også en antagelse om, at enhver indsats skal tilrettelægges og tilpasses efter den enkelte. Samtidig er velfærdsinstitutioner præget af bestemte faglogikker, som er afgørende i forhold til, hvordan den professionelle kan iagttage og møde borgeren. Ud fra denne betragtning bliver mødet mellem borger og fagprofessionel et møde om magt. Selvom man som fagprofessionel ikke anser sig selv som magtfuld, så er der i det sociale arbejde indlejret en organisatorisk forankret magt, som består i, at den fagprofessionelle forvalter sociale ydelser, og de beslutninger, der træffes i dette øjemed har ofte direkte eller indirekte konsekvenser for borgerens liv (Meeuwisse & Swärd, 2004).

2.2.1 Bourdieu

I forlængelse heraf beskriver Bourdieu socialarbejderens forankrede magt ud fra begrebet doxa, som netop omhandler organisationen og den fagprofessionelles egne regler, rutiner og forestillinger om, hvad der er rigtig og forkert, normalt og unormalt. Doxa kan i den sammenhæng betegnes som feltets tavse viden og kan være den professionelles selvforståelse på feltet, den professionelles forestilling om- og definitioner af borgerne eller deres forklaringsmodeller for sociale problemers opståen. På den måde kommer doxa også til at fungere som "Docta Ignorantia", et forståelses- og vurderingssystem, der ikke diskuteres eller stilles spørgsmålstegn

ved, idet doxa er opstået gennem det enkelte felts egne opfattelser og handlingsmønstre (Meeuwisse & Swärd, 2004: 243-244). Man kan på den måde sige, at feltets viden eksisterer som tavse, underforstået forestillinger, der samtidig virker så naturlige, at der ikke længere stilles spørgsmålstejn derved. Problemet eller udfordringen ved doxa er, at borgeren ikke er opmærksom på- eller bevidst om denne proces, hvorfor borgeren heller ikke stiller sig kritisk over for det, som danner rammen for hjælpen. Ifølge Bourdieu underkaster borgeren sig dermed frivilligt organisationens doxa og udsætter sig for det, som Bourdieu kalder for symbolsk vold, som er; *"De milde, usynlige former for vold, der aldrig opfattes som vold, som vi ikke påtvinges, men vælger, den vold der ligger i goder, tillid, pligt, personlig loyalitet"* (Meeuwisse & Swärd, 2012: 244). Således er der altså i mødet mellem fagprofessionel og borger indlejret et usynligt magtforhold, som reproduceres ved, at borgeren aktiv medvirker til at legitimere og godtage den fagprofessionelles autoritet (Meeuwisse & Swärd, 2004).

2.2.2 Foucault

Den franske filosof Michel Foucault beskriver ligeledes, hvordan magt er konstruerede sandheder om, hvad der er bedst for borgerne ud fra socialarbejdernes synspunkt. I den forbindelse anvender Foucault begrebet pastoralmagt, som henviser til den oldkristne tradition, hvor kirken havde en omfattende magt over menigheden, som bestod i at kontrollere/hjælpe borgere til "det gode liv" (Meeuwisse & Swärd, 2004). I nutidens velfærdssamfund kan man argumentere for, at den fagprofessionelle besidder en lignende definitionsmagt i forhold til det gode liv. Metoden, der anvendes, er en positiv magt, og som derfor er svær for borgeren at forsvare sig mod. De pastorale teknikker virker altså ved at lede borgeren mod en "bekendende sandhedsproduktion", hvor borgeren selv bringes frem til sandheden om egne selvforhold (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I forlængelse af begrebet pastoralmagt taler Foucault om de magtteknologier, som har til hensigt at styre, påvirke og forme menneskelig adfærd. Magtteknologier er, ifølge Foucault, en række instrumenter, den fagprofessionelle benytter sig af, når denne forsøger at styre eller iagttage borgeren. Vi anvender magtteknologier i vores analyse ved at sætte fokus på de samtaleteknologier, der anvendes i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Dette hænger også sammen med begrebet Governmentality, som Foucault betegner som liberalstyringspraksis, hvor målet i sidste ende er at skabe kompetente borgere gennem hjælp til selvhjælp (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

I forhold til nærværende projekt bliver både Bourdieu og Foucaults begreber relevante, idet de begge opererer med begreber, der er med til at kaste lys over nogle af de (magtfulde) handlemuligheder, der eksisterer i mødet med den gravide med et rusmiddelforbrug. Selvom socialarbejderen ikke betragter sig selv som magtfuld, er der, uanset organisation, indlejret et usynligt magtforhold. Den gravide kvinde stilles dermed også i ulige forhold over for den fagprofessionelle, idet hun er modtageren af diverse hjælpe- og støtteforanstaltninger. I den sammenhæng kan der også argumenteres for, at kvinden bliver genstand for organisationernes regler og rutiner, altså deres forskellige doxa. Selvom det er umuligt at undgå magtrelationer, er det ikke umuligt at forholde sig til- og arbejde med dem. Det handler bl.a. om at gøre sig selv bevidst om egen magtposition og på den måde balancere mellem det at tage ansvar *for* en person og tage ansvar *fra* en person. Der er altså nogle helt tydelige magtprocesser, man som fagprofessionel er nødsaget til at gøre sig bevidst om, for netop ikke at komme til at krænke den gravides integritet og selvbestemmelse (Eide & Eide, 2007).

2.2.3 Kritik af Foucault og Bourdieu

Foucault og Bourdieu tilhører begge den socialkonstruktivistiske epistemologi, hvor der ikke eksisterer en objektiv sandhed. Det vil sige, at virkeligheden er et udslag af de magtstrukturer og diskursive processer, der eksisterer i et samfund. Man kan imidlertid kritisere denne anskuelse ud fra et liberalistisk perspektiv. Ud fra den liberale logik kan virkeligheden ikke blot reduceres til sociale konstruktioner, som er formet af diskursive processer. Der er en virkelighed, og den forsvinder ikke ved, at man ikke erkender den. I stedet bør samfundet bygge på nogle normativt grundlæggende og universelle liberale værdier, som ikke kan relativiseres. Bourdieu og Foucaults anfægtes i den sammenhæng for at negligere det individuelle ansvar og dermed borgernes evne til at træffe valg og tage ansvar for egen livsførelse. I den liberale terminologi er magt ikke det tankesæt som på det givne tidspunkt har vundet hegemoni gennem diskursive magtkampe. Samfundet består af en sum af rationelt tænkende enkeltindivider. Beslutninger og magtudøvelse træffes i det øjeblik på baggrund af bevidste rationelle beslutninger og ikke blot ved, at individer underkaster sig og forføres af tidens dominerende diskurser. I den liberale observans udvikler samfundene sig således baseret på rationelle beslutninger henimod et normativt samfund. Bourdieu og især Foucault er kulturrelativister og ser alle kulturer som ligeværdige (Mik-Meyer & Villadsen, 2008). En liberal kritik af den socialkonstruktivistiske epistemologi vil derfor tage udgangspunkt i, at da man ikke erkender, at der er en objektiv sandhed i form af de liberale frihedsrettigheder, bliver alle værdier lige gode, og man risikerer, at de etiske og moralske normer, som samfundet bygger på, opløses (Bille, Estrup, & Svensson, 2016; Wenneberg, 2002).

2.3 Miller og Rollnick

I det sociale arbejde har brugen af den motiverende samtale længe været i fokus. Samtalen bygger på et samarbejde mellem borgeren og den fagprofessionelle, hvor den fagprofessionelles opgave er at motivere, støtte og udforske, mens det er borgerens eget ansvar at identificere problemet og komme med løsningsstrategier hertil. Motivation kan, ud fra denne betragtning, defineres som en almen stræben efter at leve et så meningsfuldt og selvrealiseret liv som muligt, og den fagprofessionelles rolle bliver i den sammenhæng at støtte borgeren mod en indre, følelsesmæssig forandring.

2.3.1 Motivationssamtalen

Motivationssamtalen sætter fokus på ressourcerne frem for barriererne. Det handler således om at finde skjulte ressourcer hos borgeren, som skal være med til at støtte dennes indre motivation. Motivationssamtalen er en klientcentreret, styrende metode, som er udviklet af William R. Miller og Stephen Rollnick med inspiration fra Carl Rogers Klientcentreret rådgivningssamtale. Metoden bruges ofte i arbejdet med alkohol- og stofmisbrugere og bygger på en humanisering af den gravide med et misbrug, idet der tages udgangspunkt i den gravides egne ressourcer og løsningsforslag. Centralt i samtalen er forståelse og empati for borgerens egen opfattelse af sin situation, hvorfor det er vigtigt at tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og værdier. Samtalen anvendes til at fremskynde den indre motivation for forandring ved at undersøge og afklare ambivalensen (Rollnick & Miller, 2004: 47-48). Således beskriver Miller og Rollnick, at *"indre forandringsmotivation opstår i en accepterende, støttende atmosfære, hvor det er trygt for personen at udforske det potentielt smertefulde nu i forhold til, hvad han eller hun ønsker og værdsætter. Folk er ofte fastlåst, ikke fordi de ikke selv ser det negative i deres situation, men fordi de har mindst to opfattelser af deres situation. Vejen ud af den jungle handler om at udforske og forfølge, hvad personen oplever, og hvad der, ud fra hans eller hendes eget perspektiv, er vigtigst"* (Rollnick & Miller, 2004: 30-31).

I forhold til vores målgruppe, er det således vigtigt, at socialarbejderen er med til at give den gravide med et rusmiddelforbrug tro og håb på, at hun fremadrettet vil kunne realisere egne mål. I den sammengæng må socialarbejderen ikke være konfronterende, da dette alene vil medvirke til en negativ adfærd (Rollnick & Miller, 2004). Med begrebet ambivalens er der tale om en naturlig proces, hvor borgeren er uafklaret. I den forbindelse er det vigtigt, at man ikke ser ambivalensen som mangel på motivation, men derimod at borgeren er delt i et dilemma og motiveret i to forskellige retninger. Rådgiverens rolle er derfor ikke at påvirke borgeren til at vælge retning og komme med løsningsforslag, men i stedet anerkende begge sider af borgerens ambivalens og gennem åbne spørgsmål, aktiv lytning og spejling hjælpe den gravide med et misbrug til at opnå og tydeliggøre, hvilken side af ambivalensen, som stemmer mest overens med den gravides egne ønsker og værdier. På den måde får man tydeliggjort diskrepansen for borgeren, altså borgerens nuværende situation og den ønskede situation. Motivationssamtalen bygger således på fire overordnede principper;

- 1) Udtryk empati og reflekterende lytning, hvor man via accept skal fremme forandring.
- 2) Tydeliggør diskrepansen, hvor det er borgeren og ikke rådgiveren, der kommer med argumenter for forandring.
- 3) Gå med modstanden. Som rådgiver skal man undgå at argumentere for forandring. Hvis man oplever modstand fra borgeren, skal man derfor forsøge at forholde sig på en anden måde.
- 4) Understøt borgerens mestringsforventninger, herunder have fokus på borgerens egen tro på, at forandring er mulig (Rollnick & Miller, 2004: 59-65).

Rådgiveren skal ikke fremstå som ekspert i samtalen, da borgeren således vil skubbes i en passiv rolle. Brugbare strategier for at undgå at borgeren skubbes i en passiv rolle er bl.a. at huske at spørge, lytte og informere (Rollnick, R. Miller, & C. Butler, 2009).

2.3.2 Kritik af motivationssamtalen

I en artikel bragt i Behavioural and Cognitive Psychotherapy redegør Miller og Rollnick selv for, i hvilke sammenhænge motivationssamtalen ikke er brugbar, og hvordan motivationssamtalen ikke skal benyttes. Miller og Rollnick kan således selv stille sig kritisk ift. at anvende motivationssamtalen. De er opmærksomme på, at deres samtaleteknik har mangler og ønsker derfor at synliggøre dette for brugerne af motivationssamtalen.

Motivationssamtalen kan ikke direkte benyttes til at få den gravide med et rusmiddelforbrug til at indrette sig efter en bestemt adfærd, som socialarbejderen forsøger at motivere dem for. Derfor er motivationssamtalen ikke en garanti for forandring af borgerens adfærd. Socialarbejderen kan ikke tvinge borgeren til forandring uanset sanktioner (Miller & Rollnick, 2009). Motivationssamtalen kræver masser af træning, og er ikke blot en teknik, man hurtigt kan lære og komme i værktøjsskassen. Motivationssamtalen skal derimod betragtes som en grundlæggende ånd for, hvordan man sammen med den gravide med et rusmiddelforbrug kan fremme motivation for forandring (Miller & Rollnick, 2014). Det kræver, at socialarbejderen har et særligt kendskab til den bestemte målgruppe, hvor man vil anvende motivationssamtalen. Der er dermed ingen manual for udførelsen af metoden, som garanterer et bestemt resultat. Når socialarbejderen anvender motivationssamtalen, er et vigtigt opmærksomhedspunkt at borgeren ikke kan tvinges til forandring, men derimod skal motiveres til forandring (Miller & Rollnick, 2009).

2.4 John Bowlby

Vi har under vores empiriindsamling opnået viden om, at tilknytning til primære omsorgsperson/moderen har en stor betydning i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug – herunder hvilke følgeskader, der kan opstå, såfremt barnet ikke opnår en sikker tilknytning. Vi har derfor valgt at anvende Bowlbys tilknytningsteori, idet denne kan være med til at besvare, hvorvidt handlemulighederne af de involverede fagprofessionelle opleves tilstrækkelige? Teorien bidrager således til at forstå omsorgspersonens og barnets tidlige samspil og tilknytning, samt hvordan denne påvirker barnet (Killén, 2005).

2.4.1 Tilknytning

Ifølge Bowlby er udviklingen af tilknytning og tilknytningsadfærd særlig markant i barnets første tre leveår. Derudover mener Bowlby, at barnet indleder sit samspil med sin omsorgsgiver/moder allerede ved fødslen. Barnet iagttager, mærker moderen og tilpasser sig aktivt. I løbet af de første uger tager barnet allerede initiativ og responderer på omsorgsgiveren/moderen. Dette tidlige samspil er afgørende for, hvordan barnet tilknytter sig og er dermed et grundlæggende aspekt i barnets udvikling. Det er med udgangspunkt i disse tidlige samspilserfaringer, at spædbarnet danner sig en forestilling om sig selv og sine forventninger til sin mor, som bidrager til udvikling af barnets tilknytningsmønstre. Bowlby har en hypotese om, at alle børn knytter sig til deres omsorgsgiver, uanset måden de bliver behandlet på, da barnet ingen andre muligheder har for at overleve. Dog knytter barnet sig på forskellige måder alt afhængig af det emotionelle samspil mellem omsorgsgiver og barnet (Killén, 2005).

Tilknytningen har en væsentlig betydning for spædbarnets opbygning af indre mentale strukturer, som senere i livet får betydning for måden hvorpå, barnet vil interagere i relation med andre (Bowlby, 1996). I den forbindelse taler Bowlby om tilknytningsadfærd, der beskriver forskellige former for adfærd, som barnet anvender for at bevare nærhed til omsorgspersonen. Et spædbarn, der oplever nærvær, omsorg og kan søge fysisk og emotionel støtte hos primær omsorgsperson befinder sig, ifølge Bowlby, i en sikker base. Afgørende for den sikre base er, at moderen er til rådighed og klar til at hjælpe og trøste, når spædbarnet udviser behov herfor. En tryk tilknytning er med til, at barnet opnår større selvtillid, jegstyrke og uafhængighed. Modsat vil barnet opleve mistillid og en utryk tilknytning, hvis moderen ikke er tilgængelig (Bowlby, 1994). En utryk tilknytning kan desuden få negativ indflydelse på barnets personlighedsudvikling og indre arbejdsmodeller, dvs. på barnets indre repræsentationer af sig selv og sine omsorgsgivere. Ved en utryk tilknytning er barnet således i risiko for at udvikle en beskyttende afstand i forhold til de sociale relationer, barnet fremover skal indgå i, idet barnet har en forventning om at blive mødt tilsvarende moderen (Killén, 2005).

2.4.2 Tilknytningsmønstre

Bowlbys studerende, Mary Ainsworth, supplerede til forskningen om en sikker base. Ainsworth udviklede 4 følgende tilknytningsmønstre, som spædbarnet danner i samspil med omsorgsgiveren/moderen;

1) *Ængstelig, afvisende tilknytning*, hvilket er et utrygt tilknytningsmønster. Ved dette reaktionsmønster har spædbarnet ikke tillid til omsorgspersonen og udviser kun moderate reaktioner, når moren forlader rummet. Spædbarnet reagerer ikke, når moren kommer tilbage og opsøger ikke kontakt, da det tidligere har oplevet afvisning og derfor har en forventning om, at dette sker igen.

2) *Sikker tilknytning* er et trygt tilknytningsmønster. Spædbarnet bliver tydeligt ked af det, når moren forlader rummet og lader sig trøste, når hun vender tilbage. Barnet fremstår som aktivt legende, opsøgende og nysgerrig, idet barnet har tillid til omsorgsgiveren.

3) *Ængstelig, ambivalent tilknytning* er et utrygt tilknytningsmønster. Spædbarnet bliver tydeligt ked af det, når moren forlader rummet og er svær at trøste, når moren vender tilbage. De er ambivalente i kontakten og beskrives som anspændte, hjælpeløse og let frustrerbare. Dette mønster ses, når barnet oplever, at omsorgspersonen engang imellem er tilgængelig.

4) *Ængstelig, desorganiseret tilknytning*. Disse spædbørn har vanskeligt ved at klare stress og deres adfærd bærer præg af forvirring og uforudsigelighed. Ofte er det børn, der har været udsat for vold, mishandling eller incest fra omsorgspersonen, som kan udvise dette mønster. Da omsorgsgiveren opfattes som en trussel for barnet, opsøger barnet ikke tryghed. Børn med dette mønster er psykisk mest sårbare og derfor i øget risiko for at udvikle psykiske lidelser (Simonsen & Møhl, 2010: 65-66).

John Bowlbys tilknytningsteori har bidraget til, hvordan barnet prøver at forstå sig selv, sin omsorgsgiver, den voksne verden og sin egen rolle i den. Derudover har den bidraget til at forstå, hvordan barnet finder ud af, hvordan de bør forholde sig til sin omsorgsgiver (Killén, 2005).

2.4.3 Kritik af Bowlby

Når man taler om Bowlbys tilknytningsteori, er det vigtigt at være opmærksom på den kritik, teorien møder. Kritikken går blandt andet på, at teorien har sin oprindelse i 1950'erne, hvilket anses for at være en tidsperiode, hvor familienormen så anderledes ud end i det moderne samfund. I den daværende tid var det typisk mor, der var den hovedsagelige omsorgsgiver. Det var en tid, hvor faren var forsørgeren af familien, og brugte derfor meget af sin tid på at arbejde. Dermed havde faren ikke den store rolle i barnets opvækst, og havde derfor ikke ligeså stor indflydelse på barnets tilknytningsmønstre (Bowlby, 1994). I dag er det en tid, hvor både kvinden og manden er en del af arbejdsmarkedet, og hvor normen er, at begge forældre er engageret i børnenes liv. I et moderne familieliv, hvor begge forældre er på arbejdsmarkedet, er der blevet behov for daginstitutioner allerede tidligt i barnets liv, hvor barnet tilbringer flere timer om dagen (Jerlang, 2008). En tryk tilknytning er en faktor, som påvirker barnets opvækst positivt, og pædagogernes opmærksomhed har derfor en indflydelse på barnets trygge tilknytningsmønstre og kan fungere som en beskyttelsesfaktor mod de skader en ængstelig, afvisende, desorganiseret og ambivalent tilknytning kan forme sig hos barnet i sin tidlige udvikling. Det er derfor relevant at have for øje, at når Bowlby snakker om den primære omsorgsgiver, er der i dag flere, der varetager denne rolle, end da han udviklede tilknytningsteorien. Det er desuden vigtigt at forholde sig kritisk til, at en god tilknytning ikke skal anses som værende en garanti for, at barnet vokser sundt op både psykisk og fysisk. Endvidere skal det nævnes, at der er flere aspekter, som kan have indflydelse på den trygge tilknytning, for eksempel psykiske lidelser. Børn, der er født med eller senere udvikler psykiske lidelser, kan have svært ved at knytte sig til sine omsorgsgivere (Smith, 2003).

2.5 Videnskabsteoretisk tilgang

Hensigten med dette afsnit bliver at få beskrevet de videnskabsteoretiske overvejelser, vi har gjort os i forbindelse med udarbejdelsen af projektet. Projektets videnskabelige tilgang tager udgangspunkt i det hermeneutiske perspektiv, som vil være vores forståelsesramme gennem projektet. Hermeneutikken har således betydning for måden, hvorpå vi opnår viden og skaber forståelse samt på besvarelsen af problemformuleringen.

2.5.1 Det hermeneutiske perspektiv

Hermeneutik stammer fra græsk og betyder at fortolke eller oversætte, og det er netop det, den hermeneutiske metode går ud på. Hermeneutikken er i sin natur forståelsesorienteret, da dens sigte, modsat den naturvidenskabelige positivistiske skole, ikke er at finde frem til en objektiv sandhed. Iflg. den hermeneutiske metode kan der ikke opstilles forklaringsmodeller for sociale forhold, da man beskæftiger sig med individer, som man ikke kan putte ind i en formel. Formålet med den hermeneutiske tilgang bliver derfor i stedet at forstå sociale fænomener, dvs. forstå hvorfor individer handler, som de gør. Fra en hermeneutisk synsvinkel er der ikke nødvendigvis et modsætningsforhold mellem forklaring og forståelse. Derimod er det snarere et spørgsmål om, hvad der har førsteprioritet. Hermeneutikken ligger dermed vægt på, at der ikke findes nogen egentlig sandhed, men at fænomenerne kan tolkes på flere planer. Hermeneutikken giver mening i forhold til nærværende projekt, hvor vi netop har et ønske om at komme tættere på den sociale virkelighed, som vores informanter indgår i. Analysen kommer dermed til at handle om at tilvejebringe en fortolkende forståelse af de involverede personers egen forståelse i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug, hvor vi forstår delene i lyset af helheden (Thagaard, 2004).

Udgangspunktet i den hermeneutiske tilgang er, at forventninger, forforståelse og fordomme altid vil være til stede i videnskabelige undersøgelser. Fortolkningen starter hermed aldrig på et fordomsfrit grundlag, og vil ud fra vores forforståelse flyttes og udvides undervejs i fortolkningsarbejdet (Jacobsen & Pringle, 2008). Hermeneutikken anvender i den sammenhæng den hermeneutiske cirkel som metode til fortolkning. Den hermeneutiske cirkel tager udgangspunkt i, at aktøren har en forforståelse af en problemstilling inden en dialog igangsættes. Forforståelsen genereres i vores tilfælde af den litteratur, vi har gennemgået i studiet af emnet. En dialog påbegyndes i form af empirisk dataindsamling, i vores tilfælde interviews. Efter dialogen sker der en fortolkning af dialogen, som fører til en ny forståelse af problemstillingen. Den nye forståelse af problemstillingen indeholder nogle nye anskuelser sammenlignet med den oprindelige forforståelse, og en ny fortolkning finder derfor sted. I fortolkningen revideres eller udvides den oprindelige teori. Cirklen er konstant i udvikling, og de forskellige stadier kan gennemgås flere gange i løbet af et projekt. På den måde er den hermeneutiske tilgang uendelig og dynamisk, og vi er derfor også bevidste om, at vi med projektets undersøgelse ikke kan komme frem til én absolut sandhed, men at vi gennem vekselvirkning mellem del og helhed opnår viden om de enkelte informanternes forståelsesramme (Jacobsen & Pringle, 2008).

Ydermere illustrerer den hermeneutiske cirkel udviklingen af vores samfund, da den ikke blot ruster mennesket til at forstå verdenen, men også giver mennesket en fælles forståelse for at handle og leve i fællesskab. Vi er som mennesker født ind i en allerede eksisterende verden, med et kulturelt fællesskab, som fordrer en bestemt norm. Dette kan være med til at forklare samfundets syn på rusmidler, hvor normen ændrer sig i takt med vores forforståelse, og hvor vi i dag, modsat tidligere, betragter det som et samfundsmæssigt problem, hvis en gravid indtager rusmidler under graviditeten. Den hermeneutiske cirkel kommer her til at handle om, hvordan nye erfaringer fra den sociale virkelighed, drages ind i cirklen og ændrer

forståelsen af et bestemt fænomen. Den hermeneutiske cirkel kan således bruges som en forklaringsmodel på, hvordan sociale processer har skabt en ny virkelighed med en forforståelse om, at socialrådgiveren har behov for flere handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug (Jacobsen, Lippert-Rasmussen & Nedergaard, 2012).

2.6 Egne forventninger og anvendelse af teori

Vi har på baggrund af foregående gennemgang af teori, eksisterende forskning og diskussioner, konstrueret nogle bestemte forståelser og forventninger til de handlemuligheder, der eksisterer overfor gravide med et rusmiddelforbrug. Det omhandler en forventning i forhold til, at de handlemuligheder, der eksisterer overfor målgruppen ikke er tilstrækkelige, hvilket tager afsæt i hele den indledende diskussion, herunder antagelsen om, at moderens selvbestemmelse prioriteres højere end barnets tarv, samt det politisk aktuelle fokus på tvangsanvendelse kontra frivillighed. Vores forforståelse er således, at socialrådgiveren oftest står handlingslammet i forhold til den gravides rusmiddelforbrug og først kan handle, når barnet er født.

Den teoretiske ramme har ikke ændret på selve forforståelsen af problemstillingen, men har bidraget til en dybere forståelse af de udfordringer og den kompleksitet, som markarbejderen agerer i. Vi er således opmærksomme på og bevidste om, at vi møder vores empiriske materiale med nogle forforståelser om problemstillingen, og analyserer de empiriske materiale igennem nogle teoretiske briller. Der er i den sammenhæng en risiko for, at når man har en teoretisk forforståelse, så fokuserer man ensidigt på det, teorien indikerer, men glemmer at være åben overfor evt. nye problemstillinger, som teorien ikke indfanger. Det er i den sammenhæng relevant at nævne, at vi på baggrund af principperne i den hermeneutiske tilgang erkender, at vores teoretiske udgangspunkt ikke er objektive sandheder, men i stedet en forforståelse, som modificeres i takt med indsamlingen og analysen af det empiriske materiale, hvorved der sker en fortolkning og dermed en ny forforståelse jf. principperne i den hermeneutiske cirkel jf. afsnit 2.5.1. Vi vil endvidere i analysen af det empiriske materiale stille os kritiske overfor teorien i de sammenhænge, hvor teorien ikke fungerer tilstrækkeligt som forklaringsmodel. Vores analytiske tilgang vil af samme årsag være abduktiv, dvs. vi er åbne overfor løbende at inddrage andre teorier i analysearbejdet, hvor det er relevant (Järvinen & Mik-Meyer, 2006) (Thagaard, 2004). Et resultat af den abduktive tilgang er, at vi efter gennemgang af de empiriske materiale fandt det relevant at inddrage Bowlbys teori om tilknytning, som en væsentlig del af vores teoretiske fundament. Vi vil ligeledes inddrage andre teoretiske vinkler i analysen, som dog ikke vil blive præsenteret eksplicit i teoriafsnittet, da de ikke er bærende teorier i projektet.

Kapitel 3. Metodemæssige overvejelser

Efter ovenstående gennemgang af problemformuleringen og de problemstillinger, som knytter sig hertil, samt vores teoretiske forståelser og videnskabsteoretiske tilgang, er det i dette afsnit hensigten af få fastlagt, hvordan vi vil undersøge og besvare vores problemformulering. Dette kræver, at vi gør os nogleagemæssige overvejelser, herunder hvordan vi ønsker at indsamle og behandle vores empiri.

3.1 En kvalitativ metodologi

I undersøgelsen af dette projekts problemformulering har vi valgt at anvende en kvalitativ forskningsmetode. Dette er et konsistent valg, begrundet ud fra problemformuleringen, som netop tilstræber en dialog med aktørerne, hvor hensigten er en fortolkning af disses holdninger og forståelser af arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Fordelen ved at anvende interviews som metodologi er, at vi som udefrakommende får indblik de interviewedes daglige livsverden og dermed mulighed for at forstå deres handlinger og fortolkninger. Metoden har således medvirket til, at vi, som forskere, har tilegnet os et specielt godt grundlag i informanternes horisonter, tanker og følelser. Vores indsamlede data er på den måde særlig, netop fordi den indeholder genfortælling af hændelser, som er præget af informanternes forståelse af det, som de har oplevet i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug (Thagaard, 2004).

3.2 Valg af empiri

Vi har til undersøgelse af vores problemformulering valgt at foretage gruppeinterviews med to socialrådgivere fra Familiegruppe Sydvest, som er en del af Familiegruppens småbørnsteam. Vi har ligeledes valgt at foretage gruppeinterviews med 3 medarbejdere fra Familieambulatoriet i Nordjylland. I udvælgelsen af vores interviewpersoner har vi lagt vægt på, at personerne er relevante i forhold til udgangspunktet om at identificere socialrådgiverens nuværende handlemuligheder samt deres oplevelse af disse i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Vores informantudvælgelse er således baseret på en strategisk udvælgelse, hvor der er taget stilling til de forskellige interviewedes egenskaber og kvalifikationer i forhold til vores problemstilling. I den sammenhæng er det vigtigt, at vi som forskere er opmærksomme på, at informanternes holdninger og opfattelser kan være præget og påvirket af det system, de indgår i (Thagaard, 2004).

Tankegangen bag vores valg af empiri skal findes i det arbejde, der udføres såvel i Familiegrupperne som i Familieambulatoriet. Arbejdet i en Familiegruppe består bl.a. af en proaktiv, faglig og kundskabsbaseret sagsbehandling med fokus på at skabe positive forandringer i familierne og på den måde være medvirkende til at forebygge mistrivsel og fejludvikling hos børn. Sagsbehandlingen tager således udgangspunkt i en viden om, hvad forældrenes personlighedsstruktur, levevilkår og livsførelse har af betydning for barnets udvikling og trivsel (Aalborg Kommune, 2016). Målgruppen for arbejdet i en Familiegruppe er bred, men omfavner også gravide med et rusmiddelforbrug, og det er i den henseende relevant at beskæftige sig med deres oplevelse af egne handlemuligheder. Indsatsen i Familieambulatoriet er, modsat Familiegruppen, kun målrettet gravide, der har eller har haft et forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler under graviditeten samt de børn, som har været udsat for det i fosterlivet. Familieambulatoriet er bemandet med et tværfagligt team af speciallæger, jordemødre, socialrådgivere, psykologer mv., hvis arbejde har til formål at videregive viden og ekspertise i forhold til skadevirkningerne ved indtagelse af rusmidler under graviditeten. I praksis udføres arbejdet gennem sagskoordinatorernes direkte sagsbehandling med kvinderne. Overordnet set er formålet med de regionale Familieambulatorier, at de skal supplere den kommunale indsats ved at yde en tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Familiegruppen og Familieambulatoriet møder samme målgruppe i deres arbejde, men med forskellige indgangsvinkler, hvilket bl.a. er udmøntet af de lovgivningsmæssige rammer, som de forskellige instanser arbejder ud fra. Ved at anvende interviews som metode, får vi muligheden for at få en samling af informationer ud fra udvalgte informanter, som kan repræsentere relevante sider af samme sag. Det er derfor også, i forhold til projektets problemstilling, fundet relevant at interviewe begge afdelinger, for dermed at få belyst emnet fra flere vinkler. De forskellige interviews skal således medvirke til, at vi, som forskere, bliver mere grundige i vores fortolkning af emnet.

En række forhold har i projektets start kompliceret udvælgelsesprocessen. Vi havde ideelt set et ønske om at interviewe en socialrådgiver fra Familiegruppe Centrum, da vi havde et forudgående kendskab til denne persons erfaringer på området, idet personen tidligere har arbejdet som socialrådgiver i Familieambulatoriet. Vi havde derfor en forestilling om, at personen, med sine erfaringer fra både Familieambulatoriet og Familiegruppen, kunne belyse problemstillingen fra flere vinkler, herunder dilemmaet om fosterets tarv vs. kvindens ret til selvbestemmelse samt de samarbejdsudfordringer, der kan opstå ved at arbejde tværprofessionelt. Vi fik dog aldrig en tilbagemelding fra lederen i Familiegruppe Centrum, hvorfor vi i stedet valgte at henvende os til Familiegruppe Sydvest, hvor en af gruppemedlemmerne har et kendskab via sit virke i organisationen. Kontakten til Familieambulatoriet blev formidlet gennem en af gruppemedlemmerne, som har arbejdet som frivillig i Familieambulatoriets efterværnstilbud Café Tumling.

Vi havde som udgangspunkt også et ønske om, at interviewene i Familiegruppen skulle foretages som enkeltinterviews, da denne metode fokuserer på den enkeltes narrative fortællinger⁴ og dermed gør det muligt at opnå en dybere forståelse for informanternes oplevelser. Selvom det ville have været ideelt med enkeltinterviews, har det ikke været realistisk inden for de eksisterende rammer og med de eksisterende ressourcer at gennemføre denne metode. Omvendt har gruppeinterviews også en række fordele, der, udover at være tidsbesparende, ofte også fører til mere spontane og emotionelle udsagn om det diskuterede emne, idet deltagerne kan følge op på hinandens svar og give kommentarer i løbet af hele diskussionen (Thagaard, 2004). I og med at gruppeinterviews foregår sammen med flere personer, er disse, i interaktionen med hinanden, nødsaget til at forholde sig til både egne og andres holdninger, hvilket i sidste ende kan være medvirkende til, at interviewet kommer til at rumme flere forskellige informationer. Metodens styrker kan samtidig også være dens svagheder, idet gruppeinteraktionen mellem de interviewede ofte reducerer interviewerens kontrol over interviewsituationen, hvilket i sidste ende kan føre til en relativ kaotisk dataindsamling. Samtidig kan gruppeinterviews også bære præg af, at en bestemt deltager dominerer interviewsituationen og dermed begrænser de øvrige deltagers medvirken (Kvale, 1997).

3.3 Indsamling af empiri

Vi har i projektet været opmærksomme på, at vi som studerende ikke er underlagt tavshedspligten i henhold til Forvaltningslovens § 27 og Straffelovens § 152, idet vi er studerende på socialrådgiveruddannelsen. I anskaffelsen af vores empiriske materiale har vi desuden været opmærksomme på følgende lovgivning i forbindelse med behandling af personfølsomme oplysninger og opbevaring af disse: Persondataloven § 5, stk. 5 at *Indsamlede oplysninger må ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere den*

⁴ Selve ordet narrativ betyder historie eller fortælling. Udgangspunktet for den narrative metode er, at vi har en tendens til at blive den historie, vi fortæller (Simonsen & Møhl, 2010).

registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til de formål, hvortil oplysningerne behandles.

De interviewede personer, blev inden begyndelsen af dataindsamlingen, oplyst om de begrænsninger, vi er pålagt i henhold til ovenstående. Vi var desuden bekendt med Straffelovens § 264 d, der beskriver, at videregivelse af oplysninger af den art, vi ønsker at indsamle, er strafbart ved bøde eller fængsel, og at oplysningerne alene må bruges i forbindelse med projektet. Ydermere er vi bekendt med Persondatalovens § 28, altså oplysningspligten overfor informanterne, herunder oplysninger om projektets formål, oplysninger om os selv, og at informanterne frit kan vælge om de ønsker at være deltagende. Endvidere blev informanterne informeret om, at de altid kan ophæve deres samtykke iht. Persondataloven § 38. Alle gruppens medlemmer skrev under på en fortrolighedserklæring, som informanterne modtog inden afholdelse af interviewene. Denne er med til at sikre informanternes rettigheder og vores fortrolighed. I forbindelse med indsamlingen af vores empiri har vi endvidere været bevidste om proportionalitetsprincippet og dermed ikke indsamlet unødvendige oplysninger, der ikke har betydning for vores emne og udførelsen af projektet.

Vi har ud fra nogle etiske overvejelser valgt, at vores interviewpersoner skal være anonyme. I praksis er dette udført ved at give personerne kaldenavne både i analysedelen og i bilagene. Dette er gjort ud fra refleksioner om, hvorvidt de interviewedes udtalelser vil kunne få betydning for dem i forhold til deres jobsituation.

3.4 Interviewguide

Projektets interviews er foretaget på baggrund af vores interviewguides, jf. bilag, 1 og 2. Det er i den forbindelse vigtigt at tydeliggøre, at vores interviewguides er udformet efter samme skabelon, men med varierende spørgsmål alt efter hvilken sektordel, informanten repræsenterer og indgår i, samt hvilken faglige baggrund pågældende har. Interviewguiden bestemmer rækkefølgen på de temaer, der tages op gennem interviewet, og det er i den sammenhæng vigtig at være opmærksom på, at rækkefølgen ikke er ubetydelig i forhold til, hvordan interviewet forløber. Normativt betragtet bør hovedspørgsmålene have en deskriptiv form, der bidrager til en tillidsfuld og fortrolig atmosfære, hvor informanten åbner sig og fortæller frit (Kvale, 1997). Interviewene er således bygget op ved, at vi som forskere introducerer med en briefing og præsentation af projektet. Her har vi valgt at lægge vægt på en fortælling af formålet med interviewene, at vi optager interviewene mv., ligesom vi også har spurgt ind til, om der, inden interviewets start, har været nogle spørgsmål, der har nødvendiggjort en klargøring inden påbegyndelse af selve interviewet. Vi har ligeledes, indledningsvist, stillet nogle spørgsmål omkring informanternes uddannelse, funktion i organisationen mm.

Interviewene fandt sted som semistrukturerede, hvilket vil sige, at interviewene tog udgangspunkt i vores tema/emne, men hvor vi samtidig var åbne over for eventuelle ændringer, der kunne forekomme undervejs. Interviewet var således en balancegang mellem på den ene side ikke at være overstruktureret og på den anden side ikke at være for passive. Fordelen ved denne interviewmetode er, at den medvirker til, at aktørerne kan tale åbent og frit om det tema, vi er interesseret i at undersøge. Man kan sige, at formen på interviewet nærmer sig en hverdagssamtale, men med et bestemt formål, hvor vi netop ønsker at forstå interviewedes verden ud fra egne perspektiver med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale, 1997).

I praksis fokuserede vi på at få afdækket vores problemstilling samtidig med, at vi var åbne overfor nye vinkler og perspektiver. Vi tog udgangspunkt i vores interviewguide, hvor vi på forhånd havde delt vores interviewspørgsmål ind under seks forskellige tematiserede rubrikker for at skabe et bedre overblik. Guiden

fungerede som en retningslinje, hvor spørgsmålene var forudbestemte, men ikke bindende for intervieweren. På den måde var det interviewedes skøn og takt, der var afgørende for, hvor tæt vi valgte at holde os til guiden, og hvordan vi i stedet fulgte op på de svar og nye retninger, der åbnede sig undervejs. Det var således i høj grad den interviewedes forståelse, der kom til udtryk, hvorved vores rolle var af mere lyttende karakter. Dette hang godt sammen med vores spørgsmål, som var formuleret korte, mens svarerne derimod var lange, hvorfor deres udtalelser også bærer præg af spontane og mere levende svar.

Under interviewet var vi opmærksomme på opfølgende spørgsmål i de tilfælde, hvor det synes nødvendigt med henblik på undersøgelsens formål. Opfølgende spørgsmål har til hensigt at få informanten til at uddybe sine perspektiver. I praksis blev det udmøntet ved, at intervieweren i enkelte tilfælde måtte opfordre informanten til at være mere konkret og komme med eksempler fra deres praksis. Vi var endvidere også opmærksomme på debriefing i forbindelse med afrunding af interviewet. Dette virkede naturligt, idet deltagerne kort forinden havde åbnet sig med deres holdninger til emnet. Vi afsluttede interviewet med en opfølgning i forhold til, om interviewedes havde mere at tilføje. Dette gav interviewedes mulighed for at komme med afsluttende kommentarer (Kvale, 1997).

3.5 Udførsel af interview

Vi valgte at vores to interviews skulle finde sted på informanternes arbejdsplads. På den måde var informanterne på hjemmebane og i vante omgivelser. I relation til interviewguiden indledte vi interviewet med at oplyse, hvem vi er, hvor vi kommer fra, interviewets formål samt de temaer, interviewet ville berøre, jf. bilag 1 og 2. Vi fik ligeledes informanternes samtykke til, at interviewet blev optaget, ligesom de blev oplyst om, at interviewet var fortroligt. Formålet med disse initiativer var at opnå informanternes tillid, således at disse ansporedes til at være mere åbne i forhold til deres bidrag til undersøgelsen.

Alle gruppens medlemmer deltog i alle interviewene, men med forskellige roller. To havde rollen som interviewer, herunder en primær- og en sekundær interviewer, og to med rollen som interviewassistent. Eftersom vores interviews var semistrukturerede med plads til udfoldelse af nye temaer, var sekundær interviewers rolle bl.a. at fastholde strukturen forstået på den måde, at der blev sørget for, at alle temaerne i interviewguiden blev tilgodeset. Afslutningsvis fik assistenterne ordet i forhold til en opsamling af eventuelle uklarheder, oversete temaer mv. Forinden vores interviews, havde vi i gruppen talt om måden hvorpå, vi kommunikerede med informanterne. Vi var således bevidste om at være anerkendende og empatiske i vores kommunikation. På den måde fik vi skabt en god kontakt ved netop at lytte og vise interesse, forståelse og respekt for det, interviewedes fortalte om (Thagaard, 2004).

3.6 Databehandling

Vores umiddelbare fortolkning af materialet blev foretaget lige efter begge interviews, hvor vi satte os sammen og talte om interviewet, mens det var i frisk erindring. Allerede på dette tidspunkt drog vi nogle væsentlige konklusioner, som vi noterede ned til senere brug i analysedelen. Som allerede beskrevet i tidligere afsnit 3.4 optog vi vores interviews, som efterfølgende er blevet transskriberet. I og med at projektet tager udgangspunkt i en fortolkning af de interviewedes erfaringer og holdninger, har vi i transskriberingen taget højde for at være præcise og ordrette de steder, hvor detaljerne og nuancerne er vurderet væsentlige for fortolkningen. Modsat har vi undladt at nedskrive de passager, hvor deltagerne eks. griner eller taler i munden på hinanden. Dette er ligeledes gjort ud fra en konkret vurdering af, at det ikke har haft betydning for fortolkningen af materialet (Thagaard, 2004).

Vi har i transskriberingen valgt at gøre vores interviewpersoner anonyme, jf. afsnit 3.3. I praksis er dette gjort ved at navngive personerne, for dermed at give analysen et mere personlig og nærværende præg.

3.7 Analysestrategi

Vi har i de ovenstående beskrevet og fortalt om vores metodemæssige overvejelser. Næste del bliver nu at få diskuteret, hvordan det empiriske materiale skal struktureres og dermed analysedelen. Det er i den sammenhæng vigtigt at afklare, hvilke dele af det empiriske materiale, der er væsentlige samt hvilke dele, der er uvæsentlige. Afklaringen heraf hænger sammen med projektets formål og dets teoretiske forudsætninger.

Som allerede beskrevet bærer nærværende projekt præg af en hermeneutisk tilgang, og analysedelen tager derfor også afsæt i en fortolkning af det empiriske materiale. Vi har i den sammenhæng behandlet vores empiri ved hjælp af meningsfortolkning, hvilket har medvirket til en mere dyb og kritisk fortolkning af det transskriberede materiale (Kvale, 1997). Som metode til interviewanalysen har vi valgt at anvende meningskondensering. Fordelen ved at anvende meningskondensering er, at den reducerer et omfattede empirisk materiale til kortere og mere overskuelige formuleringer. Analysemetoden foregår i praksis ved, at man gennem læsningen af de transskriberede interviews, får en fornemmelse af helheden. Herefter sammenfattes essensen af det fortalte, som igen resumeres til kortere afsnit. For at opnå en større overskuelighed af materialet, tematiseres interviewpersonernes udsagn yderligere ud fra en vurdering af, hvad der er mest relevant i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. Til sidst fortolkes der, med udgangspunkt i den hermeneutiske metode, på de centrale udsagn, der udspiller sig i temaerne, ved hjælp af vores teoretiske forståelse. I nærværende analyse anvendes der desuden fyldige citater fra de forskellige interviewpersoner. Dette er medvirkende til, at dele af analysen får et narrativt præg (Kvale, 1997). Citaterne har til formål at fortælle, hvorledes de forskellige interviewpersoner oplever og forstår egne handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug.

I sammenhæng med ovenstående finder vi det vigtigt at pointere, at vi i vores fortolkning af empirien har været bevidste om nogle teoretiske forståelser, jf. kapitel 2. Vi har dog, med udgangspunkt i den abduktive tilgang, været åbne overfor de nye perspektiver, som er kommet til udtryk i interviewene og har gennem vores perception heraf dannet nye forståelser og fortolkninger. Som nævnt har vores empiri således bidraget til, at vi har fundet det relevant at inddrage Bowlbys tilknytningsteori, for netop at skabe en større forståelse af vores materiale (Thagaard, 2004).

3.8 Kvalitetskriterier

Når man taler om videnskabelig forskning, støder man ofte på begreberne pålidelighed og gyldighed. Pålidelighed handler om nøjagtigheden i måden hvorpå, man indsamler og behandler data. Kravet om pålidelighed handler om, at undersøgelsen skal kunne gentages og give samme resultat. Her mødes den kvalitative metode af kritik fra positivismen, der ikke mener, at resultaterne kan være pålidelige, idet resultaterne er fremkommet ved hjælp af ledende spørgsmål. Man kan imidlertid argumentere for, at det er svært at tale om pålidelighed i kvalitative undersøgelser som denne, idet resultaterne ikke vil kunne gentages, da de bygger på interviews, som er skabt i en bestemt kontekst. Pålidelighed i kvalitative metoder må derfor forstås som en løbende beskrivelse af, hvad man gør, og hvorfor man gør det (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Det kommer på den måde til at handle om at opbygge en forståelse af de fænomener, der undersøges, og det er i den sammenhæng fortolkningen af fænomenerne, der udgør grundlaget for overførbareheden (Thagaard, 2004). Begrebet gyldighed, som omhandler generaliserbarhed til andre studier, mødes på samme måde af kritik fra positivismen, der påstår, at kvalitative studier ikke kan generaliseres over på andre tilsvarende studier.

Vores rolle bliver i den sammenhæng at argumentere for, at vores tolkning af undersøgelsen kan være relevant i andre sammenhænge. Selvom vores undersøgelse bygger på et materiale, som på mange måder er enestående, kan vores undersøgelse alligevel godt pege på nogle tendenser og generelle træk (Thagaard, 2004).

Vi har i forhold til ovenstående begreber været opmærksomme på at adskille den information, som informanterne har givet, med vores egen vurdering af det, informanten siger, for netop at undgå bias⁵ (Riis, 2007). Selvom vi har den hermeneutiske tilgang, som bærer præg af en forforståelse, har vi, under vores interviews, forsøgt at være bevidste om ikke at præge svarene i en bestemt retning, således at disse kom til at stemme overens med vores antagelser. Vi har således imødekommet bias ved, at vi i interviewsituationen har forholdt os mere passive og i stedet ladet interviewpersonerne berette om deres forståelser i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug, jf. interviewguiden. Hvis man ikke er opmærksom på bias, er der risiko for, at analysen bærer præg af interviewerens antagelser og forforståelser, hvilket i sidste ende får betydning for undersøgelsens udfald (Thagaard, 2004). Endvidere er det vigtigt at gøre klart, at projektet ikke har til formål at komme med en objektiv sandhed, men i stedet handler om at skabe en forståelse af de fænomener, vi undersøger.

⁵ Bias betyder skævhed i analysen, fordi den er præget af fortolkerens forforståelser og forventninger (Riis, 2007).

Kapitel 4. Analyse

Analysen vil i det følgende forløbe således, at vi har inddelt denne i tre overordnede emner, der knytter sig til vores interviewpersoners fortællinger om arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. I den forbindelse anvender vi vores teoretiske antagelser i en fortolkning af vores indsamlede empiri. Analysedelene er delt op i følgende overskrifter; Krydspres, magt og motivation og tilknytning. Inden vi påbegynder analysen, vil vi først og fremmest rette blikket mod en præsentation af vores informanter.

4.1 Præsentation af informanter

Nedenstående præsentation af vores informanter er opdelt i to, idet vores informanter arbejder i to forskellige organisationer og med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde. Følgende præsentationer tager udelukkende udgangspunkt i vores informanter og inkluderer dermed ikke en beskrivelse af selve arbejdet, der udføres i henholdsvis Familieambulatoriet og Familiegruppen, da en sådan beskrivelse allerede finder sted i afsnit 3.2.

4.1.1 Familiegruppen

Vi interviewede i Familiegruppen Søs og Pia, som begge er uddannede socialrådgivere. De har de seneste to år arbejdet sammen i det team, der kaldes for Småbørnsteamet. Søs er 29 år gammel og er uddannet socialrådgiver i 2014, men stiftede allerede bekendtskab med målgruppen i 2013, hvor hun var ansat i samme funktion, men som studentermedhjælper. Pia er 32 år og er uddannet i 2009. Hun har tidligere arbejdet i en anden Familiegruppe. Derudover har Pia en længere årrække arbejdet som studentermedhjælper i en anden kommune med dobbeltdiagnosticerede borgere, misbrugere og psykisk syge, hvilket har givet hende erfaring med nogle af de mest udsatte borgere.

Vores indtryk af Søs og Pia var, at de meget engageret i det arbejde, de laver. Interviewene med Søs og Pia bar præg af en ligevægt i forhold til deres besvarelser. Endvidere var de generelt enige, hvilket vi begrundet ud fra, at de har samme uddannelse og arbejder under samme lovgivning, som netop sætter barnet i fokus.

4.1.2 Familieambulatoriet

I Familieambulatoriet interviewede vi Lise, Dina og Jannie. Lise er 60 år og arbejder som socialfaglig koordinatorer. Hun er oprindeligt uddannet socialpædagog, men har senere taget en efteruddannelse som systemisk familieterapeut. Lise har en bred erfaring med målgruppen. Hun har igennem flere år arbejdet som misbrugsbehandler og blandt andet i et børnehus, hvor hun arbejdede med børn, hvis forældre var i døgnbehandling. Siden 1992 har Lise udelukkende arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug – først i Baggrundsteamet, som senere er blevet til Familieambulatoriet. Dina arbejder, ligesom Lise, som socialfaglig koordinatorer. Dina er 53 år og er oprindeligt uddannet sygeplejerske i 1987. Hun har tidligere arbejdet på Sygehusets Neonatal Afdeling og senere hen i psykiatrien gennem flere år, hvor hun blandt andet har været ansat som souschef og koordinatorer. I 2005 blev Dina uddannet som systematisk familieterapeut og startede i 2006 i Baggrundsteamet, som senere hen overgik til Familieambulatoriet. Jannie er 49 år og er uddannet jordemoder i 1993. Hun har, ligesom Lise og Dina, arbejdet som en del af Baggrundsteamet og siden hen i Familieambulatoriet.

Under vores interviews var Lise den mest fremtrædende karakter, men alle informanterne oplevedes som meget åbne omkring deres arbejde. Informanterne var, ligesom i Familiegruppen, meget enige i deres udtalelser. Baggrunden for deres svar synes på samme måde, som Familiegruppen, at være præget af deres faglige baggrund og arbejde i sundhedssektoren, hvor fokus er meget på kvinden.

ANALYSEDEL 1: KRYDSPRES

I dette analyseafsnit vil vi se nærmere på arbejdsbetingelsernes betydning for markarbejderne ud fra Lipskys teori om "Street Level Bureaucrats". Lipsky beskriver statens møde med borgeren som det sted, hvor offentlige politikker transformeres til endelige beslutninger. Lipsky er i den forbindelse interesseret i at beskrive, hvordan de personer, der skal "aflevere" politikken til borgerne, formår at gøre det under hensyntagen til såvel faglige, administrative og organisatoriske målsætninger. Ifølge Lipsky medfører dette en række udfordringer med den konsekvens til følge, at markarbejderen udvikler afværgemekanismer for netop at kunne håndtere krydspreset (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

4.2 "Så vil det [samarbejdet] selvfølgelig clashe engang imellem"

Med reference til Lipskys teori ses det også, hvorledes vores interviewpersoner, som er i direkte kontakt med borgerne, befinder sig i et krydspres. Krydspreset, som følgende vil blive analyseret ud fra vores empiriske materiale, udspringer særligt i de tilfælde, hvor der er konflikter mellem de forskellige faggrupper, som er i berøring med den gravide med et rusmiddelforbrug. Det betyder blandt andet, at socialrådgiveren, som den endelige beslutningstager, skal træffe afgørelser, hvori såvel kvindens som andre samarbejdspartners synspunkter skal indgå, og som i sidste ende kan lægge pres på socialrådgiverens vurdering. Pia fra Familiegruppen udtaler i den sammenhæng:

"Det er meget tydeligt for os, at når vi er til møde på Familieambulatoriet, er udgangspunktet dér et kvindesyn – og når vi kommer med et børnesyn og er skolede til at stå fuldstændig fast på barnets perspektiv lige meget, hvad prisen er for andre, så vil det selvfølgelig clashe engang imellem".

Ud fra citatet ses det, hvordan de fagprofessionelles holdninger, ud fra vores tolkning, påvirkes af den organisationskultur eller doxa, der præger organisationen. Hvor det er kvindesynet, der dominerer i Familieambulatoriet, er det børnesynet, der er altoverskyggende i arbejdet i Familiegruppen. De normer, der eksisterer i feltet, vil således også have indflydelse på de handlemuligheder, der anvendes i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug, og som Pia selv udtaler, *clasher* det i de tilfælde, hvor afstanden mellem de forskellige organisationer og fagprofessionelle er for stor. Søs nævner i den sammenhæng, at de, som de endelige beslutningstagere, har brug for at være klædt på i forhold til de beslutninger, de træffer:

"Vi har behov for at være klædt på i de beslutninger, vi træffer – dels at vi har sikret, at det her er den korrekte løsning, men også stå på mål for det [løsningen] (...) Det kan være et hårdt arbejde og give nogle øretæver (...) Der er altid en faglig indgangsvinkel og en faglig årsag til, at vi lander der, hvor vi gør sagsbehandlingsmæssigt".

Herved forstår vi, at socialrådgiveren med sin myndighedskompetence, oplever et krydspres i de tilfælde, hvor der er modstridende holdninger i forhold til den afgørelse, socialrådgiveren træffer. Krydspreset, som vi analyserer det her, udspringer af de forskellige organisationers doxa og de fagprofessionelles egen selvforståelse, hvorfor der opstår uenighed i forhold til, hvad der vil være den bedste handlemulighed – både i forhold til kvinden og ikke mindst barnet. I den forbindelse udtaler Dina fra Familieambulatoriet:

"Jeg tænker, at det handler om, at vi har forskellige lovgivninger, og i Familieafdelingerne er det barnets tarv, der er vigtig at tage vare på. Barnet er, her hos os, en del af mor, fordi det er en gravid mor, som bærer på barnet (...) Så et eller andet sted har vi et afsæt, der måske ligner hinanden mere, end man nogen gange tænker".

Således ses det, hvordan de forskellige lovgivninger, som der arbejdes ud fra, udmønter sig i nogle forskellige opfattelser af, hvad den gode handlemulighed i arbejdet med den gravide med et rusmiddelforbrug indebærer. Til trods for at arbejdet i de to organisationer på mange måder synes at være ensartet forstået på den måde, at arbejdet i såvel Familieambulatoriet som i Familiegruppen⁶ handler om at få kvinden til at ophøre sit rusmiddelforbrug og dermed forøge chancerne for, at kvinden bliver i stand til at varetage omsorgen for sit kommende barn, ses det alligevel hvordan arbejdsforhold- og metoder får betydning for det arbejde, de fagprofessionelle udfører, og som i sidste ende også får betydning for den foranstaltning (handlemulighed), der iværksættes. I den forbindelse tales der i Familieambulatoriet meget om, at de mangler nogle mellemregninger for at opnå en forståelse for, hvordan de bedst muligt kan hjælpe den gravide med et rusmiddelforbrug til at blive afklaret på egen situation. Dina fortæller:

”Vi har nogle gange brug for nogle mellemregninger, så vi kan se og forstå, hvorfor er det nu, at pilen peger den her vej. Og jeg synes, at noget af det, der kan være udfordrende nogen gange, det er, at der kan være nogle rådgivere, der kan synes, at vi her er for positive stemte i forhold til den gravide – at vi kommer til at lægge meget an på udviklingspotentialer”.

Der er altså tale om, at socialrådgiverne, ud fra Lipskys forståelse, skal agere i et felt, hvor flere modsætningsfyldte hensyn er fremtrædende. I citatet udtrykkes der et ønske om indsigt i de *mellemregninger*, der får pilen til at pege mod en bestemt handlemulighed. De manglende mellemregninger udfordrer arbejdet på Familieambulatoriet, fordi de på den ene side skal forbedre kvinden på at hendes barn muligvis bliver tvangsfjernet, mens de på den anden side skal forbedre hende på et kommende moderskab. Lise fortæller:

”Vi har også haft nogen, som 14 dage før fødslen havde en dato, hvor hun ville få af vide, om hun ville få lov til at beholde barnet, eller om det skulle anbringes. Og det vil sige, at hun mentalt, indtil den dato, på den ene side skulle sørge for at købe ind, gøre klar og gøre verden overbevist om, at hun havde da bare styr på alt det her samtidig med, at hun mentalt også skulle forholde sig til den risiko, at den dato kunne det blive meddelt, at du [kviden] får ikke lov til at beholde dit barn. Altså jeg tænker, at det er en næsten umenneskelig, mental opgave at være sat på”.

Citatet viser, hvordan arbejdet på Familieambulatoriet i nogle sammenhænge kompliceres af manglende mellemregninger i forhold til, at det er de fagprofessionelle her, som har den daglige omgang med kvinden og dermed dem, der skal støtte kvinden i en tid, der er præget af usikkerhed vedrørende graviditetens udfald. Dina udtaler i forlængelse heraf:

”Og jeg tænker, at noget af det, man skal være opmærksom på, det er, at det er en stressfaktor under en hel graviditet. Og som jo i hvert fald på ingen måder tilgodeser barnets tarv, fordi morderen hele tiden går med forhøjet stresshormoner, fordi der er den her usikkerhed. Så vi arbejder meget for, at en moder kan blive afklaret omkring, hvor peger pilen hen, så hun kan begynde at forholde sig til, så hurtigt som muligt i graviditeten – jamen bliver det her et forældreskab, hvor jeg får barnet med hjem eller bliver det forældreskab, hvor en plejefamilie skal varetage en stor del af forældreopgaven”.

Citatet viser således, hvordan det for de fagprofessionelle kan være vanskeligt at arbejde hen imod et konkret mål, når målet er uklart – og det er i disse situationer, at de fagprofessionelle på Familieambulatoriet mener,

⁶ Vi er bevidste om, at arbejdet i en Familiegruppe omhandler flere målgrupper og dermed indebærer flere arbejdsopgaver, og gravide med et rusmiddelforbrug skal i det øjemed anses som en af målgrupperne.

at de mangler nogle mellemregninger. Omvendt kan kravet om mellemregninger stille socialrådgiveren i Familiegruppen i et krydspres mellem lovgivning og tavshedspligt på den ene side og samarbejdspartnere på den anden. Søs og Pia ligger i den forbindelse vægt på, at der i arbejdet med den samme målgruppe, på tværs af organisationerne, er behov for en gensidig tillid:

”Vi sidder på nogen oplysninger, vi ikke nødvendigvis deler, og der har vi behov for, at der er tillid til, at hvis vi peger på en alvorlig foranstaltning som en anbringelse, så er det fordi, at der ikke er andre muligheder. Ja, vi har styr på vores del og de på deres, og så deler vi med hinanden i det omfang, der er tilsigtet (...) Vi skal heller ikke sidde og oplyse mere end formålet tilsigter. Formålet er ikke at vi skal overbevise sundhedsvæsenet, hvorfor det her barn skal anbringes. Det kommer vi med i vores vurdering. Og i vores vurdering kan vi have siddet i tre timer og nørdet og komme frem til en vurdering, som kan forelægges på 10 minutter”.

Citatet viser blandt andet, hvordan socialrådgiverne, ud fra vores tolkning, kobler deres professionelle selvforståelse til måden hvorpå, lovgivningen legitimeres politisk. De stiller ikke spørgsmålstejn ved- eller forholder sig kritisk til lovgivningen i forhold til at videregive oplysninger til deres samarbejdspartnere, som netop synes at have behov for disse oplysninger eller mellemregninger både i forhold til kvinden, men i særlig grad også i forhold til barnet. I stedet henleder socialrådgiverne, implicit, en modstand mod deres samarbejdspartnere, der skal have tillid til, at de [socialrådgiverne] har styr på deres del. Det samarbejde, der gerne skulle medføre bedre forudsætninger for at træffe de bedste beslutninger, begrænses hermed af de forskellige lov- og værdigrundlag, der arbejdes ud fra. Det synes derfor også udfordrende at nå et fælles mål, når tilgangene og metoderne for at nå dertil er særdeles varierende (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Dette problematiseres endvidere også af socialrådgiverne i Familiegruppen, der påtaler vigtigheden af, at de modtager underretninger fra de samarbejdspartnere, der opnår kendskab til den gravide med et rusmiddelforbrug, i ordentlig tid. Søs fortæller:

”Man kan appellere til, at de få fagpersoner, der kommer igennem til dem [kvinderne], at de giver lyd til os. Det er vi fuldstændig afhængige af (...) Jeg har lige startet en ny sag i sidste uge, og den tænker jeg, at jeg skulle have haft for længe siden”.

Ud fra citatet ses det, hvordan Familiegruppen er afhængig af sine samarbejdspartnere, når det handler om forebyggende arbejde og at komme ind i sagerne så tidlig som muligt og dermed tilrettelægge en tidlig og intensiv indsats. Der er derfor også grund til at antage, at socialrådgivernes handlemuligheder forringes, når tidsrammen for deres arbejde bliver indsnævret. Søs fra Familiegruppen udtaler her, at der ofte ikke er tid til at følge ”den klassiske metode, hvor man har 4 måneder til at lave en børnefaglig undersøgelse”. Det betyder, at socialrådgiveren, i de tilfælde hvor underretningen, ud fra socialrådgivernes opfattelse, modtages for sent, er nødsaget til at prioritere, og som Søs udtaler, ”er det her indsats før analysearbejde”. Følgende citat fra Søs beskriver dette ret godt ud fra en konkret sag, de lige har modtaget:

”Vi havde fået nogle underretninger inde fra barselsgangen i løbet af weekenden. Derfor fik vi, i løbet af mandag eftermiddag, koordineret et rådgiverteam, et pædagogteam og en sundhedsplejerske omkring det og får gjort sådan, at vi har indsats i familien de næste 14 dage, hvor vi drager ud. Så er det jo det, der fylder, og så må alt andet til side, fordi sådan er det med de små [børn]”.

Citatet viser således, at socialrådgiverne, i mange tilfælde, ikke har tid til at lave en børnefaglig undersøgelse, inden der iværksættes en foranstaltning. I en undersøgelsesfase har man op til 4 måneder til at udarbejde en vurdering, der peger på en konkret indsats, jf. Servicelovens § 50, stk. 7. Således forholder det sig ikke i arbejdet med små børn, idet de første 4 måneder af barnets liv er afgørende for barnets senere udvikling og trivsel, og derfor må socialrådgivere, som citatet viser, gribe til foranstaltning med det samme for dermed at sikre, at barnet ikke lider overlast og udsættes for yderligere svigt og skader. Den vidensudveksling, der foregår mellem de forskellige organisationer og som gerne skulle sikre en naturlig progression i forhold til arbejdet med den gravide kvinde, synes at gå tabt i de tilfælde, hvor overleveringen af en sag sker for sent. Ovenstående eksempel fortæller dog også en historie, som ikke stemmer overens med Lipskys relativt kyniske syn på markarbejderen. I dette eksempel, som Søs nævner, tilpasser Familiegruppen sig situationen og går uden om normale procedurer for at finde en løsning. Det viser, at markarbejderens handlemønster ikke blot handler om krydspres, som fører til nogle bestemte (negative) afværgemekanismer, men også kan føre til andre mere positive mekanismer i form af handlekraft og det at være engageret og passioneret omkring sit arbejde. Hvis man skal forholde sig kritisk til Lipskys teori om krydspres og afværgemekanismer udstiller ovenstående, at teorien har mangler, da en afværgemekanisme på krydspres således også kan udmønte sig i handlekraft (Winter, 2007). En væsentlig del af forklaringen på, hvorfor Familiegruppen i flere tilfælde får underretningen fra Familieambulatoriet for sent kan imidlertid forklares ud fra Lipskys begreb om krydspres. Søs fra Familiegruppen udtaler i den sammenhæng:

"Man skal også underrette på en antagelse om, at børn kan have særlige behov. Det er en svær formulering i lovgivning for nogen at forstå, fordi nogen synes, de skal have bevis på for at levere til os. Der er vi sat skakmat fra start, fordi nogen ting, har vi kunnet se, at dem kunne vi have arbejdet konstruktivt med inden, det var kommet så vidt, men der er skaden indtruffet. Det bliver meget problematisk og misforstået omsorg for familien, fordi de havde haft nogen helt andre udviklingsmuligheder, hvis vi havde været der tidligere".

Ovenstående citat er et eksempel på et krydspres, der kan opstå i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Krydspreset, som vi analyserer det her, opstår fordi Familieambulatoriet antageligvis forstår og skønner lovgivningen om underretningspligt på en anden måde, end Familiegruppen. Skønnet og den forskellige tolkning af lovgivningen kan være en af årsagsforklaringerne på, hvorfor Familiegruppen sommetider modtager underretningerne for sent. Derudover sidder de med en anden opfattelse og tilgang i Familieambulatoriet, som er præget af en anden organisationskultur og doxa. Man kan således anspore, at de fagprofessionelle i hver deres organisationer er socialiseret til en særlig måde at virke og være på. Lise fra Familieambulatoriet fortæller i den sammenhæng:

"Her træder der en gravid kvinde ind, og vi har brug for tid til at lære hende at kende, før vi kan underrette. Og det kan godt være, at når man sidder de første 2-3 gange, at man tænker, at der er et eller andet, der simpelthen skuer i ørene, eller der ikke passer, men hvor man ikke kan komme ind under huden på det. Der er nødt til at være noget substans i det, inden man retter en henvendelse til en familieafdeling (...) Så er det jo nogen gange, at vi så kan sige, at så arbejder vi måske, kan nogen tænke, lidt for lang tid her".

Til trods for at lovgivningen har en klar ramme for, hvornår der skal underrettes, jf. Servicelovens § 153⁷, indikerer ovenstående citat, at dette ikke altid er tilfældet. I den sammenhæng kan der stilles spørgsmålstejn ved, om Familieambulatoriet altid efterlever den lovgivningsmæssige pligt til at underrette. At underretningspligten i nogle tilfælde ikke overholdes, kan blandt andet skyldes den organisationskultur, der eksisterer på Familieambulatoriet, men som til tider kan være i modstrid med lovgivningen. Der synes således at være nogle helt klare berøringsflader i de forskellige organisationer, som spænder ben for samarbejdet, og som i sidste ende kan medføre, at de fagprofessionelle kommer til at befinde sig i et konfliktfyldt krydspres. Mange af de udfordringer, der knytter sig til det tværprofessionelle samarbejde, handler i høj grad om traditioner og fællesskaber om værdier, normer, ansvarsområder etc. Dertil kommer, at den fagprofessionelle også skal agere på en måde, der er i overensstemmelse med egen faglige integritet. Professionsidentiteten og fællesskabet internt i professionerne har således stor betydning for samarbejdet og ikke mindst for den handlemulighed, der iværksættes i arbejdet med den gravide med et rusmiddelforbrug. Arbejdet i Familieambulatoriet er i høj grad betinget af, at der opnås en vis tillid mellem kvinden og den fagprofessionelle, hvilket kan være en hindring for arbejdet i Familiegruppen, der har behov for kendskab til kvinden hurtigst muligt for at sætte ind med handlemuligheder, der skal forbedre barnets udvikling og trivsel, som netop er hele essensen i deres arbejde. Samtidig sidder de fagprofessionelle i Familieambulatoriet med en opfattelse af, at der i Familiegruppen ofte arbejdes ud fra tidligere oplysninger om kvinden, som derfor ikke får en reel chance for at bevise sit værd i forhold til et kommende forældreskab. Lise fortæller:

"Nogle sidder [underforstået rådgivere] nogen gange oppe i deres elfenbenstårn og henter gamle oplysninger ind, men vi er faktisk meget tæt på den udvikling, der sker, fordi de er gravide her og nu. Og derfor kommer vi måske til at give et anderledes billede af den gravide, fordi vi er et andet sted, og vi ser noget andet. Og så kan man jo, når man sidder deroppefra (elfenbenstårnet) og indhenter oplysninger, komme til at tænke, at vi (Familieambulatoriet) er da også håbløse naive".

Når det går dårligt med det tværprofessionelle samarbejde, synes det blandt andet at omhandle fordomme og negative forforståelse blandt grupperne indbyrdes. Der er derudover flere praktiske dele, som kan besværliggøre samarbejdet mellem de to instanser. Selve overleveringen af en sag fra en professionel til en anden kan være omgivet af misforståelser og manglende indsigt i hinandens arbejdsopgaver og procedurer, hvilket citaterne ovenfor indikerer. Manglende forventningsafstemning og forståelse af hinandens arbejdsroller resulterer således i stor frustration hos begge parter og er dermed hæmmende for et godt samarbejde (Højholdt, 2013). Generelt problematiseres det forhold, at der ikke er samme indgang til viden, og der kan derfor opstå uenigheder i forhold til de handlemuligheder, der skal iværksættes overfor den gravide kvinde. Dina og Jannie fra Familieambulatoriet fortæller herom:

"Vi arbejder under Sundhedsloven, og I [gruppen som kommende socialrådgivere] arbejder under Serviceloven. Det kan være udfordrende og noget, vi som fagpersoner i vores fælles arbejde skal have for øje, at vi arbejder under to forskellige lovgivninger (...) Og I [underforstået socialrådgivere] har adgang til vores journaler og oplysninger, men vi kan ikke på samme måde gøre krav på det, som I har stående, så vi har ikke det hele billede".

⁷ Ifølge Servicelovens § 153 pkt. 2, skal personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt erhverv underrette, når de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage, at et barn, umiddelbart efter fødslen, kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Citatet giver anledning til at antage, at sektor- og ansvarsfordeling tilmed er en barriere for systemets evne til at hjælpe og samarbejde om den gravide kvinde. Og når det synes at være tilfældet, kan man gå skridtet videre og argumentere for, at kvinden dermed ikke får den helhedsorienteret indsats, som hun ellers har krav på, jf. Retssikkerhedslovens § 5. Der kan ligeledes i denne sammenhæng inddrages Webers bureaukratibegreb, som den dag i dag er stærkt fremherskende i organiseringen af den offentlige sektor. Bureaukratibegrebet er karakteriseret ved en organisationsform, som udover at være stærkt hierarkisk og administrativ, er yderst stringent funktionsopdelt i specialiseringer, hvor der hersker egne standarder, normer, kulturer og regelsæt. Fordelen ved den bureaukratiske organisationsform er, at den er relativ effektiv, og grundet den indlejrede vægtning af procedurer og standardiseringer, sikrer en ensartet og præcis opgaveløsning. Modsat kritiseres organisationsformen for i høj grad at være ufleksibel og for ikke at være tidssvarende i forhold til nutidens opgaveløsning, hvor man i høj grad tilstræber helhedsløsninger og tværprofessionelt samarbejde. At det kniber med at håndtere tværprofessionelt samarbejde, skyldes ikke mindst den organisatoriske opbygning med sin stærk specialiserede struktur. Når rutiner, værdier og procedurer er stadfæstet i de enkelte funktioner, kan der i det tværprofessionelle samarbejde nemt opstå manglende forståelse for hinandens arbejdsopgaver med store frustrationer og samarbejdsvanskeligheder til følge (Bømler, 2008). Man kan således ræsonnere, med udgangspunkt i nærværende problemstilling, at netop den bureaukratiske opbygning med sin specialiserede, funktionsopdelte struktur, er en af medårsagerne til, at samarbejdet mellem Familiegruppen og Familieambulatoriet er problemfyldt, da man netop arbejder ud fra forskellige værdier, målsætninger og procedurer.

Som det fremgår i ovenstående prises den bureaukratiske organisation for generelt at være præcis og dermed retfærdig i sin opgaveløsning. Dette hænger sammen med, at man i de specialiserede funktioner følger nogle klare procedurer og standarder, hvis formål er at give borgeren en lige og ensartet behandling uanset social status (Bømler, 2008). Argumentet om ensartet behandling kan dog anfægtes ud fra den anskuelse, at det reelt set er myndighedspersonen, der med sine skønsmæssige overvejelser, som godt nok sker inden for rammerne af lovgivningen og eksisterende procedurer, i sidste ende er beslutningstageren i forhold til den handlemulighed, der iværksættes. I den forbindelse taler de i Familieambulatoriet om, hvordan skønsmæssige beslutninger varierer alt efter organisation og fagperson. Lise udtaler:

"Ja, hvis man er nervøs for at få sit barn anbragt, så kan vi da også godt fortælle, hvor de skal lade være med at slå sig ned (...) Der er nogen gange, hvor vi kan kigge på os selv og sige, hvis den kvinde, hun havde boet et andet sted, så havde hun ikke fået det tilbud, hun får nu".

Citatet er et godt eksempel på, hvordan der i arbejdet med den gravide kvinde med et rusmiddelforbrug anvendes forskellige skøn i forhold til socialrådgiverens handlemuligheder. Med afsæt i Lipskys teori tolker vi, at de forskellige handlemuligheder, der iværksættes overfor kvinden, dels afhænger af organisationens doxa og lovgivningen, dels om den fagprofessionelles egen faglig- og personlighed. Skønnet bliver dermed også en vurdering af sagens karakter. En sådan vurdering handler om, hvilke betydninger sagen sættes i relation til, hvormed det også vil være forskellige bedømmelsesstrukturer, der trækkes på, når skønnet udfyldes (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Skønnet synes i den forbindelse at interagerer i tæt sammenspil med de arbejdsforhold- og metoder, der gør sig gældende inden for organisationen. Søs fortæller i den forbindelse om en sag, de modtog fra en anden Familiegruppe:

"Vi får sagen inde fra X [Anden Familiegruppe], som har lavet en børnefaglig undersøgelse, og der er mange bekymringsfaktorer omkring den her unge pige. Jeg kan faktisk blive i tvivl om, om

vi havde valgt samme løsning. Jeg kan blive i tvivl om vi var gået anbringelsesvejen. Ja, vi havde nok gået efter en anbringelse”.

Citatet viser således, hvordan man som fagprofessionel, med samme uddannelse, kan variere i graden på en bekymringskala. Den handlemulighed, der vægtes højest, er i høj grad præget af et skøn, hvor faktorer som organisationskultur, individuelle holdninger og baggrunde spiller ind, og hvor politiske intentioner ofte kommer til kort, da kvinderne er forskellige og dermed ikke lader sig passe ind i fastlagte administrative kategorier. Lise fra Familieambulatoriet udtaler videre:

”Der er også markante forskelle i forhold til, hvor tipper den på bekymringsgraden i forhold til, hvornår man tænker anbringelse. Det er ikke det samme punkt, du skal nå. Og det er altså ikke lige meget hvor du bor henne. Det er lidt uhyggeligt”.

Med baggrund i Lipskys teori viser citaterne, at der eksisterer nogle arbejdsbetingelser og problemstillinger for implementeringskædens yderste led: Street Level Bureaucrats. Socialrådgiverne, som systemets repræsentanter, skal altså navigere mellem juridisk gældende lovgivning og organisationens budgetter og ressourcer. Arbejdet er således betinget af nogle strukturelle begrænsninger, herunder økonomi, organisationens egne prioriteringer og målstyring, som får betydning for udførelsen af det sociale arbejde og i sidste ende den handlemulighed, der iværksættes. På Familieambulatoriet taler de om, at der synes at være en tendens til, at der prioriteres ud fra økonomiske rationaler i forhold handlemulighederne. Lise og Dina fortæller:

”Der er ikke ret mange, der har brugt mor-barn⁸ her de sidste år – faktisk tænker jeg, at det er en foranstaltning, der føles som om, at nogen kommuner har taget helt ud af kataloget – at man tænker, hvis ikke et ambulant behandlingstilbud er tilstrækkeligt, så går man efter anbringelse (...) Man kan i hvert fald sige, at tidligere, hvis man var i tvivl om forældrene kunne forvalte et forældreskab, eller der blev tale om anbringelse, var foranstaltningen her ofte en periode på en mor-barn institution med henblik på afklaring af, hvorvidt forældrene evnede forældreskabet. I langt de fleste kommuner, er det blevet en sjældent foranstaltning, og man kunne gøre sig overvejelser om, om det ikke handler om økonomi”.

I og med at man som fagprofessionel skal begå sig i et system, der er økonomisk presset, følger der også nogle prioriteringer forstået på den måde, at man vægter noget højere end andet. Citatet fortæller noget om de forskellige positioner, som de to organisationer står i. Familieambulatoriet kan således have nogle ønsker omkring den behandling, den gravide med et rusmiddelforbrug skal have. Dette kan nogle gange være ønsker, som ikke er realistiske med de faktiske ressourcer, der er stillet til rådighed – dette eksemplificeret ved ”mor-barn” behandlingstilbuddet i dette konkrete tilfælde. Med udgangspunkt i Lipsky opstår der således en kløft mellem de krav/ønsker, som kommer fra Familieambulatoriet kontra de ressourcer, Familiegruppen har til rådighed. Hvis man i den sammenhæng i stedet vender blikket på rådgiverens position i Familiegruppen, har denne ikke blot de lovgivningsmæssige hensyn at tage i forhold til prioritering af handlemuligheder. Rådgiveren er også underlagt nogle økonomiske hensyn og skal derfor få den endelige løsning til at harmonere

⁸ Mor-barn dækker er et behandlingssted, hvor familier og børn indskrives med henblik på at afdække forældreevne. Behandlingsstedet indebærer ikke misbrugsbehandling, hvorfor dette skal tilkøbes eksternt. De senere år er flere og flere af disse behandlingssteder lukket ned, netop fordi de ikke anvendes tilstrækkeligt af kommunerne (Stryhn, 2011).

med såvel lovgivning og egne værdier som økonomiske og organisatoriske målsætninger. Det er således en mere kompliceret position, rådgiveren fra Familiegruppen står i. Det kan derfor, groft sagt, til tider være en "gratis omgang" for Familieambulatoriet at hævde, at man ikke forstår de prioriteringer, rådgiver foretager, da de ikke er underlagt de samme økonomiske hensyn – med andre ord: det er Familiegruppen, der betaler gildet.

Når det så er sagt, kan man imidlertid af ovenstående citatet udlede, med udgangspunkt i Lipskys begreb om afværgemekanismer, at der synes at ske en prioritering af servicen eller arbejdet ud fra nogle bestemte aspekter af sagens problemer, hvor nogle typer løsninger opprioriteres, mens andre nedprioriteres. Dette kan få konsekvenser for den gravide med et misbrug, som oplever at blive degraderet til en anden indsats, fordi man skønner, at en indsats som fx "mor-barn" ikke vil opnå succesraten i sidste ende, så i stedet for at forsøge, sætter man, ud fra vores tolkning, ind med andre handlemuligheder som fx en anbringelse, da det forudsættes, at det alligevel er den indsats, man i sidste ende havner på. Selvom alle borgere har lige ret til ydelser, sker der ifølge Lipsky en for sortering ud fra en konkret vurdering af, hvorvidt kvinden har gode chancer for at opnå succes eller udbytte af en given indsats (Winter, 2007). Lise fortæller i den sammenhæng, at de tidligere har haft en gravid kvinde tilknyttet, som fik afslag på asyl, hvorfor det ikke var en mulighed at adskille mor og barn i form af en tvangsanbringelse:

"Men fordi hun fik afslag på asyl, så var det, hvad kan man sige, ikke en mulighed at vælge anbringelse, fordi vi skal ikke have det ry i Danmark, at vi tager børn fra forældre, for selv at få dem til noget adoption, eller hvad vi kunne få lyst til. Så derfor at det politikken, at barnet ikke kunne blive anbragt, fordi mor ikke har fået asyl. Så det man gjorde, det var, at man sagde, så længe hun er her, så må vi give hende noget hjælp i forhold til at få hendes moderskab til at fungere. Og mod alle odds gik det faktisk helt hæderligt. Altså fordi at man så sagde, jamen det er ikke en mulighed at anbringe det her barn, så må vi simpelthen investere og prøve og se, hvad vi kan poste i den her mor og se, hvad hun kan præstere, hvis vi går all in. Og hun kunne faktisk en hel del, men hun havde aldrig fået chancen, hvis hun ikke havde fået afslag på asyl. Og jeg tænker, det synes jeg var en tankevækkende historie, ikke".

Citatet er et fint eksempel på, hvordan der i nogle tilfælde synes at være en tendens til nedprioritering i de tilfælde, hvor der skønnes, at kvinden ikke vil opnå tilstrækkelige forældrekompetencer uanset indsats. Dina fortæller i den sammenhæng, at de finder det problematisk, at Familiegrupperne sorterer i de oplysninger, der indhentes:

"Der er situationer, hvor rådgiver decideret ikke ønsker at få en observation fra barselsgangen med begrundelse i, at de allerede tænker, at det skal være en anbringelse og en observation, der vil pege på nogle ressourcer, kan her være med til, at anbringelsen ikke går igennem i Børne-Unge Udvalget".

Citatet viser således, hvordan kvinder i nogle tilfælde risikerer at blive genstand for politisk styring, hvor rationaler som økonomi vægtes højest. Selvom skønnet kan fungere som kvindens retssikkerhedsforanstaltning forstået på den måde, at skønnet kan være med til at sikre, at rationering ud fra succesrater ikke overtager en faglig vurdering af en konkret kvindes problemkompleks, synes der alligevel, ud fra Familieambulatoriets overvejelser, at tegnes et billede af, at der opstår en nedprioritering af de kvinder, som synes at have mindre sandsynlighed for at opnå succes med de handlemuligheder/indsatser, de er potentielle til at være modtagere af. Udsagnet fra Dina indikerer, at Familiegruppen i nogle tilfælde allerede har truffet en beslutning om

anbringelse på forhånd. Som forklaringsmodel på dette kan der henvises til Lipskys tese om afværgemekanisme i relation til ned- og opprioritering af henholdsvis sager med lav og høj succesrate. Hvis ovenstående citat har sandhed i sig, kan der argumenteres for, at kvinden mister sin retssikkerhed, og de kvinder med færrest ressourcer risikerer i højere grad en dårligere behandling/handlemulighed. Søs fra Familiegruppen fortæller også, at der i mødet med kvinderne eksisterer en *"underliggende frygt for, at vi [Familiegruppen] anbringer deres børn"*. Dette synes imidlertid ikke kun at omhandle kvinderne, men også Familiegruppens samarbejdspartnere i Familieambulatoriet, hvis tilgange og arbejdsmetoder er anderledes. Dina fortæller:

"Altså når man lærer at cykle, så falder man også af nogle gange. Når man skal til og ud af sit rusmiddelforbrug, så er det altså svært, det er op ad bakke, hvis man har haft det i 10-15 år inden, man starter [i Familieambulatoriet], og selv om man har et eller to tilbagefald kan godt være, at man er på den rigtige vej, og hvor vi tænker, så har vi måske fokus på de der 14 dage eller 3 eller 4 uger, hvor du [kvinden] holdte dig ude af det, hvor en rådgiver lynhurtigt vil få fokus på den ene gang, hun skvattede i bananskrællen".

Det er således tydeligt, at der i de forskellige organisationer arbejdes ud fra forskellige afsæt, som blandt andet handler om det fokus, der anlægges i arbejdet med en gravid med et rusmiddelforbrug. Derfor må det også antages, at de respektive fagområder, med hver deres specialiserede viden, i større grad kan sikre kvinderne en helhedsorienteret indsats, når der sker en vidensdeling på tværs af organisationerne. Ovenstående citater viser dog også en tendens til, at Lipskys teori i nogle tilfælde kommer til kort i forhold til at forklare, i dette tilfælde, medarbejderne i Familieambulatoriets ageren. Ifølge Lipsky vil krydspres føre til afværgemekanismer, som har et relativt negativt præg. I Familieambulatoriets spores der, som det kommer til udtryk ved flere citater i ovenstående, afværgemekanismer, som Lipskys teori ikke indbefatter. Det drejer sig ikke blot om handlekraft og engagement, som også tidligere observeret i Familiegruppen – men også om viljen til at ville tage det lange seje træk for borgeren og acceptere nedture. Et af kritikpunkterne i forhold til Lipsky går netop på, at han tegner et for negativt og kynisk billede af medarbejderne. Familieambulatoriet er et eksempel på, at krydspres også kan føre til et mere positivt perspektiv, hvor medarbejderne agerer som lokale problemløsere, der på trods af regler, budgetter, organisationsstruktur mv., løser problemer ud fra en viden om målgruppens situation, ressourcer og barrierer.

4.3 Opsummering

Som vi har analyseret os frem til, er der nogle helt tydelige udfordringer, når der skal arbejdes tværprofessionelt mellem de to instanser. Udfordringen handler i høj grad om, at der arbejdes ud fra forskellige lovgivninger og dermed forskellige formål og værdisæt. De fagprofessionelle i Familieambulatoriet arbejder ud fra Sundhedsloven og har i høj grad kvinden i fokus. Modsat er arbejdet i Familiegruppen præget af Servicelovens bestemmelser, som sætter barnets udvikling og trivsel i fokus. Samarbejdet udfordres dermed af de forskellige forståelser/doxa, som er indlejret i de forskellige professioner og som kan medføre, at de fagprofessionelle kommer til at befinde sig i et krydspres mellem flere forskellige modsatfaldte målsætninger. Endvidere påviser analysen, at der synes at være en tendens til, at der i forvaltningen, fokuseres på økonomiske parametre, som i nogle tilfælde resulterer i, at der sker en prioritering i forhold til den handlemulighed, der iværksættes over for kvinden. Her kommer skønsbaseret vurderinger, foretaget ud fra økonomiske rationaler, til at spille en væsentlig rolle, og her er det kvinden, der i sidste ende bliver "taberen", idet magten ligger hos dem, der har økonomiske mål som sigte. Konsekvensen for de fagprofessionelle bliver, at de i nogle tilfælde opholder sig i et krydsfelt mellem lovgivning, økonomiske målsætninger og egne etiske

og faglige værdier. I den forbindelse kan der spores en tendens til, at de fagprofessionelle, som en afledt effekt af krydspreset – bevidst eller ubevidst – benytter såkaldte afværgelsesmekanismer, som kommer til udtryk ved op- og nedprioriteringer i servicen og foretagelse af faglige skøn. Selvom afværgelsesmekanismerne kan være forståelige, kan konsekvensen for den gravide med et rusmiddelforbrug være en uens behandling fra kommune til kommune og alt efter fagprofessionel, og i yderste konsekvens risikerer den gravide kvinden ikke den behandling, som hun potentielt set har ret til. I den sammenhæng kan der argumenteres for, at det er et demokratisk problem, at vedtaget lovgivning i nogle tilfælde tilsidesættes af faglige skøn og økonomiske prioriteringer, og dermed ikke bliver eksekveret korrekt. Endeligt kan det udledes, at samarbejdet mellem Familieambulatoriet og Familiegruppen bliver udfordret endsige vanskeligt i de tilfælde, hvor prioriteringen af handlemuligheden over for kvinden i Familiegruppen afviger fundamentalt fra Familieambulatoriets doxiske antagelser, og styrken ved at de to instanser med hver deres specialviden mødes og fokuserer på problemstillingen, synes i de tilfælde at gå tabt. Det betyder også, at den helhedsorienterede tilgang, og herunder den mest holdbare løsning for såvel moderen som barnet, mindskes. Endelig kan det udledes på baggrund af analysen, at Lipskys teori om krydspres og afværgemekanismer udmærket kan fungere som forklaringsmodel på markarbejderens ageren. Men det bliver også tydeligt, at der kan spores flere, mere positive afværgemekanismer end dem, der kommer til udtryk i teorien. Vi kan således konstatere, at mekanismer som handlekraft, engagement og viljen til at tage det lange seje træk, også gør sig gældende i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug.

ANALYSEDEL 2: MAGT OG MOTIVATION

Den moderne magtudøvelse omhandler måden hvorpå, vi, som fagprofessionelle, påvirker individer, deres handlinger og selvopfattelse. Det er således en produktiv magt, hvis sigte er at tildele individet nogle helt bestemte kapaciteter, der gør det i stand til at agere og handle på bestemte måder. Magten har mange facetter, og hvor den nogle steder fremstår som en synlig og mere legitim magt, beror den andre steder på mere utydelige former for magt. I vores indsamlede empiri ses såvel den implicitte som eksplicitte magt udøvet. Metoderne er forskellige, men hensigten er den samme, nemlig at styre kvinden hen imod en tilstand, der fra samfundets side opfattes som acceptabel. Magt som redskab anses derfor, ud fra vores tolkning, som en af de helt centrale handlemuligheder, der benyttes i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug.

4.4 "Det kan man kalde manipulation, hvis man vil"

Der stilles i dag i stigende grad krav om, at velfærdsinstitutionerne i mødet med borgeren tilrettelægger og tilpasser indsatsen efter den enkelte person. Samtidig er de forskellige velfærdsinstitutioner præget af bestemte faglogikker, som er medvirkende i forhold til måden, hvorpå den professionelle møder og iagttager borgeren. Selve iagttagelsen, herunder begrundelser for misbrugets opståen, kvindens motivation, forældrekompetencer mv., er imidlertid i høj grad betinget af de faglige logikker, som velfærdsstatens fagprofessionelle anvender. Mødet bliver derfor også, ud fra ovenstående betragtning, forudindtaget af nogle bestemte rammer, hvorfor magt og viden, intervention og faglogik også kommer til at spille snævert sammen (Mik-Meyer & Villadsen, 2008).

Med udgangspunkt i vores empiriske materiale ser vi også, at der i mødet mellem den fagprofessionelle og kvinden er indlejret nogle bestemte værdier, som i bund og grund handler om en opdragende hjælp til selvhjælp baseret på viden om den enkelte kvinde, hendes rusmiddelproblematik og barnet. På den måde er det ikke en magtudøvelse, der er ond eller går i mod kvindens interesser, men derimod en magtudøvelse, som ud fra vores tolkning handler om påvirkning, eller hvad Bourdieu benævner som symbolsk vold, forstået på

den måde, at kvinden gennem den fagprofessionelles kontrol/hjælp vil opleve at blive mere disciplineret, både i forhold til sig selv, men også i forhold til det ufødte barn (Meeuwisse & Swärd, 2004). Lise fra Familieambulatoriet udtaler i den sammenhæng, at deres tilbud overordnet set er det samme som de tilbud "almindelige gravide" får:

"De [kvinderne] går der [jordemoderkontrol] måske bare lidt hyppigere og får måske lidt flere scanninger, for også at støtte hende i, at der er et barn inde i maven, så hun i højere grad kan tage ansvar for det (fosteret), fordi hun får en oplevelse af at have et barn i maven".

Lise hæfter sig således ikke ved asymmetrien i deres relation, og magten sættes derved i parentes, hvilket ifølge Bourdieu betegnes som "Misrecognition" – en betegnelse for sociale relationer, der er præget af magt, men som ikke fremstår som magt (Meeuwisse & Swärd, 2004: 259). Ud fra vores tolkning betragter Lise ikke sig selv som magtfuld, selvom deres tilbud omfatter, at kvinden får flere scanninger og jordemoderbesøg, som vel i bund og grund må anses som en kontrolform i forhold til at sikre, at moderen fortsætter med at afstå fra sit misbrug og samtidig skubbe moderen i en retning, hvor hun bliver mere bevidst omkring sit kommende moderskab. Midlet, der anvendes til at igangsætte en forandringsproces hos kvinden, er blandt andet motivationsarbejde, hvor målsætningen er at få kvinden til at betragte sin situation på en ny måde – med andre ord: få kvinden til at se de problemer, de fagprofessionelle ser og dermed være villig til at gøre noget dem. I den forbindelse bliver det også tydeligt, hvordan de fagprofessionelle i Familieambulatoriet, gennem nære relationer og empati, skaber mulighed for forandring. Lise udtaler i den sammenhæng:

" (...) Men på den anden side får vi også et bedre resultat ud af det, hvis vi forsøger at opnå en relation, der gør, at vi får opbygget noget tillid mellem os og den gravide. De får en oplevelse af, at vi vil dem det godt, og at de kan slappe af og turde være til stede og fortælle om dem selv... Så får vi en større del af problemet, og vi kan være mere præcise i forhold til, hvad det er for en gravid vi har med at gøre – hvordan verdenssituationen ser ud, og hvad det er for en hjælp, hun har brug for (...) Altså det er jo også pædagogisk fif, at jo mere man er opmærksom på, det der er på plus siden, jo mere er det også muligt, også at få plads til at kunne italesætte det, der er på den anden side. Så når vi er vældige positive, så tro os, når vi siger, at så er det også fordi, at på den måde skaffer vi også adgang til det, der er på den modsatte vægtskål".

Også her er der tale om en magtrelation, som ikke udøves i nogen ond mening, men hvor der alligevel anvendes nogle bestemte styringsteknologier i forhold til at få kvinden til at åbne sig mest muligt. Det handler altså om, at den fagprofessionelle underlægger sig et regimente af strategisk tavshed eller refleksiv lytten for netop at få synliggjort kvindens problemkompleks. Foucault benævner sådanne samtaleteknikker som magtteknologier, hvor den fagprofessionelle anvender bestemte redskaber til at styre borgeren med (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Dette ses også i følgende citat, hvor Lise selv beskriver, at deres metoder kan opfattes som manipulation i forhold til, at der skal ske en bestemt bevægelse med kvinden hen imod et rusmiddelfrit liv:

" (...) For også at udfordre i forhold til at få hende i en bestemt retning. Det kan man kalde manipulation, hvis man vil. Et sted tænker vi, at der er noget, der er bedre at gøre end noget andet. Hvis vi kan opnå en tillid, så de tør lade sig lede af os i en retning, vi tænker vi være godt for dem".

Citatet er et fint eksempel på, hvordan den symbolske vold virker som en handlemulighed i forhold til at få ledt kvinden i en bestemt retning. Her fortæller informanten, hvordan der anvendes, om man vil, manipulerende metoder til at få kvinden til at samarbejde. Ud fra Bourdieus perspektiv sker der således en underkastelsesproces, som kvinden ikke er opmærksom på, fordi processen opfattes og føles naturlig. Kvinden er således ikke vidende om, at hun er med til at stadfæste en problemidentitet, hvor hun underordner sig i relationen til den fagprofessionelle. På den måde kan man faktisk sige, at kvinden ligefrem samarbejder om sin egen underkastelsesproces – en underkastelsesproces, der kan opfattes som et resultat af de magtfulde strukturer i samfundet, der aktualiserer en bestemt diskurs, som i vores tilfælde handler om, at kvinden under graviditeten skal afholde sig fra alle rusmidler (Mik-Meyer & Villadsen, 2008).

I og med at det empiriske materiale kun indeholder udtalelser fra de fagprofessionelle selv, har det ikke været muligt at tolke på, hvorvidt kvinden reelt set vil respondere på at blive (usynligt) manipuleret, altså underkaste sig symbolsk vold. Der er dog grund til at antage, ud fra resten af vores empiriske materiale, at det ofte lykkes at få kvinden til at arbejde i en, ud fra den fagprofessionelles synsvinkel, rigtig retning. Ud fra vores tolkning er begge parter således medvirkende til at acceptere og reproducere de doxiske antagelser, som er indlejret i feltet og derfor med til at opretholde en ulige social orden mellem den fagprofessionelle og kvinden (Mik-Meyer & Villadsen, 2008). Dette fremgår bl.a. i følgende citat fra Familieambulatoriet, hvor Lise udtaler: (...) *så kan man have held med at puffe lidt til dem i forhold til at konstruere en ny historie om sig selv – en mere konstruktiv historie, der har mere handlekraft eller retning*".

Skulle en gravid kvinde, mod forventningerne, takke nej til Familieambulatoriets tilbud, ses det også, hvordan det øvrige personale forsøger at indfange kvinden og dermed få hende til at opfatte egen situation som problematisk og med behov for støtte:

" (...) For det første, så vil de [læge og jordemoder] tale fra deres syge møster og finde argumenter for, at det nu alligevel kunne være en god idé og overveje, om ikke de skulle lave det nej om til et ja, og de [læge og jordemor] er også meget opmærksomme på, om deres situation giver anledning til en bekymring, der er så stor, at man tænker, at man skal lave en underretning på det".

Familieambulatoriets arbejde kan, ud fra et bourdieusk perspektiv, anskues som et tilbud, der har til hensigt at skabe overensstemmelse mellem de objektive strukturer, vi har i samfundet, herunder den gængse normalitetsopfattelse, som netop omtaler og producerer rusmidler under graviditeten som et problem, og så kvindens mentale strukturer. Det betyder altså, at den gravide kvinde, med den fagprofessionelles hjælp, gerne skal have internaliseret en bestemt viden om, at hendes livsstil er et problem og derfor genstand for forandring (Mik-Meyer & Villadsen, 2008). Dette hænger også sammen med Foucaults begreb governmentality, som netop handler om den moderne, liberale magtudøvelse, som gennem visse stimuli, er med til at skabe bestemte evner og egenskaber hos borgerne. Ifølge Foucault er magten produktiv, idet magten virker ved at gøre individer til – og få individer til selv at gøre sig til – bestemte subjekter (Mik-Meyer & Villadsen, 2008: 16). Lise fra Familieambulatoriet udtaler i den sammenhæng:

"Det er noget med hvem, der bærer motivationen for at skabe forandringen. Hvis det ikke kan være anderledes, så må den ligge hos de professionelle (...) Jeg tænker, at det kan være givet rigtig godt ud at tage sig tid til og prøve og se, om ikke forældrene kan motiveres til at være dem, der tager ansvaret og bruger kræfterne på at komme derhen, hvor de også gerne selv vil".

Citatet viser, ud fra Foucaults tankegang, hvordan kvinden gøres til genstand for en bestemt viden, som udspringer af en bestemt diskurs. Med reference til Foucaults begreb pastoralmagt, er hensigten, at kvinden gør sig selv til genstand for sin egen styring. Selvstyringen skal dog oftest igangsættes og bistås af eksperter, hvilket også er tilfældet i vores empiriske materiale, hvor de fagprofessionelle er dem, der er i besiddelse af en bestemt viden, som de videregiver til kvinden med det formål, at kvinden ophører sit misbrug. Lise nævner i den sammenhæng, hvordan *"misbruget går ud over deres [kvindernes] indlæringssevne, deres koncentrationsevne og evne til nærvær. Det går også ud over deres evne til at høre og registrere deres børns bevægelser om natten. Det snakker vi meget med dem om, og hvad det får af betydning for varetagelsen af deres forældreskab"*. Ud fra citatet ses det bl.a., hvordan kvinden hjælpes til at transformere sig selv ud fra en viden om, hvad misbruget har af betydning for såvel hende selv som barnet. Den fagprofessionelle igangsætter således en selvrefleksion hos kvinden, hvis formål er selvbearbejdning, der skal føre til ny læring og dermed ophør af misbruget hos kvinden. Det handler altså om at få kvinden til at arbejde med sig selv ud fra den fagprofessionelles anvisninger, og her anvendes (pastoral)magten, ud fra vores tolkning, som en af de handlemuligheder, den fagprofessionelle har. Den pastorale magt, der kommer til udtryk, er i bund og grund empatisk, idet den tager udgangspunkt i omsorg og kvindens velbefindende, og derfor er den også svær at forsvare sig imod. Det er altså ikke nogen ond magt, men alligevel en magt, der udspringer af en bestemt diskurs, og som kvinden i sidste ende bliver genstand for (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

Generelt tegnes der et billede af, at man som fagprofessionel er nødsaget til at benytte sig af forskellige (magtfulde) metoder i forhold til at motivere kvinden for behandling, og samtidig gøre kvinden bevidst om problematikken ved hendes livssituation. Det sker dog, at den fagprofessionelle møder kvinder, hvis norm og/eller kultur adskiller sig fra organisationens doxa og den generelle/universelle opfattelse af, hvad der er selvfølgeligt. Følgende citat illustrer dette godt:

"Altså jeg har mødt nogle afrikanere, som kommer fra en helt anden kultur, og hvor man tænker: Ja, siger de, vi ryger da hash en gang i mellem, det er da ikke noget, vi ligger skjul på. Det gør vi ligesom, I drikker rødvin. Så hygger vi os, og så ryger vi en joint, og det tænker vi ikke, at der er noget galt i (...) Det er en påfaldende kultur. Der er en, der har beskrevet det for mig som sådan en Bob Marley kultur. Sådan lidt hippie, reggae-musik-agtig. Og så går man i køkkenet, og det betyder så, at man går ud og ryger en joint, og så bliver man sådan lidt easy going, og så har man lige et pusterum på et par timer, og det har man måske et par gange om ugen. Det er sådan en naturlig del af deres liv. Sådan lidt pyyh og så videre. (...). Og så er det man [interviewedes] ikke rigtig helt ved, hvad det er for nogle folder, man [interviewedes] skal lægge ansigtet i (...) Jeg kan huske en afrikansk mand, der sagde til mig, at han godt kunne forstå min bekymring, når han kunne høre, hvad det var, jeg forestillede mig, at de foretog sig".

Pointen ved at fremhæve netop dette citat er at vise, at der i hver organisation eksisterer et bestemt regel- og normsæt, som på mange måder kommer til at strukturere mødet mellem fagprofessionel og borger. I ovenstående citat bliver mekanismerne imidlertid udfordret, netop fordi den afrikanske kvinde ikke opererer med dette samme normsæt og dermed ikke godtager feltets doxa. Den sociale orden, der normalvis eksisterer til et møde, bringes her i uorden, hvilket står i kontrast til antagelsen om, at de fagprofessionelle, i kraft af deres positioner besidder "sandheden" om virkeligheden (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Det præsenterede citat er således et eksempel på, at selvom rollerne mellem fagprofessionel og borger ofte afspejler en bestemt institutionel, forankret position, determinerer de altså ikke altid den konkrete interaktion, og som vores deltager siger: *"Og så er det man ikke rigtig helt ved, hvad det er for nogle folder, man skal lægge ansigtet i"*.

Den usynlige magt som handlemulighed bliver i den konkrete situation udfordret, hvilket stiller den fagprofessionelle i en situation, hvor denne må tage givne forståelsesrammer op til genovervejelse og se, om der er andre måder at handle på.

Med udgangspunkt i eksemplet med den afrikanske kvinde, virker det nu naturligt at rette blikket mod Familiegruppen, hvor magten, og dermed socialrådgiverens handlemuligheder, på mange måder udspiller sig anderledes, idet socialrådgiverne her er i besiddelse af en myndighedsposition. Magten i Familiegruppen synes således, modsat arbejdet i Familieambulatoriet, at være en grundlæggende præmis, hvor sagsbehandlerne er nødsaget til at udøve magt for netop at sikre barnets tarv. Det betyder også, at magten ikke på samme måde er usynlig, da sagsbehandleren har hjemmel i lov i forhold til at træffe afgørelser i borgerens liv. Hvis vi kort holder os til den afrikanske kvinde, er vores tolkning derfor, at man som sagsbehandler i en Familiegruppe, modsat Lise, godt ved, *"hvilke folder ansigtet skal ligges i"*. Søs fortæller i den forbindelse om at stå over for en kvinde, der ikke blot henlægger sit misbrug på grund af sin graviditet:

"Der kunne vi så stå med en information og sige okay ... og så skitsere de muligheder, der rent faktisk er for senabort, tvangsadoption eller tvangsanbringelse (...) Hvis en kvinde siger, at hun ikke kan stoppe sit misbrug og fastholder det, så lukkes der nogen døre i og konsekvensen er, at dit [kvinden] barn bliver skadet og senere anbragt".

Citatet er et fint eksempel på, at der i det sociale arbejde i en Familiegruppe findes en mere legitim og synlig magt, som er en forudsætning for arbejdet mellem sagsbehandlere og forældre – her er kvinden underlagt systemets magt, og det er myndigheden, der pr. definition har magten til at bestemme. Kvinden er således degraderet til en rolle, som indebærer underordning, fordi hun ikke selv har muligheden for at vælge mellem andre alternativer. Her tydeliggøres det asymmetriske magtforhold, der er til stede mellem sagsbehandler og kvinde, hvor sagsbehandleren i kraft af sin myndighedsrolle besidder en magt over kvinden. Ud fra dette perspektiv kan der argumenteres for, at symbolsk vold og anvendelse af diverse samtaleteknikker, ikke synes nødvendigt på samme måde i en Familiegruppe, idet sagsbehandleren her har en anden kompetence og dermed andre (magtfulde) handlemuligheder. Ovenstående citatet viser, hvordan socialrådgiveren, ud fra Miller og Rollnicks teori, gør brug af den styrende stil⁹, hvor rådgiveren netop giver den gravide kvinde et sæt af informationer, instruktioner og råd. Der bliver her lagt op til, at den gravide, som skal tilbydes hjælpen, skal adlyde, imødekomme og efterleve. Hermed informerer rådgiveren den gravide om, hvad hun bør gøre, hvordan hun bør gøre det, og hvad konsekvensen er, hvis ikke det bliver efterlevet. I den sammenhæng reflekterer interviewpersonerne desuden over, hvorvidt der mangler en tvangsmæssig lovhjemmel i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at nå ind til moderen gennem *den styrende stil*. Her er der enighed om, at en tvangsmæssig lovhjemmel vil medføre, at deres handlemuligheder forringes, netop fordi færre kvinder vil henvende sig og dermed vil der være flere børn, der fødes uden for systemet, hvilket ikke er barnets tarv. Selvom magten på mange måder er mere synlig i en Familiegruppe, eksisterer der, ligesom i Familieambulatoriet, også magtformer, som beror på andre, mere utydelige former for magt. Pia fortæller:

" (...) Vi laver strategier for, hvordan vi motiverer dem, hvad samtale vi har, og det er ikke ens i nogen sager. Det er sådan, at des bedre refleksionsniveau de har, des bedre kan vi også arbejde med den rolige indgang, motivere dem og selv få dem til at komme frem til nogle erkendelser".

⁹ Miller og Rollnick opererer med tre forskellige kommunikationsstile, hvoraf den styrende stil er en af dem. De to øvrige kommunikationsstile, den følgende- og den vejledende stil, vil blive præsenteret længere nede i analysen.

Hermed forstår vi, at magten som udgangspunkt udøves konstruktivt, dvs. ved at få moderen til selv at forstå, at der er problemer, hun skal løse. Selvom magten i realiteten syner god, handler det stadigvæk om at disciplinere og udvikle kvinden til at blive en god mor, og hvis det ikke lykkes, er midlet (handlemuligheden), der er til rådighed, anbringelse af barnet uden for hjemmet.

4.5 "Hvem bærer motivationen for at skabe forandring"

Magten, der netop er analyseret, kan i nogle tilfælde fremstå negativt. Vi er derfor også bevidste om, at magt kan være produktiv og i mange tilfælde muliggøre forandringsprocesser, såfremt den anvendes reflektivt. Hensigten med dette analyseafsnit bliver således at analysere det sociale arbejde, der udføres i Familieambulatoriet og Familiegruppen, ud fra en vinkel, der ikke anser magt som en uetisk handlemulighed, men derimod som en mulighed for, at der i relationen mellem kvinden og den fagprofessionelle kan opstå nye veje til forandring. Disse nye veje hænger blandt andet sammen med den motivation og de relationer, der skabes. Modsat ovenstående analysedel vil denne fokusere mere positivt på den magt, der implicit ligger i arbejdet mellem socialarbejder og borger. Mødet bliver her betragtet ud fra en antagelse om, at det er muligt at udøve en magt over for kvinden, der ikke virker undertrykkende, men derimod opdyrkende, forstået på den måde, at kvinden bliver i stand til at yde "hjælp til selvhjælp" (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

4.6 "At være drevet af den hellige ild"

Vil ... vil ikke. Vi mennesker befinder os ofte i situationer, hvor vi på den ene side er motiverede for forandring og på den anden side umotiverede. I den forbindelse er forventningerne til de fagprofessionelle vokset betydeligt, og deres primære opgave bliver i mange henseender at hjælpe med at afklare borgerens valg. For mange af de professionelle og offentlige ansatte i Danmark, er det at skulle motivere borgeren til at træffe og gennemføre det gode valg, en del af deres daglige arbejde. Men hvordan understøtter man reelt set ude i praksis den gravide med et rusmiddelforbrug til at træffe og gennemføre valg baseret på egne evner og muligheder? Dilemmaet er her, hvordan man som fagprofessionel på den ene side respekterer det selvforvaltende individ og på den anden side intervenserer for at skabe forandring (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Det sociale arbejde er præget af et væld af initiativer og metoder, hvor særligt en metode gjorde sig gældende under vores empiriindsamling; nemlig motivationssamtalen. Motivationssamtalen bygger på en antagelse om, at alle mennesker stræber efter at leve et godt og meningsfuldt liv. For nogle kan det meningsfulde liv imidlertid være blokeret af destruktive kræfter, og det sociale arbejds opgave er derfor at fjerne de blokeringer, der forhindrer personen i at leve et meningsfuldt liv. Ved at anvende motivationssamtalen som redskab åbner man op for, at kvinden, med den fagprofessionelles hjælp, bliver i stand til at overtage styringen over eget liv. Motivationssamtalen kan således karakteriseres som en styrende metode, hvis formål er at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare borgerens ambivalens (Miller & Rollnick, 2014). Lise fra Familieambulatoriet udtaler i den forbindelse:

"Man kan sige, vi arbejder jo også på deres [kvindernes] side i forhold til at skabe større forståelse for deres situation, sådan at de får den hjælp, de har brug for. Samtidig med at vi arbejder på at motivere dem til at være modtagelige i forhold til at modtage hjælp".

Med tanken om at alle mennesker, inderst inde, ønsker at leve et godt og meningsfuldt liv, er alle også bærere af muligheden for forandring. Citatet viser således også, hvordan det er socialarbejderens primære opgave og ansvar at motivere kvinden til at tage imod de handlemuligheder, der tilbydes. Motivationsarbejdet bygger på et positivt menneskesyn, som i vores tilfælde handler om, at kvinden inderst inde ikke agter at skade hverken sig selv eller barnet grundet sit rusmiddelforbrug. Derfor ønsker kvinden også hjælp fra motivationsarbejderen,

for dermed at finde frem til en anden og bedre levevej. Miller og Rollnick taler i den forbindelse om at en positiv forventning om, at den gravide kan lykkes og fremadrettet vil kunne realisere egne mål, er afgørende for at indre forandringsmotivation kan forekomme hos kvinden. I den sammenhæng handler det om at møde kvinden på en måde, som fordrer et godt samarbejde (Miller & Rollnick, 2014). Lise fra Familieambulatoriet fortæller om en kvinde:

"Hun [kvinden] havde rigtig stor modstand i forhold til at komme i Familieambulatoriet. Så første opgave går egentlig ud på at give hende et positivt indtryk af nogle flinke damer, som vil hende det godt. Måske kan vi ikke give hende det, som hun tænker, hun har brug for, men mere så hun får en oplevelse af, at vi forstår, hvordan verdenen er skruet sammen fra hendes perspektiv".

Citatet er et godt eksempel på, at gravide med et rusmiddelforbrug skal mødes på en anerkendende måde, eller hvad Miller og Rollnick vil betegne som den følgende/vejledende stil, hvor socialarbejderen møder kvinden med interesse og lydhørhed og udviser respekt og tillid til, at kvinden, bag sine synlige problemer, besidder nogle selvstændige præferencer i forhold til den fremadrettede indsats (Miller & Rollnick, 2014). Dina fra Familieambulatoriet udtaler videre:

"Vi prøver også at tage afsæt i, sammen med kvinden, hvad er det i bund og grund, hun ønsker hjælp til. Respekt for at hun kommer ind ad vores dør, og hun kommer med nogen problemstillinger, men hvad er det, hun selv tænker, hun har behov for hjælp til. Fordi nogen gange, ved at gå den vej, kommer vi også til at hjælpe med noget andet, hun ikke selv, som udgangspunkt, havde tænkt, at det var der også behov for hjælp til".

Citatet viser, ud fra vores tolkning, en form for dobbeltiagttagelse, hvor Dina sammen med kvinden tager afsæt i kvindens egne udsagn og visioner. Dina anvender den følgende stil, som indebærer en ligeværdig relation og bygger på et princip om, at den fagprofessionelle ikke ønsker at presse kvinden, men derimod stoler på at kvinden selv kan i sit eget tempo. Samtidig viser citatet også, at den fagprofessionelle, ved at gå denne vej, formår at præge kvinden i en retning, hvor der åbnes op for de handlemuligheder, der er tiltænkt ud fra en professionel vinkel. Kvinden og den fagprofessionelle er sammen om at løse problemet i et tillidsforhold, der bærer præg af partnerskab og respekt (Miller & Rollnick, 2014).

Motivationssamtalen har, ifølge Miller og Rollnick, oftest den *vejledende stil*. Denne stil rummer aspekter fra både den *styrende-* og *følgende stil*. At hjælpe en gravid kvinde med at ophøre sit rusmiddelforbrug handler således om at involvere og vejlede den gravide uden at give for meget eller for lidt støtte. Den fagprofessionelle skal dermed finde en konstruktiv vej gennem de udfordringer, der kan opstå. Motivationssamtalen skal i den henseende være med til, at den gravide overtaler sig selv til forandring, med afsæt i egne værdier og interesser. Hermed formes handlemuligheden ikke alene af hjælperen, men også af den gravide selv. Hvis socialarbejderen oplever, at den gravide er uafklaret med, om hun ønsker hjælp til at komme ud af sit misbrug, er det vigtigt at socialarbejderen ikke prøver at påvirke den gravide til at vælge retning og komme med løsningsforslag. I stedet skal socialarbejderen anerkende begge sider af borgerens ambivalens, og gennem åbne spørgsmål, aktiv lytning og spejling hjælpe den gravide med et rusmiddelforbrug til at opnå og tydeliggøre, hvilken side af ambivalensen, som stemmer mest overens med den gravides egne ønsker og værdier (Miller & Rollnick, 2014). På Familieambulatoriet vægtes det højt, at kvinden inddrages under hele processen. Kvinden inddrages blandt andet, når der skal udarbejdes en underretning til Familiegruppen, hvor kvinden selv er en del af at få udarbejdet den skriftlige underretning til Familiegruppen, og hvorefter kvindens egne ord fremgår. Dina fra Familieambulatoriet fortæller:

"Det er en balancegang i forhold til at bruge noget tid på at lave en god relation, og hvis vi laver en underretning, så laver vi den typisk også sammen med kvinden, eller også har kvinden eller familien i hvert fald altid set den inden, de går herfra. Der går aldrig en underretning herfra uden, de er bekendt med den. De gange hvor det er muligt at lave den sammen med dem, gør vi det (...) Der er også noget, hvor jeg siger: "Jamen okay, hvis det betyder rigtig meget for dig [kvinden], at det står på den her måde i stedet for den her måde, så er det også fint for mig".

Ovenstående udtalelse er et eksempel på et samarbejdsbaseret partnerskab med den gravide med et rusmiddelforbrug og en respektfuld fremkaldelse af den gravides egen motivation. Derudover udviser Dina støtte og accept for den gravides egne ønsker og formuleringer, hvorfor hun vælger at benytte eksempelvis den gravides egne ord, når der skal formuleres en underretning. Ifølge Miller og Rollnick kan den indre forandringsmotivation alene opstå i et rum, hvor den gravide føler, at det er trygt at kunne åbne sig. Derfor må socialarbejderen heller ikke være for konfronterende, idet det vil medføre en negativ adfærd og vanskeliggøre det fremtidige arbejde med den gravide (Miller & Rollnick, 2014). Lise fra Familieambulatoriet fortæller:

"På den anden side får vi også et bedre resultat ud af det, hvis vi forsøger at opnå en relation, der gør, at vi får opbygget noget tillid mellem os og den gravide. De får en oplevelse af, at vi vil dem det godt, og at de godt kan slappe af og turde være til stede og fortælle om dem selv, så får vi en større del af problemet, og vi kan være mere præcise i forhold til, hvad det er for en gravid vi har med at gøre. Hvordan ser verdenssituationen ud, og hvad er det for en hjælp, hun har brug for. (...) Hvis vi kan opnå en tillid, så de tør lade sig lede af os i den retning, vi tænker vil være godt for dem".

Her ses et eksempel på, hvordan medarbejderne på Familieambulatoriet gennem en empatisk, støttende og accepterende atmosfære tilegner sig en større viden omkring den gravides problemer. På den måde kan socialarbejderen også blive skarpere på de handlemuligheder, der er behov for samtidig med, at hun kan øge kvindens motivation for at tage imod behandling. Det handler altså om, at socialarbejderen skal afklare kvindens ambivalens og ikke se ambivalensen som en mangel på motivation – i stedet skal kvindens ambivalens betragtes ud fra, at hun er motiveret i to forskellige retninger. Det er således et mål for socialarbejderen at undgå den paternalistiske rolle som kontrollant og ekspert, jf. ovenstående analyseafsnit om magt. I stedet må borgeren betragtes som en aktiv og udviklingsorienterende deltager, der skal inddrages (Pedersen & Lorenzen, 2009).

I tråd med ovenstående om den motiverende samtale og inddragelse af den gravide med et rusmiddelforbrug, synes det relevant at nævne empowerment, som kort fortalt handler om at gøre borgeren i stand til at handle i eget liv med udgangspunkt i egne præmisser. Her taler man blandt andet om, at socialarbejderen skal arbejde sammen med borgeren og ikke for borgeren (Mathiasen, Andersen, & Brok, 2000). Nedestående citat beskriver dette ret godt, hvor Lise fra Familieambulatoriet fortæller:

"At turde lade forældrene selv definere problemet og selv tage ansvar for deres egen situation fordi... Jeg er nogen gange positivt rystet over hvad folk/forældre kan flytte, hvis de selv er drevet af den hellige ild og gerne vil forandre deres situation. Det er noget med hvem, der bærer motivationen for at skabe forandringen. Hvis ikke det kan være anderledes, så må den ligge hos de professionelle, men kan man flytte den over på forældrene, så rykker det meget mere, end hvis man spænder sig selv for som fagperson på læsset. Hvis man kan få forældrene til at være

hest på vogn, så kan man komme et andet sted hen. Jeg tænker, det kan være givet rigtig godt ud at tage sig tid til og prøve og se, om ikke forældrene kan motiveres til at være dem, der tager ansvaret og bruger kræfterne på at komme derhen, hvor de også gerne selv vil”.

Her er der tale om inddragelse af den gravide med det formål at gøre den gravide til en ansvarlig og aktiv medspiller i processen, men også i forhold til at få koordineret den bedst mulige foranstaltning for den gravide. Ved at den gravide fremstår som en aktiv medspiller og ikke alene har en *modtagende rolle* i processen, øges den indre motivation til forandring. Ansvar for forandring bliver placeret hos den gravide selv. Den empowerment-orienterede tilgang skaber således en tillidsrelation mellem socialarbejderen og den gravide, hvorfor socialarbejderen også nemmere undgår at blive for styrende. Et spørgsmål, der ofte dukker op, når man taler om empowerment, er imidlertid, om det er et for stort ansvar at pålægge den gravide med et rusmiddelforbrug – magter kvinden overhovedet at påtage sig denne magt over sig selv? Her synes svaret at være, at så længe socialarbejderen kommunikerer og involverer kvinden, optimeres kvindens magt til selvstyring gradvist. Når usikkerheden mindskes og selvtilliden stiger, kan man give den gravide et større ansvar, og på den måde vokser hun med opgaven.

Med udgangspunkt i vores empiriske materiale har vi tilegnet os en viden om, at såvel motivationssamtalen som empowerment har stor betydning for tilgangen, hvorpå den gravide med et rusmiddelforbrug præsenteres for- og hjælpes til at tage imod de forskellige handlemuligheder. Kobler man tilgangene til fx Honneths teori om anerkendelse, ses det endvidere, at kvinden, ved at føle sig medinddraget og føle sig som en aktiv deltager, oplever anerkendelse i den solidariske sfære¹⁰. Citatet fra Lise fra Familieambulatoriet er med til at illustrere dette:

”Det der med at blive mødt på, at man ikke er et omvandrende misbrugsproblem, men at man også er et menneske af kød og blod, og man har sine kvaliteter. Så kan det godt være, at når vi vejer det op, at problemerne vejer tungere end kvaliteterne, men alle har brug for at blive set på deres kvaliteter. Så kan man også bedre bære at nå frem til et resultat på vægten, der siger, at desværre så vejer problemerne tungere end kvaliteterne. Fordi så er man blevet set på sine kvaliteter”.

Honneths anerkendelsesteori kan således være med til at demonstrere, at den gravide kvinde, ved at blive mødt på sine kvaliteter, egne unikke evner og færdigheder, oplever anerkendelse i den solidariske sfære. Den gravide kvinde ses her som en del af et fælles samarbejde, der handler om at finde frem til en indre motivation hos den gravide. Før end den gravide kan føle sig anerkendt er det, ifølge Honneth, afgørende, at hun oplever sig socialt anerkendt af de fagprofessionelle, der er omkring hende. Citatet ovenfor kan have stor betydning for den gravide, der måske ikke har et stort socialt netværk, hvorfor hun, ifølge Honneth, vil have svært ved at opleve anerkendelse i den private sfære. Derfor bliver relationen mellem fagprofessionel og kvinden helt essentiel, idet denne skal sikre, at kvinden, gennem empati og anerkendelse, opnår kompetencer i forhold til at overtage styringen i eget liv. Desuden opnår kvinden også herigennem anerkendelse i Honneths retlige sfære, idet hun betragtes som et selvforvaltende individ med ret til selvbestemmelse i forhold til de handlemuligheder, der tilbydes (Nissen & Appel, 2011). I Familiegruppen fylder anerkendelsen også en stor rolle, hvilket fremgår af følgende citat, hvor Søs fortæller:

¹⁰ Bliver uddybet nedenfor i citatet

"Vi har en sætning i teamet ift. at arbejde Hjertes Vej. Vi forsøger jo altid at møde de her forældre, hvor de er og tale til dem ud fra der, hvor de er. Det er ofte nogen rigtig hårde ting, vi skal sige til dem, men man kan gøre det på mange måder og understøtte dem på mange måder. Men det ændrer ikke det, vi skal have sagt. Vi laver altid et analysearbejde ift., hvordan får vi bedst muligt kommunikeret det. Hvor er den bedst mulige ramme, ude hos dem, her eller er det et tredje sted. Har de nogen trykkespersoner, de skal have med – sådan noget har vi fokus på. Altid med barnets briller, og det er altid de ting, der skal siges, der skal igennem"

Også her er der tale om anerkendelse i den solidariske sfære, da rådgiverne forsøger at møde den gravide med et rusmiddelforbrug netop der, hvor de befinder sig, så de får en oplevelse af, at de er en del af samarbejdet og selv er med til at finde frem til de handlemuligheder, der skal iværksættes. Honneth mener, at alle mennesker søger anerkendelse, og at anerkendelsen er alt afgørende, når det drejer sig om at fremme indre motivation og realisere egne ønsker (Honneth, 2006). Med udgangspunkt i anerkendelse er det særlig vigtigt at se på den enkelte gravide med et rusmiddelforbrug, og ikke alene drage paralleller til alle gravide, som har et rusmiddelforbrug. Lise fra Familieambulatoriet udtaler i den sammenhæng: *"Det er også noget med at være sig bevidst om, at hver enkelt misbrugs historie er forskellig – hvert enkelt menneske har sin egen historie, sine egne grunde til at have rusmidler inde i sit liv"*

I citatet er der tale om en jeg-du relation, hvor man ser den enkelte kvinde og ikke blot en "misbruger". En jeg-du relation kræver, at man møder den enkelte kvinde i "øjnehøjde" og prøver at forstå den gravide og den fortid, hun måtte have med sig, for at opbygge en relation, hvor man har en ligeværdig og fælles dialog (Miller & Rollnick, 2014). Søs fra Familiegruppen fortæller endvidere:

"Det er jo en kæmpe stor skalering, fordi det er jo på ingen måde ens. Nogen skal have det sådan enten vej 1 eller vej 2. Det er også ud fra deres kognitive kompetencer, forudsætninger og psykiske formåen. Her laver vi de her strategier for, hvordan snakker vi til de her mennesker, hvordan motiverer vi dem, hvad samtale har vi med dem, og det er ikke ens i nogen sager".

Også her er der tale om en jeg-du relation, hvor man møder den enkelte gravide ud fra de forudsætninger og evner, den gravide med et rusmiddelforbrug har. Det handler altså om, at den gravide skal føle støtte og accept, for at der kan forekomme en indre motivation, og dermed iværksætte handlemuligheder i forsøget på at skåne moren og det ufødte barn.

Hvis man skal tage de kritiske briller på i forhold til den motiverende samtale, empowerment-begrebet og anerkendelse overfor målgruppen, kan man indvende, at den motiverende samtale er en proces, som kræver lange seje træk for at skabe den ønskede forandring. Som det fremgik af foregående analysedel 1 med afsæt i Lipskys teori om krydspres og afværgemekanismer, er der en tendens til, at de borgere med laveste succesrate nedprioriteres. På den baggrund kan man således antage, at man i Familiegruppen i realiteten ikke vil prioritere de ressourcer, der skal til for at skabe forandring gennem empowerment, anerkendelse og den motiverende samtale, da succesraten ved nogle borgere vil være lav, og processen er meget ressourcekrævende. I den sammenhæng er den motiverende samtales virkning meget afhængig af den, der udfører samtalen. Den motiverende samtale kræver masser af øvelse og erfaring af den fagprofessionelle, der udfører den, og i sidste ende er der ingen garanti for, at den motiverende samtale virker på borgeren. Af samme årsag er der i interviewene med Familieambulatoriet og Familiegruppen også stor forskel på, hvor meget motivation vægtes som handlemulighed. Det er således tydeligt, at man i Familieambulatoriet bruger motivation meget aktivt, og det indgår som en naturlig del af den ånd, hvori man taler med borgeren. I

Familiegruppen, hvor magtrelationen er mere eksplicit overfor borgeren, indgår motivation naturligvis også som en del af handlemuligheden, men lovgivningen og dermed vægtningen af handlemuligheder, er her meget mere orienteret omkring barnets tarv, hvorfor motivation naturligt vægtes mindre i forhold til andre handlemuligheder. Motivet om vægtning af motivation i Familiegruppen kan dog anfægtes ud fra det perspektiv, at hvis borgeren i graviditetsforløbet anstrenger sig for at blive eller blot begrænse sit rusmiddelforbrug, vil det alt andet lige være til gavn for fostret, uanset om sagen i sidste ende ender med en tvangsanbringelse. I Familiegruppen kan den motiverende samtale således ikke stå alene som handlemulighed, men indgår som et af de redskaber i værktøjsskassen af bløde magtformer, som kan anvendes.

4.7 Opsummering

Foregående to analysedele har vist, hvordan magt og motivation er nogle af de helt centrale handlemuligheder, der anvendes i arbejdet med den gravide med et rusmiddelforbrug. Hensigten bag metoderne synes på mange måder at være den samme, men ved at være sig selv bevidst om- og anvende principperne bag den motiverende samtale, undgår man som fagprofessionel at blive for styrende i mødet med kvinden.

Overordnet set, kan magt som handlemulighed, og særligt som den anvendes i Familieambulatoriet, ud fra Foucault og Bourdieus teoretiske begreber, anskues som en blød og ikke-dominerende magtudøvelse. Metoderne, der anvendes, har til hensigt at styre kvinden hen imod selvstyring. Midlerne hertil er bl.a. ansvarliggørelse, disciplinering og motivation. Dette sker ud fra en konkret støtte, som tager udgangspunkt i en viden om, hvad rusmidler har af følgeskader for både moderen og for fosteret. Kvinderne modtager således rådgivning med det formål at blive i stand til at foretage de rette, men frivillige, valg. Kvinderne får tilbudt en række af redskaber, som gør dem kompetente til at overtage styringen af eget liv. Motivationen er således en af "magtens" redskaber, der igennem principper om empati, relation omsorg forsøger at myndiggøre kvinden til at yde hjælp til selvhjælp. Som udgangspunkt sker der i mødet med den fagprofessionelle en magtudøvelse, men i og med at den tager udgangspunkt i et ønske om at hjælpe kvinden, synes magten på mange måder at kunne retfærdiggøres. Med andre ord bliver det således i orden at styre kvinden til selvstyring, så længe man opretholder kvindens autonomi og selvbestemmelsesret. Magten som anvendes i Familieambulatoriet legitimeres yderligere af det faktum, at det er et frivilligt tilbud at samarbejde med Familieambulatoriet, og borgeren kan til enhver tid ophæve samarbejdet. Man kan argumentere for, at magt, så længe den fremstilles i et positivt og legalt sprog, bliver accepteret af såvel den fagprofessionelle som kvinden selv (Pedersen & Lorenzen, 2009). Her kan man ligefrem betegne magt og motivation ud fra en medborgerskabs-termologi – det vil sige som et redskab til at skabe kompetente borgere. Her skal det sociale arbejde ses som noget, der er drevet af en vilje til "empowerment", og dets funktion skal derfor ikke betragtes eller opleves som noget undertrykkende. Det er altså en mere positiv måde at anskue magt på, hvor man hjælper kvinden til at overtage styringen af eget liv (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

Det sker dog, som analysen viser, at det ikke altid er muligt at nå ind til kvinden gennem motiverende og hermed frivillige handlemuligheder, og her synes det nødvendigt, at der tages andre, mere synlige former for magt i brug. Dette ses blandt andet ved, at Familieambulatoriet underretter Familiegruppen, som herefter skal vurdere og tage stilling til, hvilke handlemuligheder, der så skal anvendes. Den magt, der anvendes som handlemulighed i en Familiegruppe, betragtes derfor som mere synlig og legitim og synes at kunne forsvares ud fra barnets perspektiv. Midlerne er her abort, tvangsbortadoption eller tvangsanbringelse af barnet uden for hjemmet. På den måde kommer kvinden også til at indgå i et afhængighedsforhold, forstået på den måde, at hun, såfremt hun ønsker at beholde sit barn, skal indgå i de tiltag, socialrådgiveren anfører. Selvom magt og

motivation kan forstås som et positivt udgangspunkt for at støtte kvinden, er der altså stadig tale om en magt, som kommer et bestemt sted fra og kan tvinge kvinden ind i den diskurs/praksis, som eksisterer inden for systemet. Analysen har derfor til hensigt at vise, at der fortsat eksisterer nogle udfordringer i den form for styring, som er væsentligt at være sig bevidst om.

ANALYSEDEL 3: TILKNYTNING

Efter at have analyseret magt og motivation som handlemulighed, vil vi nu vende blikket og påbegynde en analyse, der har til hensigt at vise, hvorfor ovenstående handlemuligheder synes vigtige i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Analysen tager udgangspunkt i den viden, vi har om tilknytning mellem mor og barn, og hvor afgørende en sikker tilknytning er for barnets udvikling af indre arbejdsmodeller. I den forbindelse vil vi se på, hvilke faktorer og handlemuligheder, der spiller ind i forhold til at opnå en sikker tilknytning.

4.8 "Når man har et misbrug, kan man ikke have et barn hos sig"

Tilknytning kan defineres som et følelsesmæssigt bånd, som barnet knytter til omsorgspersonen/moderen. Tilknytningsadfærden, ifølge Bowlby, er særlig markant i den tidlige barndom, men kan ses hele livet igennem (Møller, 2008). Tilknytningen til moderen sker således lige fra undfangelsen. Gennem fødslen bliver vi adskilt via navlestrengen, men vi forbliver afhængige af andre. Vores tilknytning til andre gennem de første leveår, og ikke mindst den omsorg vi får som spædbørn, har en stor betydning for, hvordan vi udvikler os som individer, og hvilke relationer vi skaber videre hen i livet (Eide & Eide, 2007). I Familiegruppen er det særligt barnets tarv, som er i fokus, når rådgiverne skal beslutte, hvilke handlemuligheder, der skal iværksættes. Vores målgruppe, som er de gravide med et rusmiddelforbrug, udfordrer barnets tarv og rådgiverens handlemuligheder, da de med deres rusmiddelforbrug kan påføre skader på det ufødte barn, hvilket anses som en høj bekymringsfaktor i Familiegruppen. Pia siger:

" (...) Helt overordnet er det sådan, at når man har et misbrug kan man selvfølgelig ikke have et barn hos sig, så skal man selvfølgelig have hjælp. Så kan det jo være, at man kan formå at komme ud af det og få noget støtte og hjælp, men det er jo en af de høje bekymringsfaktorer".

Det er Familiegruppens henseende at vægte barnets tarv og sikre barnets udvikling og trivsel. Derudover er båndet mellem barn og forældre i den grad et område, man vægter højt, så anbringelsesvejen bliver den sidste handlemulighed og dermed sidste udvej. Det er blandt andet socialrådgiverens funktion at styrke disse bånd og tilknytningen for fx at undgå en anbringelse. Hvis kvinden formår at komme ud af sit misbrug, inden barnet kommer til verden, forsøger rådgiveren andre og mindre indgribende foranstaltninger først, i håb om at hjælpe til en bedre tilknytning. Pia fortæller: *"(...) Så har vi nogle bredere rammer i forhold til at sætte flere forskellige typer indsatser ind i de enkelte familier for at støtte op hele vejen rundt".* Modsat ses det, hvis kvinden ikke formår at komme ud af sit misbrug, inden barnet er født, og fortsat fastholder sit misbrug, at anbringelse alene er den sidste udvej og handlemulighed. Pia fra Familiegruppen fortæller:

"(...) Men en der siger, at hun ikke kan stoppe sit misbrug og "det vil jeg ikke, og kan jeg ikke" og fastholder det. Så lukkes der nogen døre i, og så er konsekvensen, at dit barn bliver skadet og senere anbragt (...)".

Nærværende udtalelse fra Pia fra Familiegruppen viser, at kvinder, som er interesseret i at komme ud af deres misbrug og opnå den tilknytning til barnet, som er nødvendig for en optimal udvikling, dem arbejder man som udgangspunkt også med, hvor man forsøger at opbygge tilknytning mellem mor og barn, når barnet bliver

født. Modsat, som citatet indikerer, er anbringelse, bortadoption eller senabort alene de handlemuligheder, der er i de tilfælde, hvor moderen forsætter sit misbrug. Søs fra Familiegruppen uddyber:

"Det er ud fra en viden om, at et lille barn, der har fået så meget inde i moderens mave, og som for det første ikke er ønsket (...) Hun [mor] havde slet intet forhold til det og i et stærkt misbrug, og hvad det lille barn ikke vil komme ud med af helbredsmæssige problemer (...) Vi kan skitsere rammerne for hende og fortælle, det er dét der sker hvis du træffer det valg, det har de konsekvenser, og dem kan vi fortælle. Hvis du træffer det valg, at dit barn skal blive i den mave, vil der ske det, det og det. Det er en orientering omkring de konsekvenser, det har, og hvad der kommer til at ske."

Ved en anbringelse eller bortadoption ved fødslen vil barnet stadig have mulighed for at udvikle en tryk tilknytning. Som nævnt tidligere udvikles et trygt tilknytningsmønster gennem hele livet, men er særlig markant i de første leveår. Bowlby fremhæver, at børn, der udvikler et trygt tilknytningsmønster, vil opleve indre tryghed og møde omverdenen med tillid. Barnet tilegner sig tryghed ved, at det i dagligdagen oplever, at omsorgspersonerne er tilgængelige, når barnet har behov for omsorg, støtte eller trøst. Hvis barnet ikke får den opmærksomhed, støtte og anerkendelse, barnet har behov for, vil barnet, ifølge Bowlby, frakobles, hvilket betyder, at den naturlige tilknytningsadfærd til primære omsorgsperson/moderen ophører, og barnet vil ubevist trække sig fra relationen. Bowlby taler om, at det er barnets strategi til selvbeskyttelse for ikke at mærke den smerte, som er forbundet med, at barnets behov ikke bliver opfyldt (Møller, 2008). Spædbarnet er nemlig ikke alene fokuseret på at finde morens bryst og mod fysisk overlevelse, men er derimod også optaget af at møde et par øjne, der med nærværet og blikke kan anerkende barnet. Spædbarnets udvikling og skabelse af indre strukturer sker i såvel samarbejde og relation til andre mennesker, og især primære omsorgspersoner moderen/forældrene (Møller, 2008).

Hvis den gravide med et rusmiddelforbrug ikke ønsker at stoppe sit misbrug, og dermed ikke udviser et ønske om at ville sit kommende barn, prøver man som det første at iværksætte en tidlig indsats for at forhindre og mindske nogle af de helbredsmæssige skader, fosteret påføres gennem moderens aktive rusmiddelforbrug. Søs og Pia fra Familiegruppen fortæller:

"Men det vil helt klart være en sag, et scenarie, hvor vi vil bruge meget energi og mange møder og virkelig forsøge at motivere borgeren til at tage imod behandling – også for at skåne barnet i graviditeten. Så er det jo et valg, hun har taget, og så er det sådan, det bliver. Indtil det barn kommer. Så kan vi ikke stille mere op ift. barnets tarv".

Barnet vil, ifølge Bowlby, rette sig automatisk mod moderen, uanset hvordan hun tager sig af barnet. Barnet er nemlig født med en evne til mentalt at klynge sig til moderen for at sikre egen overlevelse (Møller, 2008). At moderen ikke ønsker sit barn, er ikke altid et spørgsmål om moderens vilje, men ofte er der også tale om evne. Mange undersøgelser understøtter, at den gravides fornemmelser for- og adfærd overfor deres kommende barn har en sammenhæng med- og er påvirket af den gravides egne tidligere personlige oplevelser samt deres egne oplevelser med deres forældre (Bowlby, 1994). For at man kan hjælpe det ufødte barn, er man nødt til at hjælpe den gravide først, hvorfor det er relevant at anlægge et helhedssyn på den gravides samlede situation. Dette er også med til at forberede socialrådgiveren i mødet med den gravide, som dermed kan koordinere den bedst mulige indsats for den enkelte gravide med et rusmiddelforbrug. Søs fra Familiegruppen fortæller:

"Vi får nogle beskrivelser fra jobcentret eller et eller andet sted fra, hvor vi så kan se de [kvinderne] er beskrevet med vanskeligheder inden for forskellige felter. Så er vi jo fagligt klædt på til at gå ind og sige, vi ved, når man har de vanskeligheder er det lig med, at så har de og de ting været til stede i ens opvækst, fx manglende omsorg på behovsdelen eller på den følelsesmæssige udvikling. Så det er jo sådan en faglig viden, der gerne skal gøre, at vi kan vide mere allerede inden, vi sidder med kvinden".

Endvidere udtaler Lise fra familieambulatoriet: *"Men i forhold til det der med tilknytningen, og hvornår den "tænder" og sådan noget – hvis den ikke er "tændt", så har det også tit nogle grunde, og det handler også lidt om, hvad er det, der fylder i de her kvinders bevidsthed. Er det, at det gør så ondt, så der ikke plads til det [tilknytningen]"*.

Som socialarbejder handler det om at kunne møde den gravide med et rusmiddelforbrug i "øjnehøjde", jf. afsnit 4.6, med udgangspunkt i den viden, vi har om den gravides fortid og ikke mindst med fremtiden for øje. I dette perspektiv er det et spørgsmål om forskellige tidsperioder: fortid, nutid og fremtid. Disse tidsrelaterede begreber kan uddybe forståelsen af dynamikken i arbejdet med en gravid kvinde med et rusmiddelforbrug. I den forbindelse er det relevant at se nærmere på begrebet *fortid*, som er baseret på fortidens erfaringer og evnen til tilknytning. Når man har et misbrug bunder det oftest i, at man har en svær fortid med sig i bagagen, og muligvis ikke har modtaget den rette omsorg og tilknytning, som har været med til, at der er udviklet enten en *ængstelig afvisende tilknytning* eller en *ængstelig ambivalent tilknytning*. Begge ovennævnte tilknytningsmønstre er utrygge tilknytningsmønstre. Jf. Bowlby vil børn, der udvikler en *ængstelig ambivalent tilknytning* udvikle separationsangst og en stor usikkerhed i forbindelse med at vove sig ud på egen hånd (Eide & Eide, 2007). Deres voksenliv vil være præget af en oplevelse af, at andre mennesker er tilbageholdende overfor dem og ikke ønsker at indgå i en relation med dem. Endvidere kan de opleve en overdrevet trang til at søge tryghed og nærhed, idet de frygter at miste relationer. Ved den *ængstelige afvisende tilknytning* er der tale om en fundamental mangel på tillid til, at mor vil være der til at give støtte og beskyttelse, når der er behov for det (Eide & Eide, 2007). Dette tager barnet videre med i voksenlivet, hvor det vil forsøge at leve et liv uden kærlighed og omsorg fra andre, idet barnet i sin barndom har været udsat for utallige afvisninger, når det har forsøgt at opsøge nærvær hos omsorgspersonen. Barnet vil endvidere føle sig skidt tilpas og nervøs i nærhed til andre, hvorfor det som udgangspunkt vil have en mistillid til andre. Dette kan være en mulig årsagsforklaring på deres følelse af ensomhed, da de vælger at tage afstand til andre mennesker, fordi de føler sig usikre (Bowlby, 1994). Med baggrund i sidst beskrevet ses det, at det som fagprofessionel er vigtigt, at man har en viden om de forskellige tilknytningsmønstre, som Bowlby blandt andet definerer. Hvis man selv kommer fra en svær fortid, er der en stor sandsynlighed for, at man har en tilknytningsadfærd, som man kan overføre til sit kommende barn. Bowlby påpeger, at den slags forældre kan have brug for hjælp fra personer, som selv har trygge tilknytningsmønstre, for at kunne give deres egne børn den nødvendige tryghed – en sådan funktion kan fx socialarbejdere udfylde (Eide & Eide, 2007). Dette oplever de også hos Familiegruppen, hvor Pia udtaler: *"(...) At yde den bedst mulige støtte ud fra det faktum, at når der er ting du ikke selv har fået, kan du heller ikke bare give det videre, uden selv og få noget vejledning og støtte dertil."*

I følge Bowlby er det at have trygge og stærke bånd til en anden et grundlæggende behov hos et hvert menneske, særligt hos spædbørn. Brud på den slags bånd kan forårsage psykiske problemer senere i livet (Eide & Eide, 2007). I den forbindelse kommer Pia og Søs fra Familiegruppen ind på vigtigheden af, at de bliver underrettet, så snart der opstår en bekymring hos andre professionelle, såsom jordemoder, læger eller sundhedsplejersker. Søs uddyber:

"Man kan sige, at en kvinde, der måske opdages tidligt i en graviditet, fordi hun henvender sig til egen læge og jordemoder, og man finder ud af, at der er en rusmiddelsproblematik, så vil du typisk få alle mulige tilbud om hjælp, som vil understøtte og alt muligt (...) Man skal også underrette på en antagelse om, at børn kan have særlige behov. Det er en svær formulering i lovgivningen for nogen at forstå, fordi nogen synes, de skal have bevis på for at levere til os. Der er vi sat skakmat fra start, fordi nogen ting har vi kunnet se, at dem kunne vi have arbejdet konstruktivt med inden, det var kommet så vidt, men der er skaden indtruffet. Det bliver meget problematisk og misforstået omsorg for familien, fordi de havde haft nogle helt andre udviklingsmuligheder, hvis vi havde været der tidligere."

Hermed bliver det tydeligt, at hvis Familiegruppen bliver underrettet i tide kan de med det samme komme i gang med at koordinere den rette indsats. Med en tidlig indsats er der større sandsynlighed for, at barnet vil skabe en tryk tilknytning. Trykke børn er trykke i deres udforskning af verdenen og har en tendens til at udvikle positive og konstruktive forhold til andre, mens utrykke børn har tendens til at udvikle modeller af andre og sig selv, som kan medføre destruktive adfærdsmønstre (Eide & Eide, 2007). I den sammenhæng fortæller Søs og Pia, at når det gælder spædbørn, kan hjælpen ikke vente, og handlemulighederne iværksættes med det samme, de hører om en eventuel bekymring. Pia fortæller i den forbindelse om en konkret sag, hvor dette var tilfældet:

"Vi havde fået nogle underretninger inde fra barselsgangen i løbet af weekenden. Derfor fik vi i løbet af mandag eftermiddag koordineret et rådgiverteam, pædagogteam, sundhedsplejerske og får gjort sådan, at vi har en indsats i familien de næste 14 dage, hvor vi drager ud. Så er det jo det, der fylder, og så må alt andet til side, fordi sådan er det med de små. Det er meget, meget sjældent at den klassiske metode, I [som kommende socialrådgivere] lærer på studiet med at, vi får en underretning, vi har fire måneder til at lave en børnefaglig undersøgelse. Det kan du ikke med helt små".

4.9 "Døgnbehandling med fokus på barnet"

Under vores indsamling af empiri har både Familiegruppen og Familieambulatoriet givet udtryk for, at en manglende handlemulighed er, at der på nuværende tidspunkt ikke eksisterer et sted, hvor den gravide med et rusmiddelforbrug kan få misbrugsbehandling samtidig med, at der arbejdes på at opbygge tilknytning mellem mor og barn. Lise fra Familieambulatoriet fortæller:

"At man siger, her er en døgnforanstaltning, hvor du kan komme og få hjælp både ift. rusmiddelforbruget og få en masse puttet på til det kommende forældreskab (...) Det er jo faktisk et problem i det her land, at der faktisk ikke er nogen steder, hvor man kan få hjælp, hvis man har et aktivt rusmiddelforbrug, og hvor man har brug for hjælp i forhold til, at man skal være forældre. Det findes ikke et eneste sted i dette land, hvor man kan få begge på samme tid."

I Familiegruppen har de samme tankegang. Søs uddyber:

"Så tænker jeg at det skulle være ift., at hvis mor var med på det, at kunne indskrive dem et sted. Lige præcis den mulighed har vi ikke. Tvangsmuligheden har vi været om, men hvad hvis mor faktisk gerne vil i noget døgnbehandling med fokus på barnet. Der har vores døgncentre og misbrugscentre ikke et særligt børnefokus. (...) De har ikke samtaler med mor omkring, hvad sker der med barnet lige nu, laver tilknytningsarbejde mellem mor og barn, mens barnet er i maven."

Så egentlig rammen som et almindeligt misbrugscenter, men med ekstra service eller støttemulighed, hvor man laver og forsøger at skabe et tilknytningsarbejde mellem mor og barn”.

Med ovenstående udtalelser fra både Familiegruppen og Familieambulatoriet ses der en klar enighed om, at der mangler en handlemulighed, der både har fokus på moderens misbrugsproblematik, men også fokus på tilknytningen mellem mor og barn. Det er således en handlemulighed, der ikke blot skal støtte kvinden i sit ophør af misbrug, men i den grad også understøtte og sikre, at mor bliver i stand til at udvikle en sund tilknytning til sit barn. Det handler således om, at forberede moderen på sit kommende forældreskab samtidig med, at der er fokus på, at hun bliver hjulpet med sit misbrug. I den forbindelse synes det værd at nævne begrebet prænatal tilknytning, som netop omhandler vigtigheden af, at mor allerede under sin graviditet opnår tilknytning og et forhold til sit foster. Prænatal tilknytning er en beskyttende del af barnets videre emotionelle, kognitiv og sociale udvikling. Prænatal tilknytning opstår, når moderen under graviditeten gør sig forestillinger om barnet og deres relation til hinanden. Det er således forestillinger, som i høj grad har betydning for moderens evne til at skabe tilknytning, og i den forbindelse kan det diskuteres, om at moderen og barnets tilknytning bliver stimuleret tilstrækkeligt, hvis tilbuddet til kvinden udelukkende fokuserer på afvænnning. Der er altså grund til at antage, at kvinden har behov for et tilbud, der inkluderer såvel misbrugsbehandling som støtte i forhold til et kommende forældreskab (Sandbjerg, 2014: 7).

4.10 Opsummering

Grundlaget for at anvende Bowlby i projektet er, at tilknytningen mellem mor og barn er helt essentielt for barnets fremtidige udviklingsmuligheder. Så hvis handlemulighederne overfor målgruppen ikke er tilstrækkelige, betyder det også, at barnets muligheder forringes. I den sammenhæng peger ovenstående analysedel på, at der i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug findes flere, anvendelige handlemuligheder – og særligt i de tilfælde, hvor kvinden er motiveret for forandring. Dog viser analysen også, at en kombineret handlemulighed med fokus på såvel afvænnning af moderens rusmiddelforbrug som på relationen/tilknytningen, synes at mangle. At en sådan handlemulighed mangler, kan blandt andet ses i lyset af Bowlbys tilknytningsteori, som netop påpeger vigtigheden af, at der sker en tryk tilknytning mellem mor og barn, som forudsætning for at barnets udvikling og velbefindende. Hvis moderen ikke formår at give barnet en tryk tilknytning, er barnet i risiko for at udvikle et utrygt tilknytningsmønster, som barnet igen, i et fremtidsperspektiv, selv er i risiko for at overføre til sine egne børn. Ligeledes viser begrebet prænatal tilknytning på samme måde, hvorfor det er vigtigt, at der eksisterer de rette handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug, da tilknytningen i særdeleshed har betydning for barnets videre emotionelle og kognitive udvikling. Således synes der altså at være grund til at antage, at en handlemulighed som ovenstående vil forbedre kvaliteten i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Og spørgsmål er her, med baggrund i hele vores analysedel, om en sådan handlemulighed vil gøre samarbejdet mellem de to organisationer bedre i og med, at den ligger op til enighed mellem de fagprofessionelles doxa.

Kapitel 5. Konklusion

I dette projekt var formålet at finde frem til, hvordan de nuværende handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug oplevedes af de involverede fagprofessionelle, herunder hvilke udfordringer, der var til stede i forhold til det tværprofessionelle samarbejde. Dette er empirisk blevet undersøgt gennem kvalitative interviews i Familiegruppen og Familieambulatoriet. I forhold til vores teoretiske ramme omkring vores empiriske materiale er vores påstand, at de udvalgte teorier bidrager nyttigt i forhold til besvarelsen af vores problemformulering.

På baggrund af formålet med projektet har vi fået indsigt i socialarbejdernes handlemuligheder i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Vi har blandt andet analyseret os frem til, at der er nogle helt tydelige udfordringer, når der skal arbejdes tværprofessionelt mellem Familiegruppen og Familieambulatoriet. Disse udfordringer handler i høj grad om, at der arbejdes ud fra forskellige lovgivninger og dermed forskellige værdisæt, som i sidste ende får betydning for den handlemulighed, der vægtes højest. De forskellige forståelser betyder endvidere, at de fagprofessionelle i nogle tilfælde befinder sig i et krydspres mellem flere forskellige målsætninger, og her kommer skønsbaseret vurderinger til at spille en rolle i forhold til den konkrete handlemulighed. At der anvendes skønsbaseret vurderinger i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug kan blandt andet resultere i uens behandling alt efter kommune og fagprofessionel, hvilket i yderste konsekvens får betydning for den gravide kvinde, der risikerer ikke at modtage den behandling, hun potentielt set har ret til.

Det empiriske materiale har endvidere vist, hvordan magt og motivation er nogle af de helt centrale handlemuligheder, der anvendes i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. I forhold til den motiverende del, har analysen påvist, at der er forskel på, hvor meget motivation vægtes som handlemulighed. Således har analysen vist, at man på Familieambulatoriet anvender motivation aktivt, hvor denne indgår som en naturlig del af den ånd, hvori man taler med borgeren. Dette handler i høj grad om, at tilbuddet på Familieambulatoriet er frivilligt, og man er derfor nødsaget til at praktisere motivation som et helt centralt redskab. I Familiegruppen forholder det sig anderledes, idet magtrelationen over kvinden her er mere eksplicit, og motivation kan derfor ikke stå alene som handlemulighed, men må i stedet anses som et af de redskaber i værktøjsskassen af bløde magtformer, der kan anvendes. Når det ikke kan lykkes at arbejde motiverende, har Familiegruppen en række andre handlemuligheder, som er udmøntet af lovgivningen, herunder tvangsbortadaption og tvangsanbringelse. Det betyder også, at kvinden i højere grad kommer til at indgå i en afhængighedsforhold forstået på den måde, at hun, såfremt hun ønsker at beholde sit barn, må indgå i de tiltag/handlemuligheder, der anføres.

Afslutningsvis har analysen vist, at tilknytning mellem mor og barn er helt essentielt for barnets fremtidige udviklingsmuligheder, og netop derfor er det i særdeleshed vigtigt, at handlemulighederne overfor målgruppen er tilstrækkelige. På baggrund af analysen kan det konkluderes, at der synes at mangle en handlemulighed, når det handler om både at varetage tilknytningen mellem mor og barn og samtidig sørge for, at kvinden ophøre sit rusmiddelforbrug. Der peges i den forbindelse på, at en handlemulighed, der tilgodeser begge dele, vil være optimalt. Som handlemulighederne er i dag, er det kun muligt at tilbyde den gravide misbrugsbehandling, og der fokuseres derfor ikke på tilknytningen mellem mor og kommende barn.

Kapitel 6. Perspektivering

I forhold til vores projekt er det nærliggende at se på, hvilke lovgivningsmæssige handlemuligheder, der eksisterer i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug i vores naboland Norge. Vi vil i den forbindelse gøre opmærksom på, at vi er bevidste om, at der i Sverige eksisterer en lignende tvangsmæssig lovhjemmel. Vi har dog valgt at afgrænse os til kun at fokusere på Norges resultater, da der her har været mest empiri at finde. Hensigten ved at se nærmere på Norges erfaringer er blandt andet at få en anden vinkel på begrebet tvang. Under vores interviews var der fra både Familieambulatoriet og Familiegruppen en klar og entydig enighed om, at tvangsindlæggelse af en gravide med et rusmiddelforbrug vil give anledning til bekymring. Denne bekymring gik blandt andet på, at der ville være kvinder, som ikke ville møde op til diverse besøg hos fx jordemoder eller læge, da frykten for at blive tvangsindlagt ville være for stor. Der vil derfor være kvinder, som de fagprofessionelle angiveligt ikke vil opnå kendskab til, hvorfor handlemulighederne synes at blive væsentligt ringere, idet der således ikke er nogen mulighed for at yde hjælp og støtte. I yderste konsekvens vil det betyde, at der vil fødes flere børn med FAS syndrom, hvilket hverken er for moderens eller barnets bedste. Som nævnt i projektets indledning har vi i Danmark siden 2007 haft pligt til at tilbyde gravide stofmisbrugere at fastholde dem med tvang, og det samme tilbud har siden sommeren 2008 været gældende for gravide alkoholmisbrugere. Der er tale om såkaldt frivillig tvang. Det er i dag ikke muligt at tilbageholde en gravid med et rusmiddelforbrug mod hendes vilje, og man må derfor, som fagprofessionel, sætte sin lid til samarbejdet. Ønsker kvinden ikke at indgå i et samarbejde, har den fagprofessionelle i princippet ingen handlemuligheder førend, at barnet er født, hvorfor barnet er i øget risiko for at tage skade.

6.1 Norges lovgivning

I modsætning til Danmark eksisterer der i Norge både frivillige tiltag, men også tvangsindlæggelser. Begge disse tiltag kan foretages iht. "Socialtjenesteloven". Den norske lovgivning indeholder 3 generelle paragraffer i forhold til behandling af misbrugere. Socialtjenestelovens § 6-2 er den første paragraf, og er tvangsparagraffen, som omfatter alle misbrugere. Paragraf 6-2 blev indført i 1993, og det har lige siden været muligt at tvangstilbageholde misbrugere på en behandlingsinstitution i op til 3 måneder. Den anden tvangsparagraf er Socialtjenestelovens § 6-3. Denne paragraf omhandler aftalt tvang, hvor misbrugeren selv har givet samtykke til, at den pågældende kan tvinges til ikke at afbryde misbrugsbehandlingen i utide. Den tredje paragraf er Socialtjenestelovens § 6-2a, og er den lov, som vi primært perspektiverer til, idet denne omhandler gravide med et rusmiddelforbrug. Loven blev indført i 1996, og gør det muligt at tvangsindlægge den gravide under hele graviditeten. Paragraffen anvendes som udgangspunkt, hvis den gravides rusmiddelforbrug er af sådan en karakter, at det er sandsynligt, at det kommende barn vil blive født med skader, hvorfor lovens "primærklient" er det kommende barn. Idet fosterets tarv vægtes højest, er det potentielt lettere for socialrådgiveren at anvende tvang, hvis det vurderes at være nødvendigt (Deding & SFI, 2011). Endvidere er paragraffens formål at tilbyde den gravide med et rusmiddelforbrug behandling på et institutionsophold, hvor den gravide også kan få hjælp og støtte til at lære at give omsorg til sit kommende barn. Når der opstår kendskab til en gravid kvinde med et rusmiddelforbrug, forsøger man som udgangspunkt, at give den gravide kvinde et frivilligt tilbud om at stoppe sit misbrug, og hvis den gravide ikke ønsker det, er det først der, at tvangsparagraffen tages i brug. Ofte er presset på kvinden så stort, hvorfor den gravide er nødt til at samarbejde, idet hun kender konsekvensen af, hvis hun ikke frivilligt går i behandling. Socialtjenestelovens § 6-2a findes således kun i Norge og er en helt særlig bestemmelse (Deding & SFI, 2011). Selvom både den norske og danske lovgivning lægger vægt på individuel selvbestemmelse, har begge lande vedtægter, der berettiger tvangsindgreb i den sociale lovgivning. Til trods for, at lovgivningen historisk set har

lignet hinanden i de to lande, har der været voksende forskelle siden 2. verdenskrig. I Danmark er tvang næsten fraværende, mens Norges Socialtjenestelov giver ret til interventioner mod gravide med et rusmiddelforbrug. De lovgivningsmæssige forskelle bærer præg af forskellige opfattelser af, hvad målsætningen for misbrugsbehandling er. I Norge er målsætningen med behandlingen af misbrugsproblemer et totalt ophør – et såkaldt ”drug-free society”, mens et sådant mål i Danmark bliver anset som uopnåeligt, hvorfor de danske tiltag i højere grad end i Norge er målrettet skadesreduktion (Deding & SFI, 2011).

6.2 Resultater

Grundige evalueringer af den norske model har vist både positive og negative erfaringer inden for området. I to dybdegående rapporter, udarbejdet i Norge, som omhandler tvang af gravide med et rusmiddelforbrug, udtaler mange af Norges socialarbejdere, at de oplever tvangsparagrafferne ambivalent. På den ene side giver paragrafferne nogle muligheder i forhold til gravide med et rusmiddelforbrug, som ellers ikke ville komme i behandling, men på den anden side er der store både praktiske og etiske overvejelser forbundet med tvangen. Socialarbejderen befinder sig ofte i et etisk dilemma, da de skal tage stilling til under hvilke betingelser, at det er forsvarligt at ”fratage” den gravide handlefrihed for hendes egen skyld. Her skal socialarbejderen foretage en konkret vurdering i forhold til, om tvang ses som en nødvendig handlemulighed i en given situation, og det afhænger af den enkelte socialrådgivers tolkning af lovgivningen, holdning til brug af tvang samt vurdering af eget videns grundlag (Deding & SFI, 2011).

Det kan endvidere af rapporten konkluderes, at mange gravide med et rusmiddelforbrug oplever en positiv udvikling under opholdet på behandlingsinstitutionen, som er en del af det norske sundhedsvæsen. Det positive resultat afhænger af samspillet mellem mange faktorer, herunder implementeringen og kvaliteten af (efter)behandlingen samt socialarbejdernes opbakning. Desuden står det klart, at tvangsbehandlingen kan medføre et negativt resultat, hvis kvaliteten ikke er tilstrækkelig i behandlingen (Deding & SFI, 2011). Erfaringerne fra Norge viser ydermere, at tvangsparagraffens effekt som trussel har stor betydning for at motivere den gravide med et rusmiddelforbrug til frivillige tiltag. Dette kan dog give problemer, idet der er lang ventetid på behandlingsinstitutionerne, og det kan være vanskeligt at skaffe pladser nok til de frivillige. Behandling af den gravide med et rusmiddelforbrug betragtes som en hastesag, hvorfor man i socialtjenesten mener, at hvis man sætter kvinden på venteliste, er der stor risiko for forsterskader. Behandlingsinstitutionerne og Socialtjenesteloven har en forpligtelse til at beskytte fosteret, hvorfor tiden ofte er kritisk, når man taler om gravide med et rusmiddelforbrug. Det er i den forbindelse vigtigt, at de kommer i behandling tidligst muligt, grundet fosterets tidlige udvikling af organer. En anden erfaring er, at enkelte institutioner placerer de gravide sammen med andre tvangsindlagte misbrugere. En sådan blandingsinstitution har svært ved at planlægge behandlingsforløb for den enkelte gravide optimalt. Derimod har institutioner, der kun modtager gravide, en systematisk plan for denne problematik. På disse institutioner findes der specialister, og de gravide med et rusmiddelforbrug får svangerskabsundersøgelser som en integreret del af opholdet, hvilket medfører flere positive resultater (Deding & SFI, 2011).

Yderligere positive erfaringer er, at de gravide har mulighed for at starte på ny, med professionel hjælp og støtte, og at man øger dermed sandsynligheden for et godt helbred hos det kommende barn. Dertil skal det siges, at der er en oplevelse af, at der i samfundet er en positiv udvikling af synet på tvangsbehandling, og at tvangsbehandlingen er med til at gøre arbejdet lettere for socialarbejderne. På trods af disse positive erfaringer er der stadig en del fokusområder, der kan forbedres. Ved selve tvangsindlæggelsen bruges der i enkelte sager magtanvendelse fra politiets side. Denne anvendelse af tvang påvirker tillidsforholdet mellem

socialarbejderen og de gravide med et rusmiddelforbrug negativt. Brugen af tvang virker frihedsberøvende, og indlæggelsen sker ofte under tidspres, hvilket hindrer både de gravide og institutionen i at være ordentligt forberedte på situationen. Derudover er truslen om tvang for nogles vedkommende et så stort pres, at de går under jorden – det gælder særligt gravide, der risikerer, at barnet bliver tvangsfjernet ved fødslen (Deding & SFI, 2011).

Diskussionen om brug af tvang over for gravide med et rusmiddelforbrug fortsætter ikke kun i Norden. Organisationen WHO samt i andre lande har man beskæftiget sig med emnet på globalt plan. I flere lande er der fremsat lovforslag om tvang, som har medført en omfattende debat – hermed også samfundsdebatten om indførsel af tvang i Danmark, som allerede beskrevet i indledningen. Tvang over for gravide med et rusmiddelforbrug vækker generelt stor emotionel debat og diskussion om etiske betænkeligheder – også i udlandet, hvor mange vestlige lande står over for samme problemstilling (Deding & SFI, 2011).

Ovenstående perspektivering tegner et billede af, at der er flere holdninger til stede i arbejdet med gravide med et rusmiddelforbrug. Blandt andet synes der at være nogle etiske dilemmaer forbundet med at være den, som skal udøve tvangen mod kvinden. Omvendt beretter kvinderne om, at tvangen ofte medfører en positiv udvikling, som tilmed bevirker en vedvarende afholdenhed. Dette er også et af de argumenter, der anvendes i Danmark, når debatten falder på tvang, hvor man netop taler om, at kvinden i sin dybe afhængighed ikke er i stand til selv at træffe det rette valg, hvorfor det egentligt bør være myndighedens pligt at gribe ind. Vores empiriske indsamling tyder dog på, at man både i Familiegruppen og Familieambulatoriet har den holdning, at tvang ikke vil føre noget positivt med sig. Derimod mener de, at tvang medføre, at færre kvinder vil opsøge sundhedssystemet og dermed ikke få den behandling, de har brug for, jf. konklusionen.

Bibliografi

- Bille, L., Estrup, H., & Svensson, P. (2016). *Liberalisme*. Hentet fra Gyldendal - Den Store Danske: http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Moderne_demokrati_og_konstituti onelt_monarki/liberalisme
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd. Tilknytning og tab, selvtillid og sorg.* . Frederiksberg: Det lille forlag. .
- Bowlby, J. (1994). *En sikker base : tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Frederiksberg : Det lille Forlag.
- Bømler, T. (2008). *Sociale organisationer i en omstillingstid*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dall, J. (30. maj 2014). Hentet fra Information - Arbejdsgruppe skal tage stilling til tvangsbehandling af gravide misbrugere: <https://www.information.dk/indland/2014/05/arbejdsgruppe-tage-stilling-tvangsbehandling-gravide-misbrugere>
- Dansk Socialrådgiverforening. (2016). Hentet 15. september 2015 fra www.socialraadgiverne.dk: <http://www.socialraadgiverne.dk/Default.aspx?ID=9741>
- Deding, M., & SFI. (2011). *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI campbell*. København : SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Eide, T., & Eide, H. (2007). *Kommunikation i praksis - Relationer, samspil og etik i socialfagligt arbejde*. Århus: Forlaget Klim.
- Honneth, A. (2006). *kamp om anerkendelse - Sociale konflikters moralske grammatik*. København : Gyldendal Akademisk .
- Højholdt, A. (2013). *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Indenrigsministeriet, S. o., & Ældreministeriet, S. o. (2014). *Af rapportering - Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug af misbrug af rusmidler*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Jacobsen, M. H., & Pringle, K. (2008). *At forstå det sociale*. København: Akademisk Forlag.
- Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, Peter (2012). *Videnskabsteori - I statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient - institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jerlang, E. (2008). *Udviklingspsykologiske teorier*. Gyldendal Akademisk.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* . Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel - ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzels Forlag.
- Killén, K. (2005). *Omsorgssvigt er alles ansvar*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Aalborg Kommune (2016). *Særlig støtte til børn og unge*. Hentet fra Aalborg Kommune.

- Kvale, S. (1997). *Interview - en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lundsberg, P. S. (2007). Den usynlige jura– Hvad loven siger – og ikke siger. *Jura - Stof*, s. 65-67.
- Mansø, R. G. (30. november 2014). Flertal vil tvangsindlægge gravide . *Berlingske Tidende*.
- Mathiasen, H., Andersen, M. L., & Brok, P. N. (2000). *Empowerment på dansk - teori og praksis*. Dafolo A/S.
- Meeuwisse, A., & Swärd, H. (2004). *Perspektiver på sociale problemer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2008). *Magtens former - sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2008). Magtens former - sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. *Uden for nummer - Dansk Socialrådgiverforening*.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that MI is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, s. 129-140.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Den Motiverende Samtale - Støtte til forandring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Misbrugsportalen . (2012). *Misbrugsportalen* . Hentet 29. 10 2016 fra <http://www.misbrugsportalen.dk/misbrug-if%C3%B8lge-who>
- Møller, L. (2008). *Anerkendelse i praksis - om udviklingsstøttende relationer*. København: Akademisk Forlag.
- Nilsson, K. (4. september 2015). Rapport foreslår, at gravide misbrugere låses inde. *Politikken*.
- Nissen, M. H., & Appel, M. (2011). *Helhedssyn i socialt arbejde*. København: Akademisk Forlag.
- Olofsson, M. (2010). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer*. Sundhedsstyrelsen.
- Pedersen, M. R., & Lorenzen, G. S. (2009). Magt i den motiverende samtale. *Dansk Sygeplejerråd*, s. 12.
- Retsinformationen . (21. 05 2013). *Retsinformationen*. Hentet 24. 09 2016 fra Retsinformationen : <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164347>
- Riis, O. (2007). *Samfundsvidenskab i praksis - introduktion til anvendt metode*. Hans Reitzels Forlag.
- Ritzau. (29. november 2014). *Eksperter vil tvangsindlægge gravide misbrugere*. Hentet fra TV2: <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2014-11-29-eksperter-vil-tvangsindlaegge-gravide-misbrugere-0>
- Rollnick, S., & Miller, W. (2004). *Motivationssamtalen*. København: Hans Reitzels forlag.
- Rollnick, S., R. Miller, W., & C. Butler, C. (2009). *Motivationssamtalen i sundhedssektoren* . København : Hans Reitzels Forlag.
- Sandbjerg. (2014). *Sårbare gravide*. Hentet fra <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/54ff64fde4b0c2e607d55c87/1426023677865/S%C3%A5rbare+gravide.pdf>
- Schultz. (11. 02 2008). *Socialforvaltning lovportaler*. Hentet 17. 09 2016 fra Socialforvaltning lovportaler.: <http://socialforvaltning.lovportaler.dk/ShowDoc.aspx?activesolution=http%3A%2F%2Fwww.lovpor>

taler.dk&q=vejledning%20om%20tilbageholdelse&texttype=Vejledninger%20(med%20officielle%20numre)%7CVejledninger%20(uden%20officielle%20numre%20eller%20med%20myndighe

Simonsen, E., & Møhl, B. (2010). *Grundbog i Psykiatri*. København : Hans Reitzels Forlag .

Smith, L. (2003). *Tilknytning og børns udvikling*. København: Akademisk Forlag .

Dansk Socialrådgiverforening (2016). *Dansk Socialrådgiverforening*. Hentet fra www.socialraadgiverne.dk:
<http://www.socialraadgiverne.dk/Default.aspx?ID=8547>

Dansk Socialrådgiverforening (2016). *Dansk Socialrådgiverforening*. Hentet 15. 9 2015 fra
www.socialraadgiverne.dk: <http://www.socialraadgiverne.dk/Default.aspx?ID=8487>

Socialstyrelsen . (13. 05 2015). *Socialstyrelsen* . Hentet 29. 10 2016 fra
<http://socialstyrelsen.dk/unge/rusmidler/om/hvad-er-et-misbrug/hvad-er-et-misbrug>

Socialstyrelsen. (2012). *Tidlig indsats og tværfagligt samarbejde*. KL.

Stryhn, T. T. (2011). Hentet fra DKNYT: https://dknyt.dk/sider/artikel.php?id=53199#.WE_uyvnhDIV

Sundhedsstyrelsen. (28. oktober 2016). *Familieambulatorier*. Hentet fra Sundhedsstyrelsen :
<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/familieambulatorier>

Sørensen, M. D. (2015). Motivation og tvang. *Tidsskrift for jordemødre*.

Thagaard, T. (2004). *Systematik og indlevelse - en indføring i kvalitativ metode*. København: Akademisk Forlag .

Wenneberg, S. B. (2002). *Socialkonstruktivisme som videnskabsteori*.

Winter, S. (2007). *Offentlig forvaltning i Danmark - implementering og effektivitet* . Skive: Forlaget Academica.