

# ”Der blev holdt øje med mig”

Et kvalitativt interviewstudie af gravide stofbrugeres oplevelse af samarbejdet med de professionelle



Kandidatuddannelsen i socialt arbejde Aalborg Universitet

Kristina Elisabeth Ørris Nygaard Jensen 20160427

Antal anslag: 154.921

Vejleder: Maja Lundemark Andersen

## Forord:

Jeg vil allerførst give en særlig tak til mine informanter, som frygtløse og ærlige har delt ud af deres erfaringer. Jeg vil også gerne give en stor tak til familieambulatoriet i Aalborg, for deres interesse i projektet, konstruktiv kritik og velvillighed til at skabe kontakt. Desuden vil jeg gerne takke Michael og Pernille for at huse en stresset og forvirret specialestuderende, Lena for at hjælpe med at holde fokus og komme med sarkastiske bemærkninger på de helt rigtige tidspunkter. Tak til Marie-Louise for at være partner in crime, med overskud til at opmuntre mig. Også stor tak til Mugge og bedsteforældre for at sørge for, at Estrid ikke har lidt større overlast end højst nødvendigt. Tusind millioner tak til Estrid for at stå model til en alternativ hverdag de sidste mange måneder, og for at være verdens bedste barn. Sidst, men ikke mindst, tak til Maja Lundemark Andersen for kærlige spark, konstruktiv kritik, idéer, opmuntring og for fantastisk brug af metaforer (jeg har gravet efter regnorme og skrevet frikadelleopskrifter, så jeg aldrig glemmer det).

---

Kristina Elisabeth Ørris Nygaard Jensen

**Abstract:**

The purpose of this study is to achieve knowledge of how some pregnant drug users experience difficulties in working together with the professional who are working with this group of women. This group of pregnant women are often in public defined as a group which is difficult to help, primarily because of their tendency to use drugs. This study wants to explore these women's point of view.

The study is based on a phenomenological/hermeneutic scientific theory, with a critical approach towards how the social work, the pregnant drugusers are being exposed to, appears to the women. Furthermore, I have chosen to use an inductive approach in order to let my empirical findings determinate which way to go. I have used quotes from interviews with three different women who have experienced professional interference in their pregnancy because of former drug use.

Even though the professional intent to help the women it seems as though the intention of helping gets complicated by the lack of information the women receive about the progress and the choices the professional make, sometimes on behalf of the women. The women on the other hand get very little chance to make influence and at the same time they are very aware of the stigma their drug use has given them. The uneven distribution of power between the professional and the pregnant drug users is highly present but the women don't experience the professional ever talk open about it.

My analysis shows that the women are exposed to professional, who sometimes denies the women access to participate in their own case. The women feel insecure towards the professional and is often confused because of lack of information which ought to be provided by the professional. The Danish women who use drugs during pregnancy cannot be detained against their will during the pregnancy, but the women fear to lose custody after giving birth, which in their opinion is the worst that could happen. This affects the women and it seems like they experience that their ability to avoid working together with the professional is seriously reduced because of the professional possibilities to take away their newborn. Last, but not least, it seems to be difficult for the pregnant drug users to work together with the professional, because of the professional tendency to categorize the women, which is not necessarily the professional own

choice as it is a question about the institutions where the professional work. The categorization is necessary in order to be able to help the women. Finally, there seems to be discrepancy between the professional view on the women, and how the women see themselves. All of this contribute to the womens experience of difficulties in working together with the professional.

# Indhold

Kapitel 1 – Præsentation af projektet .....	7
Indledning.....	7
Stofbrug, misbrug og problematisk forbrug.....	7
Eksisterende forskning anvendt i projektet .....	9
Stofbrug i Danmark.....	10
Kvindelige stofbrugere .....	12
Udenlandske erfaringer med tvang af gravide stofbrugere .....	14
Hjælpeforanstaltninger til gravide stofbrugere i Danmark .....	15
Emneafgrænsning.....	17
Samarbejde.....	18
Problemformulering .....	19
Projektets formål.....	19
Kapitel 2 – Videnskabsteori og metode.....	21
Videnskabsteori.....	21
Fænomenologi.....	21
Hermeneutik.....	22
Fordomme og forhåndsantagelser .....	23
Semistruktureret interview .....	24
Kodning og bearbejdning af interviews.....	25
Kvalitetskriterier .....	26
Kapitel 3 – Empiri.....	27
Vanskeligheder ved adgang til feltet .....	27
Selektion af informanter .....	28
Metodeovervejelser .....	29
Etiske overvejelser.....	30
Kapitel 4 – Teoretiske begreber .....	33
Stigmatisering:.....	33
Modmagt: .....	34
Kategorisering:.....	34
Roller: .....	35
Jeg-identitet:.....	35
Kapitel 5 – Analyse .....	37
Præsentation af informanter.....	37

Modstand .....	37
"Det går skidegodt" .....	38
"Jeg tager ikke, jeg får..." .....	40
"Væk fra mor" .....	42
"Uegnet som forælder" .....	44
Delkonklusion .....	45
Manglende information .....	46
"Stormøde" .....	46
"Bag om ryggen" .....	49
"Mulighederne blev IKKE diskuteret" .....	51
"Hvis man ikke kender lovgivningen" .....	53
Delkonklusion .....	54
Tvang .....	54
"Jeg var bange" .....	54
"Jeg kender systemet..." .....	56
"Tilbageholdt" .....	57
Delkonklusion .....	58
Jeg er anderledes.....	58
Delkonklusion .....	61
Kapitel 6 – Diskussion .....	62
Faret vild .....	62
Dilemmaer .....	63
Hjælp eller tvang?.....	64
Kapitel 7 – Konklusion .....	68
Kapitel 8 - Perspektivering.....	70
Litteraturliste .....	72
Bilag .....	<b>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</b>

## **Kapitel 1 – Præsentation af projektet**

### **Indledning**

I Danmark har stofbrug igennem årene udviklet sig, og hvert år kommer nye stoffer til. Det har omfattende konsekvenser, ikke kun for de individer der indtager stofferne, men også for deres netværk og samfundet, som bruger enorme summer på at forsøge at hjælpe mennesker med stofbrug. Dette projekt vil omhandle en lille, men ikke ubetydelig andel af stofbrugere. Kvinder der har et stofbrug, når de bliver gravide, har en risiko for at påføre fosteret skader. Dette forsøger forskellige offentlige institutioner at afhjælpe, særligt familieambulatorierne. Formålet med denne undersøgelse er, at forstå kvindernes oplevelse af den behandling de modtager, hvilke barrierer de møder i samarbejdet og i hvor høj grad de opnår indflydelse igennem deres graviditet.

For læsevenlighedens skyld er det desuden vigtigt at redegøre for mit valg af betegnelsen "stofbruger", hvilket jeg vil gøre i det følgende:

### **Stofbrug, misbrug og problematisk forbrug...**

Inden jeg præsenterer projektet, vil jeg kort redegøre for forståelsen af stofbrug, hvor forskellige årsager til opstart af et stofbrug kort forklares. Dette er medtaget for at udfolde forståelsen af, at stofbrug kan have mere end en enkelt årsag, da det er min opfattelse, at det sjældent udelukkende er en isoleret faktor, der alene har forårsaget stofbruget hos de kvinder jeg har været i kontakt med. Dette skulle gerne give en forståelse af, at der på flere niveauer er udfordringer for kvinderne, og som er betydningsfulde i håndteringen af kvindens situation.

I projektet skelnes der mellem alkohol og narkotika, hvor projektet fokuserer på narkotika. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at der eksisterer flere forståelser af misbrug og afhængighed.

Professor i rusmiddelforskning ved Århus Universitet, Mads Uffe Pedersen, inddeler forståelsen af misbrug/afhængighed i fire hypoteser. Dispositionshypotesen tager udgangspunkt i, at man er født disponeret til at udvikle et misbrug. Han understreger, at man kan være medfødt disponeret, men at dette ikke alene kan være årsag til at man udvikler et misbrug.

Hans anden hypotese angår socialisering, hvor den enkelte lærer misbrug fra sine omgivelser. Her har familie, venner og social kontakt en primær funktion i forhold til at udvikle et misbrug, hvilket

ofte sker for kvinder, da det som regel er kærester eller ægtefæller der introducerer til stofbruget (Dahl & Pedersen, 2008:68). Stress- og selvmedicineringshypotesen omhandler mennesker hvor rusmidler bliver en måde at håndtere stressfaktorer, hvor rusmidlerne (i første omgang) bliver en løsning på problemerne, hvilket også kan være en forklarende faktor i forhold til kvindelige stofbrugere, da det, når man ser bort fra mandlige bekendtskaber, ofte er ældre, kvindelige familiemedlemmer der introducerer yngre kvinder for smertestillende, beroligende og nerve-/sove medicin (Ibid:75). Endeligt definerer han udbrændtheds- og anomi hypotesen, som gælder for mennesker med særligt belastede opvækstvilkår og/eller sociale forhold (Böyesen, 2007:19ff). Afhængigt af hvordan man anskuer årsagen, indeholder de forskellige hypoteser en forklaring. Disse implikationer vil spille en rolle i samarbejdet mellem de professionelle og individer med stofproblematikker på forskellige niveauer, som også vil have en afgørende rolle i forhold til hvordan samarbejdet med de professionelle udfolder sig, og de professionelles tilgang til individer med stofproblematikker. Det er udbrændtheds- og anomi hypotesen, som projektet primært læner sig op ad, dog med det forbehold at de øvrige hypoteser også kan have haft en medvirkende årsag til kvindernes situation.

Mads Uffe Pedersens hypoteser passer også på de kvinder, jeg har talt med i forbindelse med projektet, mindst en har begyndt sit stofbrug udelukkende for at få sin kærestes accept. Mindst en har haft et overforbrug/illegalt forbrug af illegale lægemidler, og mindst to har haft en opvækst præget af vold og utryghed.

I tråd med dette opererer man med forskellige sproglige definitioner på misbrug og afhængighed. WHO's definerer misbrug som en tilstand, der har fysiske og psykiske skadesvirkninger (Pedersen, 2005:76). Den tidligere socialoverlæge i København, Peter Ege, skelner mellem brug og problematisk brug af stoffer. Et problematisk stofbrug definerer han som en tilstand, der har negative konsekvenser for brugeren selv, men som også ofte vil påvirke omgivelserne (Ege, 2015:425).

Jeg har desuden i kontakt med stofbrugere ofte fået af vide, at de finder betegnelsen misbrug stigmatiserende og henviser til, at man kan misbruge børn eller dyr, men ikke narkotika. Dette er derfor også i høj grad medvirkende årsag til at anvende begrebet stofbruger i dette projekt.



Projektet beskæftiger sig med brugere af stoffer, hvor brugen har fået konsekvenser for de implicerede. Dette vil ifølge WHO's ICD 10 diagnose system være betegnet som misbrug, og Peter Ege som problematisk stofbrug. For læsevenlighedsens skyld anvender jeg betegnelsen stofbrug. Dette med en forståelse af, at det i offentligheden ville blive omtalt som misbrug eller problematisk stofbrug.

Efter at have præciseret mit sprogvvalg, vil jeg nu præsentere den forskning, som projektet bygger på. Området vedrørende stofbrug er efterhånden ret velbeskrevet, hvorimod den del der omhandler gravide stofbrugere, endnu ikke har været en forskningsmæssig sværvægt, men der er dog tidligere undersøgt lignende tematikker omkring gravide stofbrugeres oplevelser af mødet med systemet. Projektet tager udgangspunkt i rapporter, hvor både stofbrug i al almindelighed, men også viden omkring gravide stofbrugere beskrives. Dette bliver præsenteret i det følgende.

### **Eksisterende forskning anvendt i projektet**

Jeg har, ved at søge på "narkotika i Danmark", fundet frem til Sundhedsstyrelsens rapport "*Narkotika i Danmark 2017*" (Sundhedsstyrelsen, 2017).

På SFI's hjemmeside har jeg fundet rapporterne "*Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark – hovedrapport*" (Benjaminsen et. al., 2009) og "*Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*" ved at søge efter "stofmisbrug" (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., et.al., 2016) samt "*Forskning om tvang i misbrugsbehandling*" fra 2011 (Mette Deding, SFI, 2011) ved at søge efter "tvang"

På Center for Rusmiddelforsknings hjemmeside, har jeg under rapporter fundet frem til "*Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*" som er udfærdiget af Helle Vibeke Dahl og Mads Uffe Pedersen i 2008, og Helle Vibeke Dahl og Dorthe Heckshers brugerundersøgelse blandt gravide misbrugere fra 2007 "*Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv*".

I forbindelse med et tidligere projekt, fandt jeg igennem nogle bekendte frem til den dengang (september 2015) lige udgivne arbejdsgrupperapport fra Social- og Indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Dengang fik jeg den gennem henvendelse til Social- og Indenrigsministeriet, men den findes i dag ved at søge på nettet efter "arbejdsgrupperapport gravide misbrugere".

Da narkotika længe har været på den internationale politiske agenda, søgte jeg på ”kampen mod Narko”, hvor jeg stødte på en udgivelse fra den tidligere VK regering fra 2003, som hedder *”Kampen mod Narko”*.

Desuden har jeg anvendt Sundhedsstyrelsens *”Forebyggelsespakken – Stoffer”* fra 2013, samt en norsk rapport fra Borgestad klinikken *”Gravide innlagt på Borgestadklinikken”* fra 2015.

En søgning efter Mads Uffe Pedersen og definitioner på stofmisbrug har tilvejebragt *”Under huden på problemet – socialt arbejde og unge med misbrug”* fra 2007 udgivet af Servicestyrelsen i samarbejde med LOS, hvor Karen Rostrup Böysen præsenterer Mads Uffe Pedersens definitioner af misbrug og afhængighed.

Endelig har jeg brugt *”Familieambulatoriets interventionsmodel”* som May Olofsson har været redaktør på. Denne publikation er udgivet i 2010. Den beskriver tankerne bag familieambulatorierne.

Efter at have præsenteret projektets forskningsmæssige baggrundsviden, vil det følgende omhandle de økonomiske, sociale og individuelle konsekvenser som ofte følger i kølvandet på stofbrug. Der redegøres derudover kort for kønsforskelle i behandlingen af stofbrugere, og understreger de traumer og personlige forhold som i større grad er kendetegnet for kvindelige stofbrugere. Gravide stofbrugere i udlandet har andre retslige forhold end danske gravide stofbrugere, hvilket også beskrives. Herudover forklares de mulige hjælpeforanstaltninger og omfanget af gravide stofbrugere i Danmark.

### **Stofbrug i Danmark**

Sundhedsstyrelsen definerer stofmisbrugere som personer *”der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader”* (Sundhedsstyrelsen, 2017:9). I Danmark har det seneste skøn fra 2010 vist, at vi har omkring 33.000 personer, der falder ind under den definition (Ibid:8). På trods af den daværende VK-regerings ambitioner i 2003 om at begrænse tilgangen af nye stofmisbrugere (Indenrigs- Og Sundhedsministeriet, 2003:6), viser tal fra tidligere år, at problemet er stigende, og at der bliver flere og flere mennesker, som har et stofbrug.

Rent økonomisk er stofbrugere en betydelig udgift for det danske samfund. Alene for den sociale stofbehandling havde kommunerne i 2012 en samlet udgift på 877 mio. kr. (Sundhedsstyrelsen, 2013:12). Derudover kan produktionstabt grundet stofbrug ligges oveni, foruden sygehusindlæggelser, psykiatrisk behandling, ophold på herberg og så videre.

De personlige omkostninger i forbindelse med stofbrug er omfattende, og viser sig blandt andet i form af psykisk sygdom eller psykiske problemer, hvilket 61% af brugerne oplever (Benjaminsen, L., Andersen, D. & Sørensen, M., 2009:12). Dette er et velkendt fænomen, blandt andet fra de psykiatriske afdelinger, hvor der de seneste 10 år er sket en fordobling af personer i behandling, hvor stofbrug indgår som en del af problematikken (Sundhedsstyrelsen, 2017:24). Fremkomsten af psykiske problemer ved gruppen af stofbrugere betyder også, at de har vanskeligere ved at opnå og/eller fastholde stoffrihed, stofreduktion og generelt psykisk velbefindende. Som tillæg til dette viste en undersøgelse blandt stofbrugere fra SFI, at stofbrugere oplever at blive mødt med mistillid, at de professionelle taler grimt til dem og at de generelt oplever at få en nedladende behandling (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., et. al. 2016:87). Oplevelsen af at føle sig mindreværdig eller dårligt behandlet kan tilføje yderligere barrierer i samarbejdet mellem stofbrugere og professionelle. Særligt hvis stofbrugeren i forvejen har psykiske problemer, kan den enkeltes oplevelse af at være stigmatiseret som et mindreværdigt menneske forhindre, at stofbrugeren opsøger hjælp.

Udover de psykiske vanskeligheder står 3% af stofbrugere uden reel bolig, mens omkring 25% bor hos venner eller familie. Boligsituationen for stofbrugere har, som for alle andre mennesker, en betydning. Uanset om man foretrækker at bo alene eller sammen med andre, har man brug for en base. Derudover er 45% af stofbrugere på kontanthjælp (Sundhedsstyrelsen, 2017:14), hvilket vidner om en ringe tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet, hvilket i sig selv kan have en marginaliserende effekt.

I forhold til det fysiske helbred mener man, at omkring 50% af de intravenøse stofbrugere har kronisk hepatitis C. Der er sket en stigning i stofforgiftninger de seneste år, og i 2016 blev 2300 personer behandlet for forgiftning med stoffer (Ibid:26). Der er derudover i 2016 registreret 277 narkotikarelaterede dødsfald (Ibid:30). I januar 2018 skriver Jyllandsposten, at der dør flere danskere af narkotika, end der gør i trafikken (Vissing, E. H. 2018). Den sociale ulighed i sundhed er

tydelig jævnfør ovenstående tal. Det er almindelig kendt at sygdom og for tidlig død kendetegner socialt udsatte generelt, og som man kan se, er stofbrugere ingen undtagelse.

Det kan altså derfor konstateres, at stofbrug i høj grad både er et samfundsmæssigt, økonomisk og en personlig problematik med en lang række konsekvenser. På trods af, at stofbrug i sig selv ikke er en kønnet problematik, spiller både klasse og køn ind, som alle andre steder i samfundet (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., et. al. 2016 59), og det viser sig, at det i en række forhold har betydning, hvorvidt du er mand eller kvinde med et stofbrug. I det følgende vil projektet koncentrere sig om forhold, der kendetegner de kvindelige stofbrugere.

### **Kvindelige stofbrugere**

I 2015 udgør kvinder 23% af de i alt 16.000 personer indskrevet i stofbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2017:9). Man vurderer at indskrevne kvinder igennem årene har udgjort mellem 20% og 33% i behandlingen. Dog er det vigtigt at bemærke, at man antager at der er en langt større andel af kvinder i stofbrug, som har brug for behandling, men som undgår at opsøge hjælp.

På trods af kvinders faktuelle forbrug af stoffer, er stofbrug både politisk, behandlingsmæssigt og i forskningsøjemed blevet betragtet som et mandligt fænomen (Dahl & Pedersen, 2008:19). De fleste behandlingstilbud tager ikke hensyn til hvorvidt stofbrugeren er mand eller kvinde, på trods af at mænd og kvinders stofbrug tager sig forskelligt ud (Ibid). At politiske beslutningstagere ikke tager højde for kønsforskelle, kan have en negativ indvirkning på kvinders mulighed for at modtage og drage fordel af behandling.

For eksempel har døgnbehandlingstilbuddene til stofbrugere med undtagelse af nogle få (nu lukkede) tilbud, henvendt sig generelt til stofbrugere, det vil sige til både mænd og kvinder. Den kønsneutrale behandling er et vilkår, ikke kun i døgnbehandling, men i al behandling af stofbrugere. Eftersom opmærksomheden på stofbrug primært har taget udgangspunkt i mænd, kan der forekomme tiltag eller foranstaltninger som kan have en negativ effekt på kvinderne i behandlingen (Ibid:36). Især fordi kvinder der er i behandling for stofbrug oftere end mænd har voldsomme, traumatiske oplevelser bag sig, blandt andet fysiske, psykiske eller seksuelle overgreb, selvskadende adfærd og psykiske sygdomme (Ibid:27:59). Afhængig af behandlingsstedets profil kan det være en forklaring på, at langt færre kvinder end mænd gennemfører (døgn)behandling

(Ibid:59). Selvom intentionen bag behandlingen af stofbrugere er at hjælpe alle, både mænd og kvinder, medvirker skævvridningen i fokus på mænd og kvinders forskelle og behov til, at behandlingen for kvinder ikke bare er sværere at gennemføre, men at den, mens den står på, kan risikere at resultere i yderligere traumer.

En anden, men afgørende forskel på mænd og kvinder og deres oplevelser med stofbrug er parforhold. Kvindelige stofbrugere har, i modsætning til mandlige stofbrugere, relativt ofte en kæreste med stofbrug (Ibid:78). Mange kvinder har desuden erfaring med vold i deres parforhold (Ibid:89). Kvinders vej ind i stofmiljøet sker i øvrigt ofte ved at kærester eller ægtefæller introducerer dem for narkotika (Ibid:68). Kvindens partner kan enten være en interpersonel barriere i forhold til kvindens ønske om at forlade livet som stofbruger, men kan i nogle henseender også virke som en støttende faktor.

Den udsatte position som stofbrugere har i samfundet, samt distinktionen mellem mandlige og kvindelige kønsroller, giver kvinder med stofbrug en dobbelt udsat position. Da kvindelige kønsrollemønstre angiver, at kvinder skal være anstændige, ansvarlige, i kontrol og i stand til at drage omsorg for familien belaster de kvindelige stofbrugere, da de har vanskeligt ved at leve op til disse normer. Derved sker der en dobbeltstigmatisering af kvindelige stofbrugere. Ikke kun er de stofbrugere, men de er også kvinder. Kvinder der vel og mærke ikke leve op til de alment accepterede konventioner for kvindelig adfærd (Ibid:21). De egenskaber man forventer en kvinde besidder, lever de kvindelige stofbrugere ikke op til. Man kan derfor, også i tråd med SFI's brugerundersøgelse, hævde at stofbrugere, og i særlig høj grad de kvindelige stofbrugere tillægges miskrediterende egenskaber i form af ikke at være "rigtige" kvinder eller "ordentlige" mødre. Dette udgør en social og kulturel barriere for stofbrugende kvinder der ønsker hjælp, da konsekvenserne ved at indrømme stofindtag kan være omfattende.

På trods af den generelle kønsneutrale behandling, er der dog et punkt hvor kvinderne har været særligt i søgelyset. Den biologiske reproduktion, graviditet og børn er at betragte som et område, hvor kvindelige stofbrugere er blevet betragtet som særligt problematiske og afvigende (Ibid:24). En af metoderne til at håndtere gravide stofbrugere har i flere lande været gennem tvang, hvilket jeg kort vil beskrive.

## **Udenlandske erfaringer med tvang af gravide stofbrugere**

Gravide kvinder med stofbrug er naturligvis ikke udelukkende et dansk fænomen. Dog har lovgivning i forskellige lande forårsaget meget forskellige tilgange til arbejdet med disse kvinder. I Norge og Sverige, som er lande vi normalt sammenligner os med, er det muligt at tilbageholde kvinderne mod deres vilje. En norsk forsker har i 2000 i en artikel om narkotika og metadonbehandling beskrevet Danmark som et meget liberalt land, og mener derfor også at positive danske resultater er svært målbare (Jensen, 2000:60), hvilket også gør sig gældende indenfor området med gravide stofbrugere.

Den liberale, danske tilgang til stofbrugsområdet har også betydning for lovgivningen omkring graviditet og tvang. Danske politikere har i flere omgange undersøgt omfanget, muligheder og alternativer til tvangstilbageholdelse af gravide med rusmiddelproblematikker.

Debatterne, der flere gange har været oppe og vende, handler oftest om muligheden for tvang i Danmark, som i Norge og Sverige. I 2015 udgav Social- og Indenrigsministeriet i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet en rapport som kortlagde de gravide med rusmiddelproblematikker i Danmark, med særligt fokus på muligheden for at indføre tvang overfor denne gruppe. Man mener at der er omkring 3500 gravide med stof eller alkoholproblemer om året i Danmark (Social- og Indenrigsministeriet, 2015:33).

Kortlægningen af gravide med henblik på muligheden for tvang medførte nogle få, men ikke uvæsentlige ændringer. Tidligere var det en mulighed at tilbyde gravide alkoholikere tilbageholdelse, i dag skal kommunalbestyrelsen tilbyde det, på lige fod med gravide stofbrugere. Desuden er længden af den mulige tilbageholdelse blevet øget, fra 14 til 21 dage ad gangen. Længden af den samlede tilbageholdelse er ændret fra 2 til 3 måneder (Sørensen, 2015:35). Det er dog samtidig væsentligt at påpege, at denne tilbageholdelse kun kan ske, hvis kvinden forinden frivilligt har indvilliget i at lade sig tilbageholde.

I Norge, hvor kvinden kan tilbageholdes hele graviditeten, har en optegnelse over de tvangstilbageholdte gravide kvinder vist, at barnets fødselsvægt stiger proportionelt med længden af moderens ophold på institutionen (Kristiansen, 2015:41). Det er i den forbindelse vigtigt at nævne at både Skotland og Canada har gode erfaringer med ikke at anvende tvang overfor gravide, men derimod at tilbyde relevant hjælp og omsorg for den gravide, hvilket også kommer

barnet til gode (Dahl & Pedersen, 2008:26). De svenske erfaringer omkring tvang<sup>1</sup> er umiddelbart gode, men der er ikke foretaget forskning omkring hvilke skadelige effekter tvang kan forårsage (Deding, 2011:66). Brugerundersøgelser fra Sverige viser dog, at de stofbrugere der udsættes for tvang, finder det meget krænkende (Ibid:67).

Der er altså både fordele og ulemper ved anvendelse af tvang overfor gravide, hvor Danmark har valgt en broget mellemvej. Nogle af disse aspekter vil blive taget op i projektet senere. Det følgende vil omhandle de indsatser som findes for gravide stofbrugere i Danmark.

### **Hjælpeforanstaltninger til gravide stofbrugere i Danmark**

I dag er det almindeligt kendt, at det kvinden indtager igennem en graviditet, også påvirker fosteret. Derfor er fokus på gravide stofbrugere også løbende blevet intensiveret, således at man kan gribe ind hurtigst muligt og afværge de skader, kvinden kan risikere at pådrage fosteret igennem sit indtag af rusmidler. Det første tilbud til kvinder med rusmiddelproblematikker blev etableret i 1989 i Hvidovre af May Olofsson, som startede familieambulatoriet op efter inspiration fra USA.

#### **Fakta om fosterskader:**

Årsagen til det øgede fokus og den offentlige indsats i forhold til gravide stofbrugere, er naturligvis fosteret. Det dominerende syn på fosterskader når det gælder gravide med stofbrug, neonatalt abstinenssyndrom (NAS), viser sig ved at barnet ved fødslen udvikler akutte abstinenssymptomer. Dette ses ved at barnet har vanskeligt ved at falde til ro, svært ved at sove og indtage næring. Børnene er urolige, kan have (eksplosive) opkastninger samt diarré, der kan føre til livsfarlig dehydrering. Deres vejtrækning kan være overfladisk og de vil ofte svede, gabe og nyse (Killén & Olofsson, 2003:65f). Det er dette som samarbejdet mellem de gravide stofbrugere og de professionelle sigter mod at forhindre.

Resultaterne herfra, samt en øget bevidsthed om behovet i resten af Danmark resulterede i 2011 i en udvidelse af familieambulatoriet. Derfor er der i dag familieambulatorier i alle landets 5 regioner, flere steder med satellitter for en bredere geografisk dækning. Det er stort set det eneste specialiserede tilbud til disse kvinder, og selvom de har en tæt kontakt med kvinderne igennem graviditeten, og har mulighed for at

indlægge de hårdest ramte kvinder på sygehuset, er familieambulatoriet i sig selv ikke et egentligt behandlingstilbud (Sørensen, 2015:34), men derimod en støtteforanstaltning med henblik på at

---

<sup>1</sup> Det er værd at bemærke at tvang i Sverige ikke kun forekommer overfor gravide, men kan anvendes overfor alle med rusmiddelproblematikker, så længe forskellige kriterier er opfyldt.

fosterskader reduceres eller elimineres. Her er de professionelle opmærksomme på, at der i forbindelse med stofbrugeres graviditet, kan være forbundet en stor del skyld og skam (Ibid) hvilket også kan opfattes som en personlig barriere kvinderne skal forholde sig til. Der er også enighed om, at der udover familieambulatoriets tilbud, mangler attraktive tilbud til gravide stofbrugere, hvor der bliver peget på at Norge (bortset fra selve elementet af tvang) har nogle gode initiativer til målgruppen (Ibid:35). Det er langt fra alle 3500 kvinder der i forbindelse med deres rusmiddelproblematik og graviditet har kontakt med systemet. I 2014 havde landets 5 familieambulatorier i alt kontakt med 790 kvinder (Social- og Indenrigsministeriet, 2015:40). Der er altså en betydelig andel af kvinderne, som på trods af risikoen for at pådrage deres foster skader under graviditeten, ikke opsøger eller henvises til familieambulatoriet.

I denne forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på de professionelles krydsparadigmatiske forståelser af stofbrug, henholdsvis medicinsk og socialfagligt. Den nuværende dominerende sundhedsdiskurs (Brinkmann, 2010:15) genfinder man også i forhold til gravide stofbrugere. Blandt andet på familieambulatoriet, hvor det tværfaglige samarbejde er i fokus, er lægen den højeste autoritet. Også i forklaringer på fosterskader, er den sundhedsfaglige vinkel dominerende. Individforklaringer med afsæt i kvindens stofbrug nævnes som hovedregel som altafgørende årsag til fosterets skader. Socialfaglige perspektiver, som kunne tage udgangspunkt i mere strukturelle forklaringer, er stort set ikke eksisterende, på trods af, at andre faktorer kan udgøre en risikofaktor for kvindens almene tilstand, for eksempel kvindens socioøkonomiske baggrund.

Desuden er kvinder med stofbrug særligt sårbare i forbindelse med en graviditet, da tidligere erfaringer muligvis vil afholde dem fra at søge hjælp. Som nævnt tidligere er der en formodet stor andel af kvinder, der ikke opsøger hjælp i forbindelse med deres stofbrug. Man antager at især erfaringer med ufleksible tilbud med hovedvægt på kontrol af kvinderne, frygten for at miste eventuelt hjemmeboende børn samt det nye barn der er på vej, men også manglende relevante tilbud om social behandling/hjælp kan risikere at skræmme kvinderne fra at tage kontakt til hjælpeforanstaltninger (Dahl & Pedersen, 2008:36). Som kvindelig stofbruger er der en risiko for, at tidligere behandlingserfaringer har resulteret i en oplevelse af, at kvinden mistænkeliggøres på grund af sit køn og derved øges de professionelle fokus på kombinationen af køn og stofbrug (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., et. al. 2016:100). Desuden kan stigmaet som



stofbruger betyde, at man som person betragtes som uærlig og ude af stand til at drage omsorg for både sig selv eller andre (Ibid:112).

Fra et samfundsmæssigt perspektiv udgør stofbrug et socialt problem, som der ikke umiddelbart har været held til at reducere eller løse. Det viser sig desuden at der på trods af gode hensigter og intentioner om at løse problematikken er barrierer som det ikke endnu er lykkedes at overvinde. Forskellen på kønnene udgør for kvindernes vedkommende en forhindring i at modtage kvalificeret og målrettet hjælp, i forhold til de problematikker som er særegne for kvinderne. Kvinders evne til at reproducere sig har også i forhold til stofbrug en særlig karakter, hvor der som stort set det eneste område indenfor kønsdilemmaet har været forsøgt med specifikke tiltag, der dog ikke umiddelbart omfatter alle aspekter af den gravide kvindes situation.

Da området omkring gravide stofbrugere er præget af fordomme, stigmatisering og i nogle tilfælde uvidenhed, er dette særlig velegnet til nærmere undersøgelse. Muligheden for at få adgang til kvindernes eget perspektiv, deres oplevelser og erfaringer i forhold til behandling af stofbrug og graviditet vil forhåbentlig kunne bidrage til en nuancering af tiltagene omkring denne gruppe, og derved medvirke til at opkvalificere det sociale og sundhedsfaglige arbejde i forhold til gravide stofbrugere.

### **Emneafgrænsning**

De fleste institutioner, der arbejder med gravide kvinder, der er en eller flere årsager, har brug for en ekstra indsats, er sjældent specialiseret ned i et enkelt område, som er tilfældet med dette projekt. Ofte indbefatter målgruppen "sårbare gravide", at der arbejdes med en række problematikker lige fra stofbrug, lægeordineret medicin, psykisk sårbarhed, alkohol og så videre.

Dette projekt koncentrerer sig om (tidligere) stofbrugende gravide af flere årsager. For det første er det denne gruppe af gravide med rusmiddelproblematikker, der oftest er i kontakt med behandlingssystemet, og af den grund er lettere at opnå kontakt til. Det kan virke omvendt i forhold til tal der viser at ca. 2500 børn årligt i Danmark fødes af mødre der har drukket i graviditeten, hvorimod der fødes ca. 500 børn af mødre med stofproblematikker (Pedersen, 2009:33), men ikke desto mindre udgør gruppen af gravide med alkoholindtag kun 28% af de indskrevne i familieambulatorierne fra 2011-2014, og kvinder med enten stofindtag eller kombineret alkohol/stofindtag udgør den resterende gruppe (Social- og Indenrigsministeriet,

2015:40). For det andet har det været min opfattelse, som også tidligere forskning viser, at stofbrugere oplever stigmatisering, som reducerer deres personlighed til udelukkende at være stofbruger, uden at medtage andre aspekter af personligheden (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., et. al. 2016:100). Opdelingen mellem alkohol og narkotika i dette projekt bygger desuden på lovgivningen, der adskiller de to rusmidler, hvor narkotika er ulovligt, hvilket jeg også tillægger en betydning i forhold til den stigmatiserende effekt i forhold til stofbrugere, da jeg antager at alkohols status som lovligt rusmiddel giver en større identifikationsfaktor for de fleste mennesker, hvorimod narkotika ikke er lige så udbredt.

Sammenblandingen af de forskellige problematikker, som de specialiserede institutioner beskæftiger sig med, mener jeg i dette projekt ville skabe en uigennemsigthed i forhold til kvindernes subjektive oplevelse i graviditeten, grundet årsagen til kontakten. Da jeg med projektet ønsker at undersøge vanskeligheder i samarbejdet mellem gravide og professionelle, har jeg derfor valgt at prioritere den gruppe af gravide, som tendentielt har større risiko for at opleve stigmatisering.

### **Samarbejde**

En afgørende faktor i arbejdet med gravide stofbrugere, er i hvor høj grad det lykkedes de professionelle og kvinderne at samarbejde. Projektet tager udgangspunkt i Shulmans interaktionistiske forståelse af samarbejde, hvor den gravide stofbruger og de(n) professionelle sammen må udvikle et relationelt arbejdsfællesskab, hvor de skaber en fælles situationsdefinition (Shulman i Hutchinson & Oltedal, 2003:92f). Dette går kort fortalt ud på, at den professionelle på forhånd gør sig sensitiv overfor kvindens tanker og følelser, og forbereder sig på at være på bølgelængde med kvinden. Den professionelle skal tydeliggøre målet og informere om sin rolle, støtte kvinden, give tilbagemeldinger undervejs i forløbet og må desuden sørge for, at der gensidigt forventningsafstemmes. Desuden skal den professionelle kunne stille krav til kvinden og indsamle relevant data og endeligt skal den professionelle hjælpe kvinden med at samle op på forløbet og sende hende videre, hvis det er relevant (Hutchinson & Oltedal, 2003:116ff).

Udgangspunktet må altså være at begge parter har et fælles mål med samarbejdet og samtidig har et fælles fundament at arbejde ud fra. Der kan derfor ikke være tale om samarbejde, hvis den ene

eller begge parter oplever at samarbejdet er konfliktfyldt eller der ikke arbejdes mod de samme mål.

Enigheden om hvad målet er, og hvordan man bedst når derhen, vanskeliggøres af den asymmetriske magtfordeling der er mellem kvinder og professionelle. På trods af gode intentioner om kvindernes ret til medbestemmelse og deltagelse i egen sag, ligger der i forbindelse med barnets tarv en underforstået eller udtalt trussel om tvang fra de professionelle side (Luhmann i Nissen & Harder, 2015:66). Denne mulighed for at udøve tvang giver chancen for at udvikle fælles situationsdefinition og mål med samarbejdet ringe vilkår. Det er blandt andet kvindernes perspektiv på dette forhold, dette projekt søger at undersøge.

Alt dette leder frem til det projektets problemformulering, der lyder som følger:

### **Problemformulering**

***” Hvordan kan det forstås at nogle gravide stofbrugere oplever det vanskeligt at indgå i et samarbejde med de professionelle?”***

- Hvilke samarbejdssituationer oplever kvinderne som vanskelige?
- Hvornår og i hvilken sammenhæng opstår der problemer i kontakten mellem de gravide stofbrugere og professionelle?
- Hvordan oplever kvinderne tvang i forbindelse med deres graviditet?

Inden projektets opstart var en af mine overvejelser om det var muligt at opnå kontakt til kvinder, som igennem en graviditet havde været i kontakt med systemet på grund af stofbrug. Jeg antog, at med mit kendskab til forskellige organisationer, som regionernes familieambulatorier og kommunernes rusmiddelcentre, samt forskellige brugerforeninger og NGO'er i hovedstadsområdet, at dette måtte være til at løse uden de store problemer. Dette vil jeg vende tilbage til senere.

### **Projektets formål**

Dette projekts har til formål at belyse de problematikker, der opstår i samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle. Der er bred enighed om, at det er vigtigt, at der skabes indsatser som kan afhjælpe, at fosteret eksponeres for rusmidler, der potentielt kan skade udviklingen under graviditeten. Der har i medierne ofte været debatteret, hvordan man bedst muligt hjælper

denne gruppe af kvinder, og der er efterhånden som bevågenheden på området er blevet større, skrevet flere artikler af professionelle, som arbejder på området. Det er dog vanskeligt for de professionelle, at skabe kontakt til de gravide stofbrugere, hvilket sandsynligvis hænger sammen med de tiltag kvinderne forventes at indgå i. Derudover er det meget sjældent, at kvinderne selv kommer til orde. Jeg mener, at kvindernes synspunkter er afgørende i forhold til at iværksætte hjælpeforanstaltninger der virker. For at kunne udvikle og optimere indsatsen overfor gravide stofbrugere, må det derfor være essentielt at kvinderne selv kommer til orde. Det er efterhånden også min erfaring, at der er meget stor forskel på, hvordan en bestemt foranstaltning opfattes, alt efter om man er på den ene eller anden side af skranken. Formålet med projektet er altså, at lade kvindernes perspektiv komme til syne, så den fremtidige indsats overfor denne gruppe forbedres.

Efter at have forklaret projektets problemformulering, der udspringer af før beskrevne problematikker omkring stofbrug, køn og graviditet samt mine tanker om adgang til feltet og projektets formål, vil jeg i det følgende, beskrive projektets videnskabsteoretiske ståsted samt projektets metode.

## **Kapitel 2 – Videnskabsteori og metode**

I dette kapitel vil jeg starte med at introducere til den fænomenologiske/hermeneutiske tilgang projektet har til genstandsfeltet. Herefter vil jeg beskrive, hvordan jeg har indsamlet og bearbejdet mit empiriske materiale.

### **Videnskabsteori**

Både hermeneutik og fænomenologi er fælles om en tilgang, der mener at forståelse og fortolkning kommer før forklaringen. Desuden er de enige om, at aktører og sociale fænomener, som samfundsvidenskaben undersøger, bærer betydnings- og meningssammenhænge, og at det er dem som skal studeres i en videnskabelig praksis (Højbjerg, 2013:289). Begge videnskabsteoretiske retninger tager udgangspunkt i individers evne til at føle, tænke, opfatte og handle selvstændigt, og at dette er med til at forme det sociale liv (Jørgensen, 2008:222). Fælles for disse er også, at de beskæftiger sig med motiverne der ligger bag menneskers tolkninger, handlinger og oplevelser. De siger samtidig at der ikke findes en entydig forklaring på sammenhæng mellem holdning, handling og motiv, men at disse er afhængige af kontekst og de personer der indgår i undersøgelsen (Ibid:223).

### **Fænomenologi**

Fænomenologi betyder læren om det som viser sig, altså at der bør være en interesse i den måde et fænomen fremtræder på (Jørgensen, 2008:227). Den menneskelige bevidsthed er ifølge fænomenologien altid rettet mod noget andet end sig selv. Dette kalder fænomenologien intentionalitet (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010:185). Intentionalitet i undersøgelsen er kvindernes erfaringer, for at forsøge at opfange den "oplevelsethed" som kvinden beretter om (Birkler, 2005:106), da det er kvindernes erfaringer i mødet med de professionelle, som har projektets interesse.

Fænomenologien opererer med et begreb, kaldet livsverden, som er det perspektiv den enkelte oplever verden ud fra, og som er individuel (Ibid:105), hvilket betyder at jeg ikke kan sætte mig i kvindernes sted, men jeg kan forsøge at forholde mig åbent til de ting de fortæller. Den fænomenologiske term for at forholde sig åbent til det andre fortæller, kaldes epoché, hvor ens egen forforståelse sættes i parentes, for at nå frem til en fordomsfri beskrivelse af fænomenernes væsen (Kvale & Brinkmann, 2009 i Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010:185).

Samtidig er det vigtigt at understrege at det ikke er kvinderne i sig selv, der er interessante i dette projekt, men derimod deres oplevelser, som de er forekommet i det relationelle forhold til den omverden og kontekst de var en del af under deres graviditet (Birkler, 2005:106), da undersøgelsen omhandler kvindernes egne perspektiver og beskrivelse af verden, som de oplevede den på det givne tidspunkt.

I selve interviewundersøgelsen er spørgsmålene udformet, så de så vidt muligt ligger op til at få kvinderne til at berette om deres subjektive oplevelser, holdninger og erfaringer (Jørgensen, 2008:242). Jeg har derfor, i denne del af processen forsøgt at forholde mig så åbent og objektiv som muligt (Ibid:235) for at undgå at påvirke kvinderne i en bestemt retning. Ifølge fænomenologien er de handlinger, mennesker foretager fulde af informationer om det sociale liv, og hvordan dette er konstitueret og fungerer (Ibid:228). Dette betyder at de oplevelser som kvinderne fortæller om, gerne skulle medvirke til at forstå en lille del af det sociale liv, i det felt hvor gravide stofbrugere møder professionelle.

Den fænomenologiske tankegang har altså derfor været essentiel i indsamlingen af min empiri, da det her har været afgørende for resultatet, at jeg ikke som i resten af projektet har anvendt fordomme eller forforståelser, men derimod været bevidst om at sætte disse elementer i epoché.

### **Hermeneutik**

Fra hermeneutikken, som betyder fortolkningskunst, eller læren om forståelse (Birkler, 2005:95), vil jeg i det følgende præsentere de begreber jeg har anvendt i projektet.

Både kvinderne og jeg kommer i vores møde med hver vores forståelseshorisont, hvilket vil sige at vi har hvert vores perspektiv, der omfatter alt hvad vi ser og oplever ud fra vores egen synsvinkel. Det er igennem min forståelseshorisont, at jeg fortolker kvindernes oplevelser ud fra den kontekst jeg indgår i (Jørgensen, 2008:226), som er en anden del af den hermeneutiske videnskabsteoretiske position, nemlig den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel består af dele og helhed der påvirker hinanden (Ibid:239). Dette er en anden vigtig del af hermeneutikken, nemlig hvordan individuel handling og strukturel indflydelse foregår i en vekselvirkning mellem individet og de betingelser individet handler under (Ibid:242). Det betyder at dele og helhed ikke kun ses i forhold til kvinderne og deres oplevelse af de professionelle, men også i forhold til den tid og den kontekst som kvinderne indgår i.

Da mine fordomme og forforståelse er en faktor i denne undersøgelse, vil jeg i det følgende afsnit beskrive, hvilke fordomme projektet tager afsæt i.

### **Fordomme og forhåndsantagelser**

Det har været min opfattelse inden projektets start, at der i samspillet mellem gravide stofbrugere og professionelle ofte opstår spændinger eller sammenbrud i samarbejdet, som især opleves som problematiske for de gravide stofbrugere. Det har været min forståelse at de gravide stofbrugere forsøger at indgå i samarbejdet og spille med på de regler, de professionelle sætter op for dem, uden at de gravide stofbrugere nødvendigvis er delagtiggjort i den viden eller den dagsorden de professionelle sidder med.

Jeg har fra opstart været optaget af de forhold som stofbrugere påvirkes af, og samtidig haft en særlig interesse indenfor feltet med gravide stofbrugere, da der her er en ekstra faktor på spil, nemlig kvindens ufødte barn. I tråd med Heckscher og Dahls undersøgelse af gravide stofbrugeres oplevelser med mødet med systemet fra 2007, er det min opfattelse at der i nogle, hvis ikke mange, tilfælde sker en forskydning i de professionelles fokus fra kvinden til barnet, så kvinden kommer til at optræde som et hylster for barnet, mere end et menneske (Sørensen, 2015:37). Derudover har stofbrugere, som SFI's brugerperspektiv undersøgelse viser, ofte en oplevelse og en følelse af at blive opfattet som uværdig, utroværdig (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D. et. al. 2016:21), og en fornemmelse af at øvrige sider af personligheden reduceres, og at der udelukkende fokuseres på stofbruget (Ibid:100).

Desuden har jeg tidligere, igennem studie og praksis været i kontakt med stofbrugere, som kunne fortælle om lignende oplevelser. Også kontakten med gravide stofbrugere og nybagte mødre med et tidligere stofbrug, har bidraget til mine fordomme omkring kontakten og samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle, som et område præget af de professionelles mistillid til kvinderne og kvindernes frygt for repressalier i forhold til for eksempel tvangsfjernelse. Det er derfor vigtigt at understrege, som også projektets problemformulering peger på, nemlig at projektets indstilling til samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle inden projektets opstart har været præget af en kritisk holdning overfor de professionelles tilgang til kvinderne, og en deraf følgende nysgerrighed i forhold til kvindernes egen oplevelse af behandlingen under deres graviditet, samt deres syn på tvang i forbindelse med graviditeten.

I det følgende vil jeg beskrive hvordan jeg har forsøgt at frembringe kvindernes synspunkter og oplevelser.

### **Semistruktureret interview**

I dette projekt har jeg anvendt semistrukturerede interviews til at indhente mine data, da interviewet er en metode, der giver privilegeret adgang til personers livsverden (Tanggaard & Brinkmann, 2010:31), hvilket kan defineres på følgende måde: *"... et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at meningsfortolke de beskrevne fænomener"* (Kvale & Brinkmann, 2009/2008 i Brinkmann, 2014:39). Dette understreger både den fænomenologiske tilgang (livsverden) samt den hermeneutiske tilgang (at meningsfortolke). Det er dog vigtigt at understrege, at jeg, som interviuer, aldrig helt vil kunne forstå hvordan det har været at opleve det, kvinderne fortæller om, og at det som fortælles er konstrueret i samtaleinteraktionen mellem mig og min informant (Tanggaard & Brinkmann, 2010:31).

Da min interesse i dette projekt har været kvindernes oplevelser, har jeg valgt at indsamle min empiri ved hjælp af semistrukturerede interviews, da dette er en form der giver mulighed for at udnytte videnspotentialer i dialogen, da det semistrukturerede interview minder om en samtale. Interviewet er samtidig den bedste egnede metode til at belyse blandt andet relationelle områder, som samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle må siges at være (Tanggaard & Brinkmann, 2010:33). For bedst muligt at få kvindernes synspunkter frem, har jeg som tidligere nævnt forsøgt at formulere mine spørgsmål på en måde, så det har været muligt for kvinderne at svare på spørgsmålene, uden at overtage mit kritiske synspunkt (Brinkmann, 2014:36).

Jeg har udformet min interviewguide ved at identificere de temaer, jeg mente var relevante for at besvare projektets problemformulering og udformet spørgsmålene sådan, at kvinderne svarede på de valgte temaer, men har samtidig forsøgt at give plads til, at kvinden har haft mulighed for at komme med synspunkter og temaer som har været relevante for hende (Ibid:38). Selve interviewguiden har været udformet med henholdsvis forskningsspørgsmål (temaer) og interviewspørgsmål, som har været de spørgsmål jeg har stillet informanterne (Tanggaard & Brinkmann, 2010:40). Temaerne, som jeg på forhånd havde fastlagt, var kontakt, forløb, indflydelse, samarbejde, tillid, ærlighed, tvang og ønsker (se bilag 1). Disse emner har jeg valgt, da



det giver forskellige perspektiver på, hvordan kvinderne har oplevet kontakten med de professionelle.

I forhold til interviewets fokus, at undersøge oplevelser og samarbejde med professionelle i en sårbar situation, hvor stofbrug, forældreskab, graviditet og andre følsomme emner har været på spil, har jeg valgt at anvende individuelle interviews for at skabe den fortrolighed og ro, som jeg mener, har været vigtig for at give mulighed for, at kvinderne kunne fortælle så frit så muligt om et emne, som både er personligt, følsomt og i mange henseender tabubelagt (Brinkmann, 2014:46).

I selve interviewsituationen har jeg benyttet mig af en receptiv, empatisk interviewstil, da min intention har været at få kvinderne til at føle sig trygge, og få dem til at fortælle om deres erfaringer og oplevelser med deres egne ord (Tanggaard & Brinkmann, 2010:33).

I selve interviewsituationerne med kvinderne har jeg oplevet kvindernes følelsesmæssige indlevelse i deres fortællinger. En af kvinderne virkede oprigtigt indigneret over den behandling hun havde fået af de professionelle, ved at hæve stemmen når hun understregede særligt ubehagelige situationer, og en anden havde igennem fortællingen flere gange tårer i øjnene, hvilket for mig har været en indikator på, at de har følt sig trygge nok ved mig til at turde åbne op.

I de næste afsnit vil jeg beskrive, hvordan jeg har bearbejdet mit materiale.

### **Kodning og bearbejdning af interviews**

Alle interviews er optaget, da det vil være tæt på umuligt at udføre et tilfredsstillende interview samtidig med at skrive alle informationer fra informanterne ned. Derfor har det været nødvendigt at transskribere, hvilket jeg har gjort ved at skrive ned hvad der er blevet sagt mens jeg har lyttet til optagelserne, og omsat interviewet fra mundtlig til skriftlig form. Transskriberingen af interviews er foregået ved en "rekonstruerende transskription", da det er kvindens oplevelse af samarbejdet, der er projektet fokus og jeg har vurderet, at denne variant af transskribering har været tilstrækkelig (Brinkmann, 2014:87), hvilket også betyder at talepauser, overlap af spørgsmål og svar, samt fyld/tænkeord som øhh... mmm... og så videre er udeladt.

Kodningen af projektets interviews er datastyret (Kvale & Brinkmann, 2009:224). Kodningen af temaer er opstået gennem gennemlæsning af interviewene, og det er data, der har været

styrende. Efter flere gennemlæsninger fremkom temaer, som var gennemgående for alle interviews. Dette er ikke overraskende, da det er den samme interviewguide, der er blevet anvendt i forbindelse med mine interviews. For at besvare projektets problemformulering, har jeg valgt at tage udgangspunkt i fire temaer, som jeg vil præsentere i analysen.

Efter kodningen er de valgte udsagn blevet kategoriseret (Kvale & Brinkmann, 2009:225), hvor det centrale tema i udsagnet er blevet trukket ud og forkortet, men stadig har bevaret informantens synspunkt. Kategorierne er udviklet på forhånd, inden jeg påbegyndte min analyse. Herefter har jeg fortolket udsagnene ud fra mit eget synspunkt, og placeret det i en teoretisk kontekst inden selve analysearbejdet.

### **Kvalitetskriterier**

Kvantitativ forsknings kvalitetskriterier kan vanskeligt overføres til den kvalitative forskning, som dette projekt bygger på. For at sikre en kvalitativ undersøgelses interne validitet må man sikre, at man undersøger det, man tror man undersøger, og samtidig må man kunne fremvise hvordan undersøgelsen er foregået (Dahler-Larsen, 2008:83), hvilket også gør sig gældende for transparens kriteriet der påpeger at forskeren skal være eksplicit i forhold til den metodiske fremgangsmåde (Ibid:86), da reliabiliteten i kvalitative undersøgelser ofte er temmelig abstrakt (Ibid:82). I dette projekt har problemformuleringen været styrende i indsamlingen af empiri, og derfor er spørgsmålene i interviewguiden udformet i forhold til at få belyst samarbejdet mellem kvinderne og de professionelle. Reliabiliteten i dette projekt er svært målbar, da en nøjagtig gentagelse af projektet vil være urealistisk, fordi konteksten og de subjektive oplevelser hos informanterne samt interaktionen med mig som forsker vanskeligt vil lade sig gentage (Ibid). Dette er også en faktor i den fænomenologiske videnskabsteori, da det er de specifikke kvinder og deres oplevelse projektet interesseret sig for, så for at en gentagelse skulle være mulig, ville man skulle interviewe de samme kvinder. Den hermeneutiske videnskabsteori afviser, at en nøjagtig gentagelse er mulig, da tid og kontekst influerer på samspillet mellem dele og helhed.

Nu, da jeg har forklaret projektets videnskabsteoretiske baggrund og den anvendte metode, vil jeg i kapitel 3 beskrive indsamlingen af min empiri, samt hvilke overvejelser jeg har gjort mig i forbindelse med dette.

### **Kapitel 3 – Empiri**

Denne undersøgelses tilgang til analysen tager afsæt i andres forskning, egne interviews og tidligere erfaringer indenfor området, hvorfor projektet overvejende er induktivt funderet (Birkler, 2009:70). Informanternes udsagn har været bestemmende for udvælgelsen af teori, og projektet er derfor ikke teoretisk styret, men har taget udgangspunkt i empirien (Ibid:70).

#### **Vanskeligheder ved adgang til feltet**

Mine forestillinger om at skabe kontakt til kvinder, der har haft kontakt til professionelle i deres graviditet på baggrund af stofbrug, viste sig hurtigt langt sværere, end jeg på forhånd havde antaget. På trods af, at det er forholdsvis nemt at skabe kontakt til de forskellige institutioner, som beskæftiger sig med gravide stofbrugere, er det er særdeles vanskeligt at komme igennem muren af ansatte, der fungerer som gatekeepers til disse kvinder. I flere tilfælde blev jeg med det samme afvist af professionelle der mente, at kvinderne var for udsatte eller belastede til at kunne medvirke til et interview. Dette var ikke et spørgsmål om, at kvinderne selv mente at de ikke ønskede at deltage, men at de professionelle havde besluttet, at kvinderne var for skrøbelige. Her blev min antagelse om, at kvinderne har meget lidt mulighed for indflydelse bekræftet, da det gik op for mig, at de professionelle vælger på vegne af kvinderne, uden at kvinderne selv blev spurgt om de ville medvirke.

Efter en del forarbejde lykkedes det dog at skabe kontakt til 2 familieambulatorier, som var villige til at spørge, hvis ikke alle, så de kvinder de mente var i stand til at medvirke. Her var mit indtryk at sproglige barrierer samt mængden af belastningsfaktorer udover stofbrug har spillet ind, i forhold til hvilke kvinder der er blevet spurgt.

Projektets udgangspunkt var at foretage interviews med gravide kvinder med nuværende eller tidligere stofproblematikker, som havde resulteret i kontakt med andre og/eller flere professionelle end gravide uden stofproblematikker møder. Dette var ikke muligt at gennemføre, da disse kvinder ikke har været mulige at komme i kontakt med. Dog er det lykkedes at interviewe kvinder, med undtagelse af en, som på interviewtidspunktet var gravid, der alle tidligere har haft en graviditet, hvor de har været i kontakt med professionelle på grund af stofproblematikker. Derfor er informationen om kvindernes oplevelser retrospektive, hvilket kan medføre åbenlyse problemer set i forhold til den menneskelige hukommelse, så som oplevelsen af fortiden set i lyset

af nutiden, usikkerhed omkring rækkefølgen af begivenheder og begivenheder, som er blevet glemt (De Vaus, 2001:228). Dog har det været den eneste, og derfor bedste, mulighed for at skabe et indblik i oplevelsen af, at være gravid stofbruger i systemet.

Gennem kontakten til familieambulatorierne lykkedes det at opnå kontakt til to kvinder, i hver sin landsdel, hvor dog det kun var muligt at foretage interview med den ene af praktiske årsager.

Derudover har Facebook givet mulighed for at skabe kontakt, hvilket har resulteret i yderligere tre kontakter, hvoraf det dog kun er det ene interview jeg har brugt i opgaven, da de øvrige to kvinder skilte sig ud på flere parametre, hvilket jeg vil forklare nærmere i næste afsnit.

Den tredje kvinde, hvis interview indgår i projektet, er en kvinde, jeg har kendt igennem nogle år og som gerne ville medvirke, efter jeg havde forelagt hende projektet og dets formål.

De tre informanter vil blive præsenteret nærmere inden analysen i kapitel 5.

### **Selektion af informanter**

Da det har været undersøgelsens formål at beskrive vanskeligheder i samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle, har det været hensigten at opnå kontakt til kvinder, som har oplevet en eller flere episoder, hvor det har været svært.

Som tidligere beskrevet har adgangen til feltet været vanskeligt. Mine kriterier til informanter har ændret sig undervejs i processen, da det viste sig stort set umuligt at få mulighed for at tale med de kvinder, som jeg i første omgang havde planlagt. Oprindeligt var tanken at det var kvinder, som var gravide under tidspunktet for interviewet, jeg gerne ville have kontakt med. Desuden havde jeg planlagt, at det skulle være kontakten med familieambulatoriet, som skulle være omdrejningspunktet for projektet.

Det viste sig tidligt, at kriteriet om at kvinden skulle være gravid på tidspunktet, blev vanskelig at opfylde, da disse kvinder antageligt ofte havde deres fokus på graviditeten og brugte deres ressourcer der. Igennem kontakten med kvinder, der tidligere havde været gravide og i kontakt med professionelle i forhold til stofbrug, gik det tillige op for mig, at det ofte havde været en proces, som de havde haft brug for at bearbejde, hvilket kan være en anden årsag til, at det ikke umiddelbart var muligt at interviewe nuværende gravide med stofbrug, da de endnu ikke har haft mulige for at bearbejde oplevelserne, og derfor ikke har haft lyst til at tale med mig.

Desuden blev det klart for mig, at familieambulatoriet som institution, ikke efter kvindernes beskrivelser af deres oplevelser, har haft større betydning end sagsbehandlere, sundhedsplejersker, pædagoger og andre, fra andre institutioner, kvinderne har fortalt om.

I min søgen efter informanter, henvendte jeg mig i starten til familieambulatoriet i to forskellige regioner. Jeg blev inviteret til at præsentere mit projekt på det ene sted, og havde herefter en snak med stedets ansatte om deres tanker i forbindelse med projektet og deres mulighed for at hverve informanter.

Her blev det diskuteret hvilken betydning det ville have, at kvinden, ud over stofbruget, havde andre belastningsfaktorer. De kvinder, jeg har interviewet, har haft stofbrug eller tidligere stofbrug, som en af årsagerne til kontakten til professionelle. I et tilfælde har en belastet barndom været den primære årsag.

Alle informanter har meldt sig frivilligt, hvilket kan have en betydning i forhold til at belyse projektets problemstilling mere nuanceret. Det har dog ikke været intentionen at lave en dybdegående, repræsentativ fremvisning af problematiske samarbejdssituationer, og det har tillige været vigtigt at respektere de gravide stofbrugeres ret til privatliv. Derfor har jeg anset 3 informanter som værende tilfredsstillende, og har samtidig ikke spurgt ind til andet, end det kvinderne selv har bragt på banen i mine interviews.

### **Metodeovervejelser**

I empiriindsamlingen har jeg foretaget et pilotinterview med en kvinde, som havde haft kontakt med professionelle igennem sin graviditet, ikke på grund af stofbrug, men på grund af psykiatrisk historik samt faderens stofbrug. Dette gav ikke anledninger til ændringer i interviewguiden, men medvirkede til overvejelser og ændringer i fremgangsmetoden. Spørgsmålene i mine interviews er derfor ikke stillet i den rækkefølge som jeg som udgangspunkt havde forestillet mig, men er anvendt som tjekliste, hvilket har gjort selve interview situationen mere flydende og på den måde har bidraget til at give mere plads til at forfølge informanternes udsagn.

Udover mit pilotinterview, som ikke er anvendt i projektet på grund af projektets kriterie om at kvinden i sin graviditet skal være i kontakt på grund af nuværende eller tidligere stofbrug, har jeg foretaget 5 interviews. I projektet har jeg anvendt de tre interviews, som er foretaget ansigt-til-ansigt.

Derudover har jeg foretaget to telefoninterviews, som jeg har valgt ikke at anvende, da disse to kvinder havde forhold, som adskilte sig væsentligt fra de andre, da den ene kvinde på interviewtidspunktet var aktiv stofbruger og den anden opholdt sig i en døgnbehandling. Disse to kvinder havde tillige på tidspunktet for interviewet deres børn anbragt, hvilket ikke var tilfældet for de tre kvinder jeg har interviewet ansigt-til-ansigt. Derfor har jeg besluttet ikke at anvende citater fra disse interviews, da jeg mener at disse kvinders indtag af stoffer på tidspunktet for interviewene kan influere på deres refleksioner i forbindelse med deres graviditetsforløb, og at det at være påvirket skaber en følelsesmæssig distance, der ikke var gavnlig for projektets interesse.

### **Etiske overvejelser**

Der er flere etiske aspekter i kvalitativ forskning, som er nødvendige at gøre sig overvejelser omkring. I dette projekt har informanterne givet informeret samtykke efter de er blevet præsenteret for formålet med projektet, hvilket er, at blive klogere på hvordan det opleves af de gravide stofbrugere når samarbejdet med de professionelle bliver vanskeligt. Derudover er de overordnede temaer introduceret for informanterne inden de har indvilliget i at deltage. De er desuden blevet informeret om muligheden for at gennemlæse transskriptionen af deres eget interview samt reglerne for opbevaring af lydfiler (Brinkmann & Kvale, 2015:116).

Informanterne er desuden blevet garanteret anonymitet, sådan at både personer og stednavne er ændret for at sikre at informanterne og deres børn ikke kan genkendes (Ibid:117f). Som tidligere nævnt er der rekrutteret en informant fra familieambulatoriet. De professionelle herfra har inden opstart foretaget en udvælgelse af informanter blandt de kvinder som er tilknyttet. Dette er foregået ud fra en vurdering af hvilke kvinder der muligvis ville kunne blive retraumatiseret ved at deltage i et interview, hvilket vil kunne få konsekvenser for både kvinderne og deres børn. Ved at spørge ind til kvindernes oplevelser, er der en risiko for at kvinderne gennem interviewet vil åbne op for tidligere dårlige oplevelser og negative erfaringer, som det ikke for mig, som interviewer, vil være muligt at lukke for igen (Brinkmann & Kvale, 2015:118f). Det er tidligere i projektet konstateret, at en del kvinder med stofbrug har været udsat for overgreb og andre traumatiserende oplevelser (Dahl & Pedersen, 2008:27:59). De andre to informanter har frivilligt og med det informerede samtykke indvilliget i at deltage, uden det på forhånd har været muligt for mig at vurdere hvorvidt der var risiko for retraumatisering. Dog har jeg i min interviewguide med vilje ikke spurgt ind til kvindernes barndom eller krænkende oplevelser, da dette ikke er

projektets fokus. Dog er der flere af informanterne, der gennem andre spørgsmål selv er kommet ind på barndomsoplevelser, hvilket jeg har forsøgt at imødekomme uden at invitere til at uddybende fortællinger om disse traumer (Brinkmann & Kvale, 2015:119).

På baggrund af forhåndskendskabet til området, er der en risiko for at engagementet kan blive en fejlkilde for de erkendelser man når frem til, men kan samtidig være en drivkraft og motivation (Nielsen & Repstad, 1993:23). Dette er en udfordring for rollen som forsker, når man skal balancere mellem professionel distance og den personlige relation (Brinkmann & Kvale, 2015:120). Da jeg kender til området, giver det en naturlig forståelse, og en viden om hvad man kan spørge ind til (Nielsen & Repstad, 1993:25), men for at undgå at erkendelsen bliver farvet af sympati for informanterne, har jeg forsøgt at lede efter udsagn der modsiger den forventning jeg havde til informanternes svar (Ibid:30). Undervejs i interviewene har jeg forsøgt at være venlig, uden at invitere til dybdegående, terapeutiske samtaler.

Min baggrund, mit arbejde med og min kontakt til stofbrugere i andre sammenhænge og min forståelse for stofmiljøet har givet mig adgang til at benytte en særlig jargon i forbindelse med mine interviews. Dette viser sig ikke nødvendigvis i selve interview situationen, men har i nogle tilfælde forud og efterfølgende givet mig adgang til at etablere kontakt til nogle af kvinderne, jeg har brugt som informanter (Brinkmann, 2014:39). Ulempen ved dette er, at der er en risiko for at dette kendskab har gjort mig blind overfor elementer, som udenforstående ville have medtaget. Desuden har mit køn, min alder og min status som mor givet nogle fælles platforme at tale ud fra, men det er også muligt at især min rolle som forælder, på nogle punkter har haft en negativ effekt på udtalelserne fra informanterne, da der samfundsmæssigt er en særlig normativ forventning til forældre, som kan være svær at efterkomme som nuværende eller tidligere stofbruger, og der derfor er nogle af kvinderne, som har været tilbageholdende med at udtale sig af frygt for, at jeg skulle dømme dem som værende mindre-egnede forældre.

Ud fra mit materiale synes det, at kvinderne har været villige til at tale om både positive og mindre positive aspekter af deres forløb, om end der er en overvægt af mindre flatterende fortællinger om oplevelser med de professionelle, mens kvinderne ofte fremhæver sig selv som villige samarbejdspartnere i forhold til de professionelle. Det er umuligt for mig at vurdere, hvorvidt og eventuelt hvor stor en part, kvinderne har i de samarbejdssituationer der er mislykkedes. Der er

derfor en mulighed for, at kvinderne bevidst eller ubevidst har sorteret i hvilke historier de har haft lyst til at dele med mig.

Efter denne gennemgang af indsamlingen af projektets empiri, vil det næste kapitel omhandle den teori, som jeg anvender i min analyse.



## Kapitel 4 – Teoretiske begreber

I det følgende vil jeg introducere de begreber jeg anvender i analysen af min empiri. Begreberne tager primært udgangspunkt i en interaktionistisk forståelsesramme. Projektet fokuserer på de relationelle oplevelser, kvinderne har med de professionelle, hvor de interaktionistiske elementer har deres berettigelse.

### Stigmatisering:

Erving Goffman beskriver stigma i forbindelse med det han kalder karaktermæssige fejl. Det kan diskuteres om stofbrug falder ind under karaktermæssig fejl, men i forhold til projektets genstandsfelt vælger jeg at lade det falde ind under, da den dominerende diskurs dikterer at stofbrug per definition er bedst at undgå, særligt i forhold til graviditet. Desuden dikterer gældende lovgivning at narkotika er forbudt, så ved indtag af stoffer er det vanskeligt ikke at overtræde loven, hvor lovovertrædelser i sig selv kan defineres om en karaktermæssig fejl. Stofbrugere, hvor omverdenen kender til deres stigma, kan risikere at blive opfattet som viljesvage eller uhæderlige (Goffman, 2009:46). Når et individ tilsyneladende ikke opfylder vores forventninger, hvis vedkommende for eksempel viser sig at indtage narkotika vil omgivelserne betragte ham ud fra hans tilsyneladende sociale identitet, hvilket betyder at fokus vil være på stofindtaget, snarere end på alt det andet dette individ også indeholder. Det er mellem diskrepansen mellem den tilsyneladende sociale identitet og den faktiske sociale identitet stigmatiseringen opstår, da individet ikke får mulighed for at fremvise andre, positive egenskaber. Stigmatiseringen vil ofte resultere i at andre undlader at vise respekt for de sider af personligheden som stigmatiseringen skjuler (Ibid:50). Dette giver i den sammenhæng som projektet tager udgangspunkt i, risiko for, at kvinderne er usikre på hvordan de professionelle vil identificere hende (Ibid:55). Dette kan i nogle situationer resultere i, at kvinden overkompenserer i kontakten med de professionelle (Ibid:56) for at bevise at de ER gode mennesker, og at de godt kan varetage omsorgen for deres børn, hvorved presset bliver endnu større for kvinderne i kraft af, at de må mobilisere endnu flere kræfter end andre gravide for at tilfredsstille de professionelle. I projektet viser kvindernes udsagn at de ofte oplever, at de på forhånd er blevet defineret som mindre værdige individer, og stigmatiseringen af dem har en direkte negativ effekt på deres kontakt og samarbejde med de professionelle. Stigmatisering i dette projekt vil derfor tage

udgangspunkt i kvindernes fortællinger om deres oplevelser af den forudindtaget kvinderne møder fra de professionelle i forbindelse med deres rolle som mødre og forældre. Kvinderne modsætter sig i nogle situationer stigmatiseringen, hvilket jeg vil forklare ved hjælp af det næste begreb: anvende det næste begreb som forklaring til:

### **Modmagt:**

Stigmatiseringsteorien mister sin forklaringskraft i situationer hvor kvinderne yder en form for modmagt mod stigmatiseringen. Derfor anvender jeg et begreb fra Howard Beckers teori om stempling, da der i nogle samspilssituationer mellem kvinderne og de professionelle ses en form for modmagt mod stemplingen. Dette kan ske hvis kvinden opfatter stemplingen og de regler hun stemples efter som uacceptable (Becker, 2005:36). Modsat stigmatisering er afvigelsen i stemplingsteorien ikke en egenskab ved individet, og heller ikke i selve den handling der begås, men derimod i interaktionen mellem den der udfører handlingen og de som reagerer på den (Ibid:35). Ved at det sker i et samspil, har det individ der stemples mulighed for at modsætte sig, hvilket ikke er tilfældet med stigmatisering hvor det er omverdenens afgørelse, hvorvidt et individ er stigmatiseret eller ej.

### **Kategorisering:**

For at kunne komme i kontakt med de professionelle, og de institutioner som disse mennesker arbejder i, er kvinderne på forhånd blevet kategoriseret som "sårbare gravide". Dette er for så vidt et vidt begreb, men i dette tilfælde betyder det at kvinden og kvindens stofbrug er i fokus, frem for alle de andre egenskaber kvinden indeholder (Goffman, 2009:44). Kategoriseringen understreger samtidig en central pointe i det sociale arbejde med gravide stofbrugere, nemlig at kvinderne af de professionelle forventes at skulle udvikles eller forandres (Mik Meyer, 2002:107). Kategoriseringen sker ud fra de strukturelle betingelser der forefindes indenfor det sociale- og sundhedsfaglige arbejde hvilket betyder, at det er systemerne der bestemmer hvilke kategorier der er mulige, da det er umuligt for et system at arbejde differentieret med alle aspekter af kvinden. Denne kategorisering har en stor betydning for kvindernes fortællinger, da de selv er bevidste om, at de bliver betragtet og behandlet ud fra en identitet som stofbruger, mere end en identitet som for eksempel nuværende eller kommende mor.

### **Roller:**

Goffman anvender i samspilssituationer begrebet roller. Her beskriver han, hvordan forskellige positioner i et relationelt samspil giver nogle forventninger hos begge parter til, hvordan denne rolle skal udfyldes hvilket betyder, at både de gravide stofbrugere og de professionelle må leve op til den sociale definition på deres rolle (Goffman, 2014:118). Rollerne i samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle, kan have visse komplikationer, da kvinderne ikke altid har samme opfattelse af sig selv, som de professionelle. Rollen som professionel har i interaktionen med kvinderne flere beføjelser, og derved også højere prestige (Ibid:218) end de gravide stofbrugere, hvilket også giver de professionelle større mulighed for at definere situationen på en bestemt måde, som er målet i enhver samhandling (ibid:123). Man kan tvinges til at indtage en rolle, som strider mod ens overbevisning (ibid:209), hvorved man kan drage paralleller til stigmatiseringens påvirkning af samspillet. For at kunne udføre en rolle korrekt i overensstemmelse med omgivelsernes forventninger, kan det være nødvendigt at foretage en informationsstyring (Ibid:171), da der kan forekomme disharmoni i rollefremføringen, som kan få konsekvenser for samspillet. Kvinderne i mit materiale bruger enormt meget energi på at udfylde rollen, som man forventer en (kommende) mor vil være. Desuden beskæftiger projektet sig med kvindernes opfattelse af de professionelles indtagelse af deres rolle, som kvinderne oplever den. For at kvinderne kan leve op til de professionelles forventninger, kræver det at kvinderne er villige til at indgå i et samarbejde, der som regel er rammesat af de professionelle. Det er vigtigt at understrege, at hverken de professionelle eller kvinderne selv vælger rollerne, men at rollefordelingen sker i relation til konteksten, hvilket betyder at de ikke kan handle frit (Mik Meyer, 2002:109).

### **Jeg-identitet:**

I fjerde del af min analyse, vil jeg i forbindelse med Goffmans stigma udvide begrebet ved anvendelse af jegidentitet, for at undersøge hvilke følelser den stigmatiserede har i forhold til omverdenen (Goffman, 2009:147). Ifølge Goffman har et stigmatiseret individ tilbøjelighed til at inddele sine "egne" i forhold til hvor åbenlyst og påtrængende deres stigma er (Ibid:148). Samtidig er der chance for, at den stigmatiserede udviser en identitetsambivalens, når vedkommende møder andre med samme stigma, som opfører sig stereotypt ved at understrege stigmaets negative egenskaber på en demonstrativ eller ynkelig måde. Dette vil muligvis frastøde

vedkommende, som på trods af sit eget stigma, stadig holder på de normer, der gælder i samfundet (Ibid:149). Dette forekommer også at være en strategi mine informanter anvender i forhold til andre gravide stofbrugere.

I det næste kapitel, efter at have præsenteret mine informanter, vil jeg bruge den teori, jeg har præsenteret i dette kapitel, til at analysere citater fra de interviews jeg har lavet med kvinderne.

## **Kapitel 5 – Analyse**

### **Præsentation af informanter**

Projektets tre informanter er på flere punkter sammenlignelige. Ingen af kvinderne er pt. tilknyttet arbejdsmarkedet på grund af fysisk eller psykisk sygdom. De har alle tidligere haft et stofbrug, dog af varierende omfang, men er alle på interviewtidspunktet ude af deres stofbrug.

Informant A er på interviewtidspunktet 43 år, og bor alene med to piger på 2,5 og knap 7 år. Er uddannet farmakonom, men har på grund af sygdom fået tilkendt førtidspension. Bor alene med børnene. Er tilknyttet familieambulatoriet igennem begge graviditeter, i den første graviditet skyldtes tilknytningen et tidligere illegalt forbrug af smertestillende, som ved barn nummer to er blevet lægeligt ordineret for at afhjælpe sygdomssymptomer. Interviewet i eget hjem.

Informant B er på interviewtidspunktet 40 år gammel, og har et barn på 5 og en på snart 13. Har tidligere været i lære som cater, men måtte stoppe dette på grund af fibromyalgi og er nu i gang med et ressourceforløb. Er 9 måneder tidligere gået fra børnenes far. Var i sin første graviditet tilknyttet stofbehandling, sygehus og kommunen på grund af et problematisk indtag af stoffer fra hun var 11 til hun som 25-årig stoppede med at injicere. Da hun er 4 måneder henne i sin første graviditet, stopper hun al indtag af narkotika. Interviewet på selvvalgt lokation.

Informant C er 27 år, og har 2 børn på henholdsvis 1,5 og knap 3 år, og er på tidspunktet for interviewet gravid med sit 3. barn. Har ikke færdiggjort 9. klasse, men skal efter graviditet og barsel starte et 2-årig kombineret praktik og skole forløb op. Bor sammen med faren til børnene, der arbejder som lastbilchauffør. Blev i sin 1. graviditet tilknyttet kommunen og familieambulatoriet på grund af sin opvækst, og et tidligere kortvarigt indtag af cannabis. Har selv ønsket at samarbejde med familieambulatoriet i de efterfølgende graviditeter. Interviewet i eget hjem.

### **Modstand**

I denne del af min analyse vil jeg forsøge at identificere, hvilke samarbejdssituationer kvinderne oplever som vanskelige. I mine interviews har alle kvinderne givet udtryk for, at der i bestemte sammenhænge mellem dem og de professionelle, har været situationer hvor de har oplevet, at samarbejdet har været truet, fordi de professionelle har haft en anden opfattelse af problemet og målet end kvinderne. Desuden er der ind imellem situationer, hvor kvinderne oplever at de ikke

kan være ærlige, og at de professionelle på forhånd har erklæret kvinderne uegnede som samarbejdspartnere.

Det skal retfærdigvis nævnes at på trods af, at alle kvinderne fortæller om dårlige oplevelser med de professionelle, har de samtidig alle tre positive oplevelser af samarbejdet. I alle forløb har der været indblandet en del forskellige aktører, da graviditet og stofbrug ofte er en kompleks størrelse. Dette forårsager altså også, at kvinderne på én gang har været i kontakt med professionelle, som de har oplevet som modstandere, nogle de skulle bevise noget overfor eller som de ikke har haft tillid til, samtidig med at andre professionelle – ofte fra andre institutioner, har givet kvinderne en oplevelse af, at de var der for kvindernes skyld, arbejdet imod det samme mål, forstået dem og lyttet til dem. Da dette ikke har været fokus for dette projekt, er det ikke medtaget i analysen, men jeg mener stadig det er vigtigt at understrege.

I det social- og sundhedsfaglige arbejde med gravide stofbrugere, forefindes en indiskutabel forståelse af, at kvinderne og deres fostre har brug for hjælp. Spørgsmålet er om den hjælp de tilbydes, reelt er den hjælp de har brug for (Mik-Meyer, 2002:121). Kvinderne udtrykker i mine interviews med dem, at de ikke altid oplever de professionelles indblanding som hjælp, snarere en forstyrrelse. Om det kan defineres som hjælp, når hjælpen på forhånd er defineret af andre end dem der skal modtage hjælpen, kan også diskuteres. Det kan umiddelbart være svært at tage imod en hjælp, man ikke har bedt om, men som nærmere virker påtvungen.

I det første citat, fortæller en af kvinderne om, hvordan hun har grebet det an, når hun har været utryk ved samarbejdet med de professionelle.

### **”Det går skidegodt”**

Her fortæller en kvinde om tilliden til de professionelle, og om hvordan det hun tænker og det hun siger, ikke nødvendigvis stemmer overens:

*A: Og jeg har følt at jeg skulle passe på hele tiden (...) Så når man kommer [til møde med de professionelle], så siger man: ”det går skidegodt”. Man står da ikke og [fortæller om] nogle problemer, hvis der var nogle problemer. Man står da og siger det går skidegodt. Det er ikke nogen man er fortrolige med, bestemt ikke, fordi de halshugger dig bagefter ... (A, 2018:6)*

Her fortæller kvinden om hvad, og hvor meget, hun er villig til at fortælle de professionelle, der er ansat på familieambulatoriet. Citatet illustrerer meget godt, hvilken opfattelse denne kvinde har

haft af de professionelle, og at hun ud fra dette, har haft bevidste intentioner om at undgå at indvi de professionelle i eventuelle problematikker, der måtte være omkring hendes situation, graviditet eller andre forhold, der kunne påvirke de professionelles opfattelse af hende i rollen som mor.

Dette er et godt eksempel på den informationskontrol, kvinden mener hun nødvendigvis må udføre, for at kunne leve op til de professionelles forventninger til hende, da det er vigtigt for hende og hendes situation, at hun udfylder rollen, så hun lever op til de officielt anerkendte værdier som forælder. Dette betyder, at kvinden bliver nødt til at sortere de elementer af sit liv fra, som ikke lever op til dette. Det kan for eksempel betyde at kontakten med faderen, gamle venner eller færdsel i et miljø, hvor der er risiko for kontakt med narkotika, kunne være informationer, som kvinden vil sortere fra i sine samtaler med de professionelle.

Dette vidner også om at der kan være en forventning fra kvindens side om, at selv "almindelige" problemer, som ikke nødvendigvis har noget at gøre med hendes baggrund, ikke er noget hun kan diskutere eller samarbejde med de professionelle om. Kategoriseringen af hende som en kvinde, der har behov for hjælpe- og kontrolforanstaltninger for at sikre hendes barn, påvirker altså hendes tillid til, at de professionelle kan, eller vil, hjælpe hende. Kvindens kamp for at leve op til rollen som ansvarlig mor, betyder altså at hun helst undgår at gå i dialog med de professionelle, da hun har en forventning om at det vil skade hende (eller hendes kontakt til sine børn). Derimod giver hun udtryk for at ethvert problem der måtte opstå, vil være risikabelt for hende at bringe på banen, og understreger samtidig den ikke-eksisterende tillid hun har til de professionelle, der er ansat i familieambulatoriet, hvilket man kan forvente vil vanskeliggøre samarbejdet.

Der er i samarbejdet mellem kvinderne og de professionelle en asymmetrisk magtrelation, samtidig med at magten i det sociale arbejde udspiller sig som støtte, hjælp, omsorg og opdragelse (Mik-Meyer, 2002:108). Den ulige magtfordeling er sjældent eksplicit pointeret af hverken kvinden eller de professionelle, da det virker naturligt at kvinderne på grund af deres stofbrug bør være villige til udvikling og forandring af deres personlighed.

Dette citat er derfor essentielt i forhold til, hvordan og om disse kvinder kan hjælpes. Som hun udtrykker det, oplever hun forløbet som en større belastning end en hjælp, og hvis hun samtidig ikke tror på at de professionelle kan yde hende hjælp, men derimod oplever dem som

modstandere, betyder det at familieambulatoriets intentioner om samarbejde med kvinden mildt sagt ikke bliver indfriet. Som kvinden udtrykker det her, virker det til at enhver kontakt er vanskelig, fordi hun hele tiden skal holde facaden og ikke kan udtrykke sig, uden at hun skal være bange for hvad det medfører, og på den måde skal yde en ekstra indsats som "ikke sårbare gravide" ikke behøver.

Dette er en interessant problematik, da det hænger dårligt sammen at man på én gang kategoriserer nogen som "sårbare", og hvilket i ordets betydning burde betyde, at de får ekstra hjælp og støtte, hvis det så samtidig kan opleves som at man skal overkompensere og bevise at man er værdig til forældrerollen. Ambitionen om at skulle fremstå fejlfri er for de fleste umuligt, og hvis man så samtidig har nogle udfordringer der bevirker at man er kategoriseret som "sårbar", må det kræve ekstra meget at udfylde rollen som perfekt forælder. Der er altså et paradoks imellem de professionelles kategorisering af kvinden overfor den rolle kvinden selv oplever at skulle udfylde. Særligt når kvinden ikke tør fortælle om de vanskeligheder, hun eventuelt kunne have.

Kvinden fortæller i det næste om hendes oplevelse af de professionelles holdning til hende.

### **"Jeg tager ikke, jeg får..."**

Her fortæller kvinden om, hvordan hun oplever de professionelle har taget imod hende, samt hvordan hun opfatter deres syn på hende:

*A: ... Jeg følte mig krænket som person, som et voksent menneske følte jeg mig krænket, altså krænket på den måde, at man bliver undersøgt på. Du ved, når der bliver snakket til en så jeg synes de laver trickspørgsmål... det der eksempel med at nævne hver gang "hvordan går det med far?" for ligesom at undersøge hvor meget kontakt er der, ikke? Og hvor jeg siger: "jamen det ved jeg da ikke". Så på den måde har jeg følt mig krænket, det der med at man virkelig skal bevise noget når man så er der, fordi hele afdelingen ved jo hvorfor man er der. Og jeg oplevede jo... at der kom en sygeplejerske [og sagde]: "nååårh... du tager metadon". Og hvor jeg så siger: "jeg tager ikke, jeg får" ... (A, 2018:8)*

Kvinden fortæller om, hvordan hun i en samtale med de professionelle ikke føler sig anerkendt, men derimod har opfattelsen af, at de forsøger at snyde hende. Samtidig understreger dette, hvordan kvinden igennem sit indtag af metadon har oplevet stigmatisering fra de professionelle.



Stigmatiseringen af kvinden får i dette citat indflydelse på hendes oplevelse af samarbejdet og de professionelle, da hun fortæller, at hun føler sig krænket som voksent menneske. Hun betegner kontakten med de professionelle ved at fortælle, at hun føler hun bliver undersøgt. Dette indikerer, at hun ikke oplever kontakten med de professionelle som værende respektfuldt, hvilket man ville forvente kontakten mellem voksne mennesker ville være i andre sammenhænge. Stigmatiseringen forhindrer hende altså i at opnå den respekt, hun mener at have krav på.

De professionelles undersøgelse stopper ikke ved hendes person, da hun også fortæller, at de er optaget af kvindens kontakt med børnenes far. Kvinden giver igennem interviewet udtryk for, at kontakten til faderen er minimal, og derfor ikke udgør et problem, men alligevel spørger de professionelle gentagne gange ind til det. Det giver hende fornemmelsen af, at deres fokus på faderen er en test af hende og en måde hvorpå de professionelle kan konkludere, om hun er egnet som forælder. Dette kan hænge sammen med at kvindens bevidsthed om, at andre primært opfatter hende som tidligere stofbruger, hvilket hun kan frygte vil have en negativ effekt på den måde hun bliver identificeret på. Kvinden giver desuden direkte udtryk for, at det er hårdt arbejde for hende at være i nærheden af de professionelle, fordi hun så hele tiden skal bevise noget.

Det sidste udsagn hvor kvinden fortæller, at hun har oplevet en sygeplejerske konstatere at hun "tog metadon", hvorefter kvinden retter hende til at det er ikke noget hun tager, det er noget hun får, viser tegn på at kvinden føler sig stigmatiseret ved den udtalelse. At hun ikke ønsker at blive set som en der tager noget, men derimod på grund af hendes somatiske tilstand er en, der modtager hjælp. Hendes gensvar til sygeplejersken kan også ses som en form for modmagt mod stigmatiseringen af kvinden, der ikke accepterer at blive set på som en der tager, og derfor retter sygeplejersken ved at svare, at metadonen er noget hun får.

Hele citatet vidner om en sensitivitet i forhold til de professionelles måde at formulere sig på. At hun betegner deres spørgsmål som "trickspørgsmål" giver indtryk af at hun ikke oplever et samarbejde, men mere en generel kontrol af hende som individ. Det er også en forstyrrelse af samarbejdet, at kvinden føler, at de professionelle forsøger at snyde hende, og at deres syn på hende som en der tager i stedet for at være værdig til at modtage, forstærker den negative oplevelse kvinden har af de professionelle. Citatet viser også den gennemgående mistillid hun har til de professionelle, og hvordan det, der som udgangspunkt er ment som et forsøg på at hjælpe,

primært kvindens barn og sekundært kvinden, ikke af kvinden får status som hjælp, men derimod opfattes som tydelige tegn på den kontrol, der samtidig er en del af det sociale arbejde i forbindelse med gravide stofbrugere. Denne kontrol kan for nogle gravide stofbrugere opleves som en barriere for samarbejdet, da de oplever at kontrollen forhindrer, at der tages højde for kvindens kompetencer (Dahl & Heckscher, 2007:79), hvilket dette citat vidner om kunne være medvirkende årsag til samarbejdsvanskeligheder i denne situation.

For at forstå en af de største problematikker omkring kontakten mellem professionelle og gravide stofbrugere, er det først og fremmest vigtigt at huske på at kvinderne i deres bevidsthed under hele forløbet, har været på vagt, fordi de har været bange for, om de ville få lov at beholde deres barn. Her er det vigtigt at understrege, at kontakten med det offentlige under en graviditet ofte er forbundet med angsten for at miste barnet, særligt fra grupper, som er defineret som udsatte, hvilket oftest er dem som risikerer at få fjernet deres børn (Harder & Nissen, 2015:247).

Kvinden, som har udtalt sig indtil nu, har ikke i mit interview givet udtryk for, at hun i sin graviditet er blevet forelagt den konsekvens, at hun kunne risikere at miste sit barn, selvom frygten har været til stede.

Den næste kvindes oplevelse tager udgangspunkt i, at den første kontakt hun har med kommunen i forbindelse med sin graviditet, med det samme giver udslag i, at sagsbehandleren er klar til at tvangsfjerne barnet fra fødslen.

### **"Væk fra mor"**

Denne kvinde fortæller her om hendes oplevelse af forbindelsen mellem hende og de professionelle hun har været i kontakt med. Særligt den kommunale sagsbehandler, som har været tovholder og beslutningstager i kvindens forløb. Følgende citat viser, hvordan målet for samarbejdet mellem gravid stofbruger og professionelle, kan tage sit udgangspunkt to vidt forskellige steder.

*B: Jamen (...) mit fokus var, at nu skulle jeg bevise at det kunne jeg godt, fordi for ingenting i verden skulle jeg da miste min datter, altså selvfølgelig skulle jeg ikke det, (...) jeg var klar til det.*

*K: (...) De professionelle, havde de samme fokus?*

*B: Altså (...) de havde fokus på at barnet skulle have det bedst.... Væk fra mor.*

*K: Væk fra mor?*

*B: Ja. (B, 2018:5)*

Da jeg spørger kvinden, hvor hendes fokus lå henne i hendes graviditet fortæller hun, at det vigtigste var, at hun fik bevist, at hun var i stand til at passe godt på sin datter, fordi datteren skulle have det så godt som overhovedet muligt. De professionelles interesse for barnets ve og vel stemmer fint overens med kvindens, bortset fra at de som udgangspunkt mener, at det bedste for barnet vil være at vokse op et andet sted end hos sin mor.

Jf. tidligere afsnit om samarbejde, viser dette et tydeligt eksempel på, hvordan der ikke er blevet opnået en rimelig "samarbejdsaftale" (Hutchinson & Oltedal, 2003:92). Det kan hjælpe med at forstå, hvordan kvindens forhåbning og forventning til samarbejdet ikke opfyldes. I opstarten af denne kvindes graviditetsforløb, bliver det tydeligt fra kvindens perspektiv, at de ikke samarbejder hen mod det samme mål. Det eneste de, ifølge kvinden, er enige om er, at det er barnets tarv der er i centrum. Derudover tyder kvindens udtalelse på, at der ikke er konsensus i forhold til hvem der skal drage omsorg for barnet. Ifølge Shulman har de professionelle i dette tilfælde fejlet i forhold til at skabe fundament for samarbejdet, da kvinden ikke oplever de professionelle som empatiske, snarere tværtimod, og det er heller ikke lykkedes for de professionelle at få kvinden til at få den oplevelse, at de er villige til at dele følelser med hende (Shulman i Hutchinson & Oltedal:116ff).

Det kommer frem i interviewet at kvinden oplever, at det er denne holdning de professionelle har allerede fra start, og de professionelles holdning til hende som forælder kan ses som en tydelig stigmatisering af hende som person.

I kraft af kvindens kontakt til det offentlige system, må hun nødvendigvis acceptere en rolle som en person der har problemer, som kan afhjælpes gennem denne kontakt. Kontakten er skabt på baggrund af kvindens rolle som gravid stofbruger. Denne rolle indebærer en adfærd, som ikke stemmer overens med samfundets normer. Det er de professionelles opgave at få kvinden til at acceptere at hun skal handle anderledes, hvilket betyder at hun skal arbejde hen imod at overholde de samfundsskabte normforventninger der er til mødre. Problemet her er, at der ofte fokuseres mere på kvinden som individ, end på de livsbetingelser hun har (Järvinen & Mik-Meyer,

2003:12), for eksempel hendes socioøkonomiske baggrund, muligheden for job og uddannelse eller familiære netværk, hvilket ofte er begrænset (Dahl & Hecksher, 2007:60).

Citatet viser, at kvinden ikke oplever den professionelle, som en der er interesseret i at hjælpe kvinden, men udelukkende koncentrerer sig om barnet. Kvinden oplever, at hun på forhånd inden barnet er blevet født, bliver defineret som en der ikke kan, og heller ikke kommer til, at kunne varetage omsorgen for sit barn. I denne situation kan der dårligt være tale om en egentlig samarbejdssituation, da der som udgangspunkt fra de professionelle ikke var lagt op til et samarbejde. Det er i øvrigt vanskeligt at forestille sig, at oplevelsen af at være udelukket på forhånd, nogensinde vil kunne betragtes som starten på et ligeværdigt samarbejde.

Med udgangspunkt i den dom, sagsbehandleren har givet kvinden, fortæller kvinden om de ting hun kunne have ønsket sig fra de professionelles side, samt hendes løsning på den planlagte tvangsfjernelse.

### **”Uegnet som forælder”**

Her fortæller kvinden uddybende om sin opfattelse af den sagsbehandler, der er ansvarlig for hendes graviditet, samt hvordan kvinden oplever denne sagsbehandler udfylde sin rolle.

*K: Hvad ville du gerne kunne have været anderledes i det her forløb?*

*B: Jamen jeg ville godt have haft noget mere rådgivning og noget mere støtte, og måske en sagsbehandler som rent faktisk havde sat sig ned og lyttet til hvad jeg fortalte, og havde været mere støttende omkring min situation*

*K: Var det (...) gennemgående hele graviditeten at hun (...) var klar til at fjerne barnet?*

*B: Hun var bare en møgso. Jamen altså, jeg havde jo så faderen til barnet med, og jeg havde hans mor med, og jeg vidste jo godt at man dengang også arbejdede lidt med det her med, at man skal gøre hvad man kan, for at barnet kan blive, og jeg vidste jo der var de her børne/familie centre, du ved... Så, så jeg slog rimelig koldt og kontant ned på, at hun måtte jo give mig en chance altså. Så måtte hun jo sende mig sådan et sted hen hvis det var det, der var nødvendigt, og så måtte jeg jo bevise, at det kunne jeg godt, at det magtede jeg godt. Og det endte faktisk med, at jeg fik en ny sagsbehandler. (B, 2018:2)*

Kvinden her fortæller, hvordan hun har manglet informationer om sine muligheder i forbindelse med sin graviditet, og hvordan hun har oplevet at sagsbehandleren har været uvillig til at informere og til at lytte til de ting kvinden fortalte. Herefter fortæller hun, at hun har været klar over, at det er muligt at få et ophold på et mor/barn hjem, hvor der er professionelle der sikrer at man er i stand til at drage omsorg for sit barn. Til slut fortæller kvinden, at hun igennem forløbet fik tildelt en ny sagsbehandler.

Dette viser også et eksempel på de konsekvenser, der følger med i forbindelse med de professionelles stigmatisering af kvinden, nemlig at hun er uegnet til at tage vare på sit kommende barn. Hvis kvinden havde accepteret de professionelles vurdering af hende og havde godtaget stigmatiseringen som værende gyldig, ville barnet have været fjernet fra fødslen. Med alt sat i spil anvender hun muligheden for modmagt, og modsætter sig de professionelles forestilling om, at hun ikke skal beholde barnet og kommer selv med et forslag, som efter skiftet til en ny sagsbehandler resulterer i, at hun får en chance for at bevise at hun godt kan være forælder.

I starten af citatet fortæller kvinden, at hun har manglet nogen til at guide hende i forløbet, og samtidig nogen som har haft interesse i at høre hvad hun siger. Kvindens egen opfattelse af sig selv kan forklares ved, at hun oplever sig selv være blevet forkastet som en mulig samarbejdspartner, hvor hun ikke har oplevet at den professionelle har haft interesse i at informere eller lytte til kvinden. Dette illustrerer kvindens oplevelse af, at der har været mangel på dialog mellem hende og sagsbehandleren i jagten på en løsning på kvindens situation (Järvinen & Mik-Meyer, 2003:17). Kvindens forslag om ophold på mor/barn hjem kan ses som et forsøg på at indtræde i en rolle, som en værdig samarbejdspartner der er villig til at indgå i nogle foranstaltninger, for at bevise sit potentiale som forælder.

Dog er det, fra kvindens perspektiv, de professionelle, der ikke lægger op til et samarbejde, men på forhånd har besluttet, at hun ikke er i stand til hverken at blive inddraget i sagen, evner at samarbejde og i hvert fald ikke skal drage omsorg for sit kommende barn.

Denne del af analysen leder frem til følgende delkonklusion:

### **Delkonklusion**

Der er flere aspekter i samarbejdssituationerne, som fra kvindernes perspektiv er vanskelige. Først og fremmest det forhold, at kvinderne i flere situationer slet ikke oplever at blive betragtet som

samarbejdspartnere af de professionelle. Kvinderne oplever også, at de professionelle sprogligt vil forsøge at snyde dem til at svare på ting, og derfor føler kvinderne at de kan være nødt til at lade som om alt er godt, fordi de er bange for konsekvenserne fra de professionelle, hvis de fortæller sandheden. Det giver kvinderne et negativt syn på de professionelle, som ikke bidrager til et godt samarbejde. Desuden er der et eksempel på, at de professionelle helt har udeladt kvinden i samarbejdet, og på forhånd har truffet beslutninger angående kvinden og hendes barn, hvor kvinden ikke bliver medinddraget, hørt, støttet eller rådgivet, hvilket er problematisk i en samarbejdssituation.

### **Manglende information**

Igennem mine interviews med kvinderne, blev det tydeligt at de ofte oplevede, at der var noget som ikke blev sagt, eller ting de selv skulle gætte. Denne usikkerhed har for alle kvinderne haft en stor betydning, da de ikke har været klar over hvad de kunne forvente, eller hvad de professionelle har tænkt og planlagt. I denne del af analysen vil jeg undersøge hvornår og i hvilken sammenhæng, der opstår problemer i kontakten mellem de gravide stofbrugere og de professionelle. Kommunikationen mellem de to parter er afgørende for samarbejdet og for kvindernes mentale og deraf også fysiske velbefindende under graviditeten.

For at kunne foretage valg, er det vigtigt at man gør det på et oplyst grundlag, hvilket er en af grundstenene i det sociale arbejde, hvor dokumentation, handleplaner, observationer og samtaler om og med kvinderne gerne skulle bidrage med perspektiver, der afdækker hvor og hvordan man hjælper bedst muligt. Her forventes det, at kvinden bidrager ved at fortælle åbent og ærligt. I mit materiale viser det sig, at kvinderne tit sidder overfor de professionelle, uden at ane hvad der foregår eller hvad planen er. De professionelle er, bevidst eller ubevidst, tilbageholdne med at kvittere med den viden de, som professionelle, sidder inde med og som kunne hjælpe kvinderne. Det oplyste valg er altså en fordel kvinderne sjældent har.

I det første citat, fortæller en kvinde om hendes ønske til de professionelle om at være bedre til at afgive informationer til hende, så hun ved hvad hun skal forholde sig til:

### **”Stormøde”**

*C: (...) Man skal ikke være så bange for det. Altså det jeg faktisk godt kunne have brugt, det var der i starten da det var det kom ind over (...) jeg ville godt have haft mere om hvad familieambulatoriet de egentlig var, og deres samarbejde med kommunen og sådan noget, altså*

*mere sådan, hvem er de og altså, man kunne lige have holdt sådan et møde i starten (...) Så man ikke går og er så skidebange (...) Og så kunne det bare være rart at man havde det lige i starten, inden alt det gik i gang (...) Der er rigtig mange inde over, så det kunne være rigtig rart hvis man havde sådan et stormøde til at starte med. (C, 2018:18f)*

I forbindelse med opstart af et forløb med gravide stofbrugere, er det oftest kutyme at invitere alle de professionelle med, som har en kontakt med kvinden eller forventes at få det. Det vil som regel betyde at der er kontakt til læge, jordemoder, socialrådgiver og evt. psykolog fra familieambulatoriet, samt den socialrådgiver fra kommunens børne-unge forvaltning. Derudover kan der være behov for kontakt til misbrugskonsulent, kontaktperson fra jobcenteret, sundhedsplejerske og så videre. Dette betyder, at kvinden har rigtig mange mennesker, med rigtig mange forskellige funktioner, at forholde sig til. Familieambulatoriet afholder stormøder, hvor alle involverede parter inviteres til at koordinere indsatsen omkring kvinden (Olofsson, 2010:58).

Det er ofte et puslespil at få enderne til at nå sammen, når mange forskellige mennesker fra mange forskellige institutioner skal mødes. Når man læser familieambulatoriets interventionsmodel, ser det ud til at der afholdes flere stormøder gennem graviditeten. Dog er der også beskrevet at der i nogle tilfælde afholdes møder uden kvinden, men hvor kvinden inden informeres om formålet og efterfølgende om resultatet af mødet (Ibid).

Kvinden i citatet har, i sin første graviditet, oplevet at dette stormøde blev afholdt meget sent i graviditeten, hvilket har betydet, at hun løbende har mødt de forskellige professionelle, uden at have haft et overblik over, hvad formålet har været, og hvem der har haft til opgave at gøre hvad. I mit interview med denne kvinde kom der ingen argumenter eller forklaringer frem på, hvorfor der blev afholdt stormøde så sent i graviditeten. Dog er det tydeligt at det har været medvirkende årsag til, at kvinden har følt sig utryk og usikker på situationen hvilket hun også understreger, nemlig at det kunne have været rart med et møde tidligere, så man ikke går og er bange.

Kvindens generelle oplevelse er, at andre opfatter hende som anderledes og fortæller selv om situationer som har medvirket til hvorfor det er sådan, for eksempel ved deltagelse i "God familiestart"<sup>2</sup>. Ved at have denne fornemmelse af, at man som stofbruger er stigmatiseret, og ikke

---

<sup>2</sup> Fødsels- og forældreforberedelse til alle førstegangsfødende

er som alle andre, kan bevirke at man kommer til at føle sig usikker på hvordan andre vil opfatte en. I dette tilfælde ved kvinden altså ikke før meget sent i et forløb, som har en meget stor betydning for hende som kommende mor, hvordan de professionelle ser på hende. Dette giver også en vis usikkerhed omkring hvilken rolle de professionelle forventer hun udfylder, hvilket i sig selv kan skabe en utryghed. Hun ved heller ikke, hvorvidt hun får lov at beholde sit barn eller ej. Det er et temmelig voldsomt pres, og kvinden fortæller også i interviewet om andre, som på grund af denne usikkerhed og utryghed ved de professionelles agenda falder tilbage, og som på trods af graviditeten ender i stofbrug igen. Det er tillige problematisk, at kvinden igennem sin graviditet har været til samtaler med mange forskellige, og afgivet informationer om sig selv, uden at have en fornemmelse af hvad disse informationer anvendes til. Denne fremgangsmetode de professionelle anvender, kan i sig selv ses som en form for stigmatisering, da de færreste mennesker i andre situationer vil være villige til at fortælle personlige ting om sig selv, uden at vide hvad disse informationer skal anvendes til.

Uanset om det er et tilfælde (som det muligvis er i eksemplet med denne kvinde) eller intentionelt fra de professionelles side, kan det at blive udelukket fra samarbejdet<sup>3</sup> være en reel trussel mod kvindernes velbefindende, da det så primært bliver de professionelle der sætter dagsordenen, og kvinden på forhånd er diskvalificeret som samarbejdspartner på grund af de professionelles stigmatisering af hende, hvilket kan øge den angst kvinderne oplever i forbindelse med den potentielle trussel om at miste deres barn. Ved at det er de professionelle der alene afholder møderne bliver det også dem der har muligheden for at definere situationen ud fra den kategori, de nu mener kvinden tilhører med dertil tilhørende løsningsmodeller. Her opstår altså et paradoks, når de professionelle af hensynet til kvinden vælger at udelukke hende fra møderne (jf.

---

<sup>3</sup> Når det i nogle tilfælde anbefales, at kvinden ikke deltager i den tværfaglige konference, har det sin baggrund i erfaring med, at det i specielle tilfælde er mest hensigtsmæssigt, at mødet foregår som et arbejdsmøde mellem de professionelle. Dels kan det være meget belastende for en kvinde i en presset situation at sidde til møde med så mange forskellige personer, hvor der både tales om fortid, nutid og fremtid. Dels har det vist sig, at mange af de professionelle er mere tilbageholdende med at fremlægge deres kendskab til kvinden og hendes familie, når hun er til stede. Det kan i værste fald få den konsekvens, at kvinden og hendes barn ikke får tilstrækkelig hjælp og støtte, fordi beslutningerne er truffet på et ikke fyldestgørende grundlag. En yderligere erfaring er, at kvindens partner også ønsker at deltage, hvis kvinden skal deltage. Ofte har partneren, barnefaderen, betydelige problemer både aktuelt og i sin baggrund, og ofte har parret ikke kendt hinanden i særlig lang tid. Mange har af forskellige grunde ikke oplyst partneren fyldestgørende om fortiden, hvorfor der under en sådan konference kan fremkomme belastende oplysninger om den anden part (Olofsson, 2010:58).



Olofsson), hvor det af kvinderne selv kan opfattes som en ekstra stress faktor ikke at få mulighed for personligt at medvirke til møderne.

I dette tilfælde har det været problematisk for kvinden, ikke at have haft mulighed for at danne sig et overblik over de professionelle, planen eller forløbet, men har modtaget alting i fragmenterede bidder undervejs på et tidspunkt i sit liv, hvor hun i forvejen har været stresset over sin kommende rolle som mor, samtidig med at hun har gået med angsten for at miste sit barn.

### **"Bag om ryggen"**

En anden variant af ikke at vide, hvad der foregår, kommer til syne i dette:

*K: [Det lyder som om] du har løbet meget til det ene og det andet, og uden at der så er nogen der har snakket sammen?*

*B: Ja. Men det har de måske, men så har det været bag min ryg (...) Jeg er ikke blevet orienteret. Nej, det var meget sådan: "Nu skal du til sagsbehandler møde, nu skal du møde op på stofbehandling, nu skal du op på sygehuset" (...) Og så kan man sige dengang jeg begyndte på sygehuset så var det ikke så meget stofbehandling for nu var sygehuset og stofbehandling, hende der, hun var nede fra stofbehandling, [hvor] hun arbejdede. Jamen så snakkede hun med sagsbehandleren uden mig (...)*

*K: Du blev ikke orienteret om, hvad der foregik?*

*B: Nej, så jeg gik rundt med den der konstant: "Jamen hvad fanden foregår der bag ryggen på mig, hvad finder de på?!" Og som stofmisbruger har du den der: "Uhhh autoriteter det er ikke godt (...) de tager røven på en, de... Altså den sidder man med, når man er misbruger, det kan man sgu ikke undgå, så (...) man går og kigger sig over nakken hele tiden ikke, for lige at [se] "hvad fanden foregår der nu?" Og man er i forsvarsposition hele tiden. Og så er det også svært at arbejde med, fordi man tit kommer til at arbejde lidt imod ikke, uden at man er bevidst om det. (B, 2018:10)*

I interviewet spørger jeg ind til, om kvinden har haft en oplevelse af, at de professionelle har samarbejdet med hinanden. Hun svarer, at det ved hun ikke, men hvis de har, så har det været bag hendes ryg, hvilket hun igennem forløbet har haft en klar fornemmelse- eller forventning om- er sket. Samtidig understreger hun, at fordi hun ikke er blevet oplyst om, hvad der foregår, er der en

risiko for at hun har modarbejdet, da der fra hendes perspektiv ikke har været en klar rød tråd i samarbejdet eller en retning for hvor samarbejdet var på vej hen.

Selvom dette ikke umiddelbart ligner den situation som kvinden i det første citat beskriver, nemlig ønske om et stormøde meget tidligere i forløbet, er mekanismerne de samme og det er derfor muligt at drage paralleller.

Som i tilfældet med den første kvinde, giver kvinden i dette citat stærkt udtryk for, at det kunne have været hjælpsomt for hende, at de professionelle havde været mere informative i deres kontakt med hende.

Citatet har elementer af den stigmatisering, som stofbrugere beretter om. Hun er ikke blevet inviteret ind til møder, eller andre former for samarbejde, men er derimod blevet sendt rundt fra Herodes til Pilatus, i et forsøg på at leve op til de professionelles forventninger, forventninger som desuden har været uklare for kvinden. Kvindens fortælling vidner om en oplevelse af, at hun på grund af sit stofbrug, ikke er blevet anset som en ligeværdig samarbejdspartner, men derimod regnet for en det ikke har været nødvendigt at samarbejde med.

Denne oplevelse af ikke at være til stede eller have en bevidsthed om, hvad de professionelle foretager sig, tror og tænker har som den første kvinde, også givet denne kvinde en følelse af utryghed, og har betydet at hun konstant har følt sig nødsaget til at være på vagt, da hun har været usikker på, hvad de professionelle har kunnet finde på. Der er i det sociale arbejde ofte en tendens til, at de professionelle træffer deres beslutninger på et grundlag, som ikke er tydeliggjort for de mennesker der menes at have brug for de sociale indsatser (Mik-Meyer, 2002:122). Det betyder, at det kan være svært for kvinderne at gennemskue, hvad de professionelle vil, og hvorfor, hvilket samtidig forårsager, at det kan være svært at have et reelt samarbejde, da der fra kvindernes synspunkt ikke er tydeliggjort hvilken rolle de professionelle har, eller hvilken rolle de professionelle forventer kvinden indtræder i.

Det har naturligvis indvirkning på samarbejdet, når kvinden ikke oplever at hun overhovedet bliver betragtet som en samarbejdspartner, men blot er genstand for de professionelles kategorisering og efterfølgende objekt for diverse indsatser. Desuden har tidligere dårlige erfaringer med autoriteter i forhold til det at være stofbruger haft en negativ effekt. Det er tydeligt, at det er problematisk når de professionelle ikke får skabt en rød tråd i forløbet, samtidig med at kvinden

går rundt med en fornemmelse af, at der foregår noget bag hendes ryg, som hun ikke er værdig til at blive inddraget i.

I det næste citat vil jeg give endnu et eksempel på, hvordan manglen på information til kvinderne kan komme til udtryk, og hvad den i yderste konsekvens kan risikere at betyde, ikke kun for kvinderne, men også for deres børn.

### **”Mulighederne blev IKKE diskuteret”**

Alle de kvinder jeg har talt med, har udtrykt at det absolut mest forfærdelige de kunne forestille sig, de professionelle kunne finde på, var at tage deres børn fra dem.

*K: har du nogle eksempler på (...) hvor du (...) virkelig har følt dig presset?*

*B: Ja, masser. En af de første møder jeg havde med sagsbehandleren nede på Holstebro kommune børne-familieafdelingen, hun sagde til mig at nu havde de fundet en (...) adoptionsfamilie til mit barn! (...) Ja, så de ville fjerne barnet når barnet blev født, og der var IKKE blevet diskuteret hvad muligheder jeg havde, altså... (B, 2018:1)*

Her fortæller kvinden, at hun i den tidlige fase af sin graviditet til et møde med sin socialrådgiver, blev oplyst om, at planen var, at barnet skulle fjernes efter fødslen, uden at kvinden blev informeret om andre løsninger eller måder at forhindre det på.

Ifølge retssikkerhedslovens §4 og §5<sup>4</sup> er kommunalbestyrelsen forpligtet til at inddrage kvinden i behandlingen vedrørende hendes sag. De er derudover forpligtet til at yde vejledning og rådgivning i forhold til hvilke muligheder der eksisterer i forhold til sagen.

Kvindens oplevelse vidner om de omfattende konsekvenser, det kan have for et individ at være stigmatiseret. Kvindens tidligere omfattende stofbrug får i begyndelse af hendes graviditet vidtrækkende konsekvenser for samarbejds muligheder med de professionelle. Som tidligere

---

<sup>4</sup> § 4. Borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger behandlingen af sagerne på en sådan måde, at borgeren kan udnytte denne mulighed.

§ 5. Kommunalbestyrelsen skal behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter den sociale lovgivning, herunder også rådgivning og vejledning. Kommunalbestyrelsen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed eller efter anden lovgivning.

stofbruger har hun fejlet i sociale sammenhænge, ved at udvise en ikke-respekteret adfærd. Dette betyder, at hun oplever at blive håndteret af de professionelle, som en der ikke kan varetage omsorgen for sit barn

Det kan også illustrere de risici der medfølger, hvis man ikke formår at opfylde sin rolle tilstrækkelig korrekt, at der på et tidspunkt er nogen der fornemmer at noget ikke er (eller har været) som det skal være. Denne uregelmæssighed i ens rollefremføring kan resultere i, at man mister muligheden for at blive accepteret som ligeværdig samarbejdspartner, hvilket kan forårsage at de professionelle ikke ser anledning til at diskutere andre muligheder, som kvinden i citatet oplevede.

Kvindens oplevelse er også ganske problematisk set i lyset af lovgivningen, som direkte dikterer at der skal være mulighed for at medvirke til behandlingen af egen sag. Dette er ikke sket i samspillet mellem kvinden og hendes første sagsbehandler, tværtimod, hvorved sagsbehandlerens stigmatisering af kvinden bliver tydelig.

Endnu engang bør man fremhæve, hvordan kvinden understreger, at hun masser af gange igennem sin graviditet har følt sig presset. Denne oplevelse gentager sig altså hos flere af kvinderne. Kategoriseringen, hvor de professionelle forsøger at få kvinderne til at passe ind i systemet bevirker altså, at kvinderne kan risikere at føle sig pressede. En af forklaringerne kan være, at de tiltag der er skabt for at hjælpe kvinderne, ikke levner plads til at kvinderne selv har mulighed for at medvirke i eller påvirke forløbet. Disse elementer skaber altså også vanskeligheder i samarbejdet mellem kvinderne og de professionelle.

Det har naturligvis indvirkning på samarbejdet, når kvinden ikke oplever at hun overhovedet bliver betragtet som en samarbejdspartner. Desuden har tidligere dårlige erfaringer med autoriteter i forhold til det at være stofbruger haft en negativ effekt. Det er tydeligt, at det er problematisk når de professionelle ikke får skabt en rød tråd i forløbet, samtidig med at kvinden går rundt med en fornemmelse af, at der foregår noget bag hendes ryg, som hun ikke er værdig til at blive inddraget i.

### **”Hvis man ikke kender lovgivningen”**

I tråd med ovenstående citat, bliver det her igen understreget, at det kræver meget fra kvindernes side at være i kontakt med de professionelle under en graviditet. I dette citat fortæller denne kvinde om vigtigheden af at kende lovgivningen, når man er i kontakt med de professionelle.

*A: Nej, det jeg ville sige det er, at jeg synes familieambulatoriet, det er nogle skrækkelige mennesker der arbejder der, fordi jeg synes VIRKELIG at de stresser de vordende mødre meget mere end de skulle og det er et ENORMT stort pres man er udsat for når man går der, og jeg tænker sådan en ung pige, førstegangsfødende, der har haft en fortid eller et misbrug eller et eller andet, de bliver slagtet mand. (...) Hvis ikke de har nogen der kender loven eller paragrafferne. (A, 2018:10)*

Dette citat vidner om at kvindens opfattelse af, at et forløb i familieambulatoriet er til for at skade folk, og ikke har nogen hjælpende effekt overhovedet. Det siger også noget om, hvor vigtigt det er, at de gravide stofbrugere kender lovgivningen, da de ellers vil blive jagtet vildt.

Kategoriseringen af kvinden, hvorved hun må acceptere at tilhøre en bestemt kategori for at de professionelle kan hjælpe, passer meget dårligt ind i denne kvindes syn på hvad god hjælp er. Hun oplever ikke, at de tilbud hun får er med til at styrke hendes situation, men tværtimod mener, at man som gravid stofbruger er prisdrevet som en, der ved enhver given lejlighed kan blive udsat for overgreb. Denne afvisning af de professionelles kategorisering af hende resulterer også i, at det kan være vanskeligt for de professionelle, at hjælpe indenfor det systemet kan tilbyde.

Det er samtidig igen, som citatet ovenfor, en understregning af, at den lovgivning der er på området ikke synes at være umiddelbart tilgængelig for kvinderne. Det er, som beskrevet tidligere, de professionelles ansvar, både at informere om lovgivning og sørge for den bliver overholdt, helt i tråd med Shulmanns samarbejdsmodel. Det lader altså til, at der i kvindernes optik er en helt klar og ulige magtfordeling, men de har ingen chance for at modsætte sig den, hvis de ikke kender deres rettigheder, og derfor har brug for andres hjælp til at navigere i forhold til de professionelle. Det er derfor problematisk, når der er noget der tyder på, at de professionelle sjældent gør det klart for kvinderne, hvorfor de træffer de beslutninger de gør (Mik-Meyer, 2002:122), og de samtidig mangler at gøre noget ud af at rådgive kvinderne.

## **Delkonklusion**

Det lader til at være et springende punkt i samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle, at informationsstrømmen er meget ensidig. Det lader til, at der er en høj grad af stigmatisering på spil, som resulterer i at kvinderne føler sig afskåret fra et egentligt samarbejde. Der synes også at være en kobling mellem hvor lidt eller meget information kvinderne modtager, da de oplever at for lidt information influerer på deres mulighed for at påvirke og være medvirkende til at træffe beslutninger i deres sag. Kvinderne mangler ifølge dem selv rådgivning og oplysninger, hvilket ville bidrage til at der kunne tales om et egentligt samarbejde. Det forekommer derfor besynderligt, at de professionelle ikke gør sig den ulempe at rådgive kvinderne i forhold til lovgivningen.

## **Tvang**

En af de mest omdiskuterede og kontroversielle temaer i forbindelse med gravide stofbrugere, er diskussionen om hvorvidt tvang kan være en løsning. I blandt andet Norge og Sverige findes muligheden for at spærre gravide stofbrugere inde mod deres vilje igennem graviditeten, for at reducere skaderne på fosteret. I Danmark findes (endnu) ikke tilsvarende mulighed, selvom muligheden for tilbageholdelse med kvindens samtykke blev udvidet i januar 2017.

Selvom tvang i forbindelse med fysisk tilbageholdelse af gravide stofbrugere ikke er muligt i Danmark, betyder det ikke at kvinderne ikke oplever tvang i forbindelse med deres graviditeter. Tvangen er subtil og implicit i de tiltag de professionelle sætter i værk, og kvinderne er fuldt bevidste om de konsekvenser manglende samarbejde kan betyde for dem.

## **"Jeg var bange"**

Jeg har tidligere påpeget det som kvinderne frygter allermest, nemlig at miste barnet. De professionelle behøver ikke at have givet udtryk for at kvinderne mister rettighederne til barnet, for at frygten hos kvinden bliver reel. Den ligger der allerede så snart kontakten mellem kvinden og de professionelle etableres.

*K: (...) men i den første graviditet, inden du sådan ligesom blev tryk ved dem, hvordan påvirkede det dig så at du havde kontakt med dem?*

*C: Jeg kunne ikke sove (...) og jeg græd hele tiden og jeg var bange hele tiden, åh ha... der var snart ikke det der ikke var galt og jeg glemte at spise og ja, jeg havde det virkelig skidt*

*K: Hvad var årsagen til det?*

*C: [Jeg kunne ligeså godt] stikke af, fordi jeg fik ikke lov til at føde mit barn, for så tog de det (...)  
Altså sådan havde jeg det (...) jeg var VIRKELIG bange, ja. (C, 2018:11f)*

Denne kvinde, som nu er i et forløb med sit tredje barn, fortæller hvordan hun i sit første graviditetsforløb oplevede kontakten til de professionelle, inden hun fik et tillidsforhold til dem. Frygten for at miste barnet kom til at fylde for kvinden, selvom ingen havde sagt at hun var i fare for at miste det.

Der er noget, der kan tyde på at de professionelle har haft svært ved at gøre deres formål forståeligt for kvinden, der ifølge hende selv i flere måneder gik rundt og var bange. Der går forholdsvis længe, inden hun bliver tryk nok ved de professionelle omkring hende til, at hun ikke længere er utryk og ked af det.

De negative konsekvenser af den stigmatisering, kvinden oplever, giver sig her udslag i, at hun bare ved kontakten til de professionelle, frygter hvilken behandling hun vil få, og om de vil behandle hende retfærdigt eller dømme hende ud fra stigmaet. Den stigmatisering kvinden frygter at opleve udtrykker sig ved, at kvindens tillid i kontakten med de professionelle er svær at få øje på.

Der er en sandsynlighed for at de professionelle ikke er opmærksomme på kvindens oplevelse af at være stigmatiseret, og det sociale arbejdes intention om at hjælpe overskygger det faktum, at hjælpen kommer hånd i hånd med kontrol og foranstaltninger, som kvinden ikke oplever som værende positive. I hvert fald er hendes opfattelse af samarbejdet til at starte med ikke positivt, og giver samtidig fysiske tegn på mistrivsel. Når kvinden ikke kan sove eller spise, kan dette også få konsekvenser for barnet, og derfor kan kvindens oplevelse af at være stigmatiseret risikere at påvirke barnet negativt, på trods af de professionelles hensigt om at gøre en positiv forskel for barnet.

En anden barriere, jeg tidligere har nævnt, er kvindernes kendskab til systemet fra tidligere. I det følgende er et eksempel på, hvordan det kan komme til udtryk i graviditetsforløbet.

### **"Jeg kender systemet...."**

De fleste af de gravide stofbrugere har tidligere været i kontakt med systemet og de professionelle i en eller anden udstrækning. De erfaringer de har gjort sig her, tager de med videre.

*K: Hvad var grunden til at du gik med til det [kontakten til de professionelle] i første omgang?*

*C: Jeg har det sådan: det er bedre at lade være med at gå imod, fordi så "hvad sker der her" nu kender jeg systemet, nu har jeg været inde i det så mange år (...) og det er sådan, at hvis du først siger "NEJ", jamen så begynder de at tænke "jamen hold da kæft, hvad er det hun sidder og skjuler"*

*K: Okay. Så det har været fordi du har været bange for, hvad der så ville ske, er det jeg hører du siger?*

*C: Ja (C, 2018:13)*

Igen viser sig elementer af kvindens frygt overfor de professionelles holdning til hende som et resultat af, at være et stigmatiseret individ. Hendes gang i systemet igennem mange år, har givet hende en opfattelse af, at de professionelle på forhånd tvivler på hendes troværdighed, hvilket har forårsaget en grundlæggende mistænksomhed hos kvinden overfor de professionelle. Hun har en opfattelse af, at de tror, hun skjuler noget, hvis hun ikke indvilliger i at samarbejde med dem. I kraft af stigmatiseringen af kvinderne, kan man opfatte det som en dobbelt mistænksomhed. Kvinderne oplever i hvert fald at de professionelle tror, kvinderne skjuler noget samtidig med at kvinderne ikke tør stole på, at de professionelle har gode intentioner.

Kvinden frygter, at de professionelle anser hende som mindreværdig i kraft af stigmatiseringen hvilket betyder, at hun på forhånd føler sig diskrimineret som en, der ikke har muligheden for at sige nej tak. Der er kun en mulighed, nemlig at acceptere vilkårene som de professionelle stiller op. Det er de professionelle, som gennem institutions muligheder for hjælpetiltag vurderer og kategoriserer kvinden, hvilket kan resultere i vidtrækkende konsekvenser for både kvinden og barnet. I forbindelse med børn, er systemets muligheder for tvang temmelig omfattende, hvilket forårsager både utryghed og usikkerhed hos kvinderne.

Kvinden oplever altså ikke, at der reelt er mulighed for at sige nej tak til at medvirke i et forløb, hvilket understreger det sociale arbejdes implicite tvang. Kvinden har fået tilbud om at modtage



hjælp, men oplever det mere som en ordre, der får konsekvenser hvis hun ikke udfører den. Dette forklares også af en anden kvinde, sådan her:

*K: Hvad er grunden til du ikke har stillet dig (...) på bagbenene og sagt "hende taler jeg ikke med"?*

*B: Fordi at jeg slet ikke var i tvivl om, at hvis jeg stillede mig på bagbenene så ville jeg grave min egen grav, altså.... Der er noget der hedder tvang, og der er noget der hedder frivillig*

*K: (...) Har du sådan en oplevelse af at du har været tvunget til at deltage i noget eller det hele af det her?*

*B: Jeg har været tvunget til at deltage i det hele (B, 2018:8)*

Kvinderne har altså ikke oplevelsen af, at have chancen for at undgå at etablere kontakt til de professionelle. Deres erfaringer fortæller dem, at de er nødt til at acceptere at samarbejde med de professionelle, og selvom B understreger at der er forskel på frivillig og tvang, er det tilsyneladende ikke sådan det foregår. I hvert fald er kontakten til systemet ikke frivilligt, da konsekvenserne af at sige nej tak er for omfattende til, at nogen af kvinderne gør brug af den. Det også selvom at det, som tidligere beskrevet, kan have negative konsekvenser for både dem selv og deres fostre at være i kontakten, fordi kvinderne bliver stressede eller kede af det, i et omfang så de ikke formår at spise eller sove.

### **"Tilbageholdt"**

En anden variant af den tvang, som kvinderne oplever, bliver beskrevet af denne kvinde:

*A: Men familieambulatoriet tilbageholdte mig i 12 dage, (...) jeg måtte ikke gå. Jeg havde nærmest lyst til at kidnappe mine børn og tage hjem.*

*K: (...) fik du nogen begrundelse for det?*

*A: Ja, men de ville se tiden an med den lille, på trods af at der havde været professionelle læger og sagt at de gerne ville udskrive den lille. Det værste af det var, at jeg havde jo en anden stue at bo på, så jeg rendte jo frem og tilbage. Jeg fik nærmest ikke noget mad, fordi så blev der ringet efter mig, hvis jeg lige hurtigt skulle ned og spise, og jeg føler, jeg blev presset og holdt øje med, og jeg blev meget vred, da de tilbageholdt mig (...) Jeg havde ikke fået noget søvn i 10 dage, fordi der blev holdt øje med mig, jeg skulle bare passe mit barn og jeg skulle bare være ved mit barn. (A, 2018:4)*

Her ses tegn på stigmatisering fra de professionelle, set ud fra kvindens synspunkt. Hun oplever at blive tilbageholdt på en sygehusafdeling, på trods af det er blevet vurderet at barnet ikke fejler noget. Samtidig oplever hun, at hun bliver prøvet af ved at hun er blevet placeret på en anden afdeling end hendes barn hvilket forårsager, at hun er nødt til at ignorere sit behov for at spise for at kunne leve op til de professionelles krav om, at hun tager ordentlig vare på sit barn.

Hun fortæller, at hun har haft lyst til at tage sine børn med sig hjem, men har ikke udført handlingen, af frygt for repressalier fra de professionelle. Spørgsmålet er, for hvis skyld indsatsen iværksættes. Kvinden vil gerne hjem, barnet fejler ikke noget, men de professionelle mener alligevel at det er vigtigt, at kvinden og barnet bliver på afdelingen. Det opleves altså ikke fra kvindens side som en hjælp, men igen ser det ud som om de professionelle tilbageholder kvinden, mens de leder efter grunde som bekræfter deres forventninger om, at kvinden skulle være uegnet som forælder. Dette er altså endnu et tilfælde af den asymmetriske magtfordeling, som gør sig gældende i det sociale arbejde, og som tydeliggør stigmatiseringen af gravide stofbrugere i arbejdet med dem, da der her er meget få muligheder for kvinderne for at sætte sig til modværge, uden at det aktiverer frygten for at miste barnet.

### **Delkonklusion**

Selvom arbejdet med de gravide stofbrugere ikke direkte giver mulighed for at tilbageholde kvinderne mod deres vilje, sker det altså indirekte alligevel. Frygten for sanktioner fra kvindernes side giver de professionelle stort råderum i forhold til at iværksætte indsatser, som umiddelbart kan være vanskelige at forstå. Samtidig påvirker kontakten med de professionelle kvinderne i en grad, som kan risikere at skade fosteret, men alligevel indvilliger kvinderne i kontakten, fordi de ikke har en oplevelse af, at der er andre muligheder. Om de tilbud kvinderne får i virkeligheden er en hjælp, eller om det i kvindernes øjne tager sig ud som tvang, er der ifølge disse kvinder ingen tvivl om. De er sat skakmat allerede fra start, og er tvunget til at spille med på de professionelles betingelser.

### **Jeg er anderledes**

Igennem kodningen af mine interviews, kom jeg frem til, hvad jeg synes er et interessant fund. Jeg havde i mine interviews fokuseret på, at få kvinderne til at fortælle om deres oplevelser i forhold til samarbejdet med de professionelle. Undervejs i kodningen, viste det sig, at alle kvinderne, uden opfordring fra min side, beskriver sig selv som anderledes end andre i samme situation eller med

lignende baggrund. Det undrede mig, at kvinderne følte et behov for at distancere sig fra andre, som de normalt bliver sammenlignet med.

I det første eksempel beskriver kvinden, at fordi hun har troen på sig selv, vil hun ikke ende ud med at slå sine børn, sådan som hun selv har oplevet det, på trods af at vold mod børn er noget der ifølge hende går i arv.

*K: Har du nogle gange været nødt til at fortælle dem noget som, noget alvorligt, som du var bange for kunne give dig nogle konsekvenser*

*C: Ja, jeg har jo snakket med dem om at jeg selv er blevet banket som barn og sådan noget (...) der er jo nogle gange hvor det går i arv desværre, med at man slår eller (...). For eksempel hvis der er alkohol ind over eller et eller andet, men hvis jeg har troen på mig (...) så kommer det heller ikke til at ske (C, 2018:13)*

I det andet eksempel fortæller en anden kvinde om en lignende opvækst, samtidig med at hun også mener at skille sig ud, som en der ikke viderefører de dysfunktionelle mønstre til sin egen familie.

*B: Fordi jeg kom fra [en dysfunktionel familie] (...) .... Det er jo det fordommen er, kommer du fra sådan en familie så er du også sådan selv (...) ja, i mange tilfælde er det faktisk sådan, desværre. Men i nogle tilfælde er det ikke sådan. (B, 2018:7)*

Disse kvinder har altså begge en forestilling om, at de fra professionel side sandsynligvis betragtes som tilhørende en bestemt kategori af forældre, der kan finde på at mishandle deres børn, men ligger bevidst afstand til den kategori. De accepterer, at der findes fordomme omkring mennesker i gruppen af børn fra dysfunktionelle familier, hvor ugunstige opvækstforhold går i arv gennem generationer, men bygger deres identitet op omkring, at det er anderledes i deres tilfælde.

Dette er en fin illustration på dilemmaet mellem at være stigmatiseret og alligevel gerne vil leve op til samfundsnormer, ved at lægge afstand til andre indenfor samme gruppe.

Den sidste af mine informanter adskiller sig ved at hendes opfattelse af sig selv som anderledes er nutidig, og ikke noget der føres tilbage til barndommen. Hun oplever, at skille sig ud fra andre

gravide stofbrugere fordi hun mener, at hendes alder og erfaring gør hende mindre naiv i mødet med de professionelle, end andre, yngre kvinder.

*K: (...) din indflydelse på forløbet hvordan vil du beskrive den?*

*A: Jeg tror den har været større end andres fordi jeg ikke kan holde min mund (...) og fordi jeg er det ældre (...). Jeg tror unge mødre bliver nemt snydt (...) og de får hurtigt fjernet deres børn fordi de ikke kender paragrafferne (...) havde jeg været yngre og mere naiv og mere godtroende og du ved.... (A, 2018:7)*

De parametre, der adskiller denne kvinde fra de to andre informanter, arbejder med indre egenskaber, hvor de andre informanter fortæller om at tage afstand fra de mønstre, de har med sig fra deres barndom. Mekanismen er dog den samme. Denne kvinde har en oplevelse af at blive sammenlignet med alle de andre gravide stofbrugere, der kommer gennem systemet, men mener selv at hun har nemmere ved at få sin mening igennem, fordi hun ikke lader sig narre af de professionelle, og har svært ved at holde mund. Denne "jegidentitet" skaber altså et mulighedsrum hos kvinden til at bibeholde en positiv opfattelse af sig selv, som en der kan sige fra og sige sin mening, og derved ikke ender i samme uheldige situation som andre i denne gruppe. Hun kan derfor også distancere sig fra andres syn på gruppen, hvor der ofte fokuseres på de negative egenskaber, ved at holde fast i, at hun er anderledes end de andre.

Det er dog samtidig interessant, at kvinden i citatet ovenfor, der mener at hendes alder og erfaring indvirker positivt på et forløb som gravid stofbruger, i det samme interview kommer med denne udtalelse:

*K: Var det nemmere anden gang?*

*A: Nej*

*K: Var det værre?*

*A: Jeg synes faktisk det var lidt værre (A, 2018:8)*

Det giver anledning til at formode, at på trods af kvindens indre overbevisning om, at hun har haft det nemmere på grund af alder, erfaring og evnen til at sige fra, er det ikke sådan virkeligheden

forholder sig. I hvert fald er der en uoverensstemmelse mellem kvindens opfattelse af sig selv og situationen som den faktisk forholder sig.

Dette behov for at distancere sig fra andre, man ofte ville betragte som tilhørende samme gruppe, viser den stigmatisering, som gruppen af gravide stofbrugere udsættes for. Mine informanter har gennem forskellige årsagsforklaringer udtrykt, at de mener de er anderledes, for på den måde også at kunne retfærdiggøre, at de ikke fortjener stigmatiseringens negative konsekvenser på samme måde som andre gravide stofbrugere. Sjovt nok udtrykker mine informanter samme stigmatiserende holdning til andre indenfor samme gruppe, hvilket igen understreger stigmatiseringen af denne gruppe.

Betragtningen af sig selv som anderledes, kan muligvis forårsage problematiske situationer i forbindelse med professionelle, der systematisk kategoriser kvinderne i forhold til de løsninger der findes indenfor systemet. Det er ikke umuligt at forestille sig, at kvindernes syn på sig selv afviger fra de professionelles syn, hvorved det skaber konflikter i samarbejdet, da kvinderne ikke oplever sig selv som værende samme slags kategori, som andre med lignende baggrund. Det er samtidig en vigtig pointe, at på trods af kvindernes egen oplevelse af sig selv som værende anderledes er det ikke altid dét, der kommer til udtryk i samarbejdet mellem kvinderne og de professionelle.

### **Delkonklusion**

Mine informanter giver alle udtryk for, at de indeholder nogle andre, mere positive egenskaber end resten af gruppen, de normalt sammenlignes med. Dette kan hjælpe dem med at bibeholde et positivt selvbillede, men kan samtidig forårsage konflikter i samarbejdet med de professionelle, der stadig arbejder indenfor de kategorier de har til rådighed, og derfor ikke nødvendigvis kan se eller har mulighed for, at arbejde i overensstemmelse med kvindens selvbillede. Desuden viser det, at på trods af, at de ikke selv indeholder de negative egenskaber omgivelserne tildeler dem, er der en risiko for, at der er andre i gruppen der gør. Altså understreger disse udsagn stigmatiseringen af gruppen.

I projektets næste kapitel vil jeg med udgangspunkt i min analyse diskutere nogle af de synspunkter der fremkommer, og som har betydning for samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle.

## **Kapitel 6 – Diskussion**

Igennem projektets analyse frembringer jeg eksempler på de vanskeligheder, gravide stofbrugere oplever i samarbejdet med de professionelle. Det er igen vigtigt for mig at understrege, at alle kvinderne, jeg har været i kontakt med, kan fortælle om positive oplevelser i samarbejdet, men da intentionen er at udvikle samarbejdet ved at eliminere kvindernes dårlige oplevelser, har det været projektets formål at belyse disse.

Kvindernes oplevelser stemmer overens med min forventning inden projektets start. Det har igennem mange år været min opfattelse, at stofbrugere som udgangspunkt har negative forventninger til de professionelle, da stofbrugerne oplever, at de professionelle ikke tror på dem. Stofbrugere har som udgangspunkt forventning om at blive mødt med mistillid, da de enten selv har erfaret det tidligere eller hørt det fra andre (Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., et. al. 2016:21). Dette gælder også de gravide stofbrugere, som ofte kommer fra en baggrund, hvor tidligere episoder med professionelle har medvirket til en negativ opfattelse af det sociale arbejde (Dahl & Heckscher, 2007:105). Det var dog overraskende, at alle mine informanter opfattede sig selv som anderledes end andre med lignende baggrund. Dette kom bag på mig, og understregede den stigmatisering denne gruppe er underlagt, når det tydeligvis har været nødvendigt for mine informanter at distancere sig fra gruppen.

### **Faret vild**

Informationsstrømmen i arbejdet med gravide stofbrugere synes, ifølge kvinderne, at være temmelig ensidig. Kvinderne oplever, at de professionelles intentioner er gådefulde for dem, og at der derfor er risiko for, at de af den grund kommer til at modarbejde, i stedet for at samarbejde.

Manglen på information fra de professionelle til de gravide stofbrugere, og at kvinderne har en følelse af at skulle navigere i en verden af regler og paragraffer, de ikke kender og som de får meget lidt hjælp til at forstå, resulterer i usikkerhed og frygt for de professionelle hos kvinderne. På grund af manglende informationer fra de professionelle til kvinderne, ser det ud til at frygten for hvad der kan ske, hos kvinderne bliver medbestemmende for, hvilken rolle de påtager sig, og det ser ud til, at det ofte bliver den rolle, de mindst af alt ønsker sig, nemlig rollen hvor de bliver udelukket fra samarbejdet. Som udgangspunkt kan der ikke være tvivl om, at det er i både de professionelles og kvindernes interesse, at fosteret undgår skader i graviditeten. Det lader dog ofte til, at der hos kvinderne og de professionelle, hersker forskellige opfattelser af, hvordan man

bedst muligt passer på barnet. Der er samtidig en risiko for, at udelukkelsen fra samarbejdet sker initieret på baggrund af kvindernes mistillid til de professionelle, på baggrund af tidligere dårlige erfaringer. Der er desuden en risiko for, at der sker en forskydning af interesser, når man skal definere hvordan indsatsen skal tilrettelægges, hvilket jeg vil forsøge at synliggøre i det næste.

### **Dilemmaer**

Kvindernes oplevelse af stigmatisering var tydelig i alle mine interviews, hvor de alle i varierende grad oplevede, at de professionelle tog beslutninger hen over hovedet på dem, og at de derfor samtidig ofte var uvidende om, hvad der foregik. Dette kolliderer med de professionelles mål om at inddrage kvinderne i forhold til at skabe tillid og dialog (Olofsson, 2010:22).

Der er dog en mulighed for, at kvindernes tidligere dårlige erfaringer spænder ben for dem i det samarbejde, de indgår i under deres graviditet. Det er ikke umuligt at forestille sig, at kvinderne selv foretager en form for stigmatisering af de professionelle, som mennesker der qua deres valg af profession er dårlige mennesker, hvis intention er at behandle andre dårligt. Hvis dette er tilfældet, bliver chancen for at opnå et tilfredsstillende samarbejde mellem de to parter forringet, ikke på grund af de professionelles indsats, men på grund af kvindernes holdning og negative forventninger til de professionelle.

På baggrund af dette, kan man undre sig over, om det overhovedet er muligt at tilrettelægge et særligt forløb til disse kvinder. Oplevelserne, kvinderne fortæller om, tager udgangspunkt i at samarbejdet er opstået på grund af kvindens "fejl". Det betyder derfor også, at der er en stor risiko for at kontakten mellem kvinder og professionelle kommer til at handle mere om kvindens "fejl", og at forhandlingerne om hvis synspunkt der definerer situationen, bliver det primære mål både for kvinderne og de professionelle.

Kategoriseringen af kvinderne, som forekommer på baggrund af systemets muligheder for at placere kvinderne i en kasse, hvorefter der fra professionelt hold stilles op med en indsats, som i høj grad er forhåndsbestemt, bidrager, ifølge mit materiale, ikke positivt til kvindernes opfattelse af de professionelle. Ved at tage udgangspunkt i kvindernes udtalelser om, at de opfatter sig selv som anderledes end andre gravide stofbrugere, kan kategoriseringen af kvinderne betyde, at de tvinges til at fokusere på de aspekter af deres liv, hvor de ikke lever op til samfundsnormer og forventninger, hvilket kan bekræfte kvinderne i, at de professionelle ikke vil dem noget godt.

Dog viser mit materiale, som tidligere nævnt, at kvinderne indimellem oplever professionelle, som formår at opnå kvindernes tillid og som kvinderne oplever at have et godt samarbejde med. Det er altså derfor muligt at skabe en samarbejdsalliance. Tidligere forskning viser, at en sådan samarbejdsalliance mellem kvinden og de professionelle kan aktivere ressourcer hos kvinderne (Dahl & Heckscher, 2007:13). Forskellen på kvindernes opfattelse af de professionelle kan muligvis skyldes, at der hos de professionelle hersker to forskellige opfattelser af hjælpearbejdet i forhold til gravide stofbrugere. På den ene side sidder der professionelle, der afskriver tvang som en mulighed, men derimod udelukkende går ind for, at arbejdet med de gravide stofbrugere sker af frivillighedens vej. På den anden side er der en gruppe af professionelle, som mener at tvangen allerede findes, og at det kan være konstruktivt at indføre fysisk tilbageholdelse som en mulighed (Sørensen, 2009:37). Der er risiko for, at nogle professionelle er mere tilbøjelige til at anvende implicit tvang, og derved skaber afstand til kvinderne. Dette leder direkte videre til den næste udfordring for samarbejdet.

### **Hjælp eller tvang?**

Det, at kvinderne defineres og kategoriseres som sårbare gravide, er som tidligere påpeget, interessant i forhold til det tveæggede sværd kvinderne balancerer på. Det er blevet vurderet, at de har brug for hjælp for, at fosteret ikke tager skade gennem graviditeten. Det er de samme professionelle, der foretager denne vurdering, som samtidig vurderer om kvinderne er i stand til at varetage omsorgen for barnet efter fødslen. Det skaber et dilemma for kvinderne, der på én gang forventes at indtræde i en modtagerrolle, hvor de er åbne, og helst taknemlige og villigt accepterer den hjælp de tilbydes, mens der på den anden side i kvindernes bevidsthed er stor opmærksomhed på det sociale arbejdes kontrol og tvangsforanstaltninger. Bevidstheden om tvang og kontrol bliver ofte en forhindring i forhold til velvilligt at indtage modtagerrollen. Kvinderne har svært ved at tage imod hjælpen, da de frygter, at det vil resultere i en tvangsfjernelse af deres barn. Angsten for at miste barnet er tidligere blevet påvist som en årsag til fortsat stofindtag (Dahl & Heckscher, 2007:12). Det forekommer, at kontrollen af kvinderne er pakket ind i forskellige hjælpetiltag, men at det af kvinderne ikke opfattes som hjælp. Derimod forårsager tiltagene, at kvinderne bliver stressede, føler sig pressede og bliver fysisk utilpasse i deres graviditet, fordi de som minimum – på trods af de vanskeligheder, de professionelle har vurderet, kvinderne har – skal leve op til rollen som ”god nok” forælder. Der er et paradoks i forhold til det hjælpebehov de



professionelle vurderer kvinderne har som sårbare gravide, når denne hjælpeindsats samtidig skaber et enormt pres på kvinderne igennem deres graviditet. Dette kan skabe en undren over, om den indsats de tilbydes, reelt er en indsats som hjælper, eller om den i virkeligheden gør situationen værre for både kvinden og fosteret. Kombinationen af hjælp og kontrol kan altså resultere i utilsigtede effekter på både kvinden og barnet, men også relationen mellem de to og i kontakten til hjælpesystemet. Den latente frygt for at miste barnet kan have en negativ effekt på tilknytningen mellem mor og barn (Dahl & Heckscher, 2007: 102), hvilket er u hensigtsmæssigt i de situationer, hvor barnet skal blive hos moderen.

Det at indsatsen i dag er tilrettelagt som en kombination af hjælp og kontrol, styrker kvinderne i deres mistillid til de professionelle, da de ikke umiddelbart ved hvad de skal forvente. Dette betyder at der er en overhængende risiko for, at kvinderne betragter de professionelle mere som modstandere end som hjælpere. Ifølge de kvinder jeg har talt med, udfylder de professionelle også oftere rollen som modstander. Der er mindst to forklaringer på dette, enten sker det på baggrund af de professionelles ageren og håndtering af situationen, eller også det er kvindernes negative forventninger til de professionelle, der søges indfriet. Ikke desto mindre gør den opfattelse af de professionelle som de gravide stofbrugere har, det vanskeligt for de professionelle at facilitere hjælp som også af kvinderne opfattes som hjælp.

### **Angsten for at ytre sig**

Der er sandsynligvis også grænser for, hvor langt kvinderne tør gå i forsøget på at gøre modstand mod den behandling, de oplever, da de alle går rundt med frygten for at miste deres barn. I mit materiale viser det sig, at det er først, da en kvinde med sikkerhed ved, at de professionelle vil fjerne barnet ved fødslen, at hun gør modstand og er vedholdende nok til, at hendes modstand mod de professionelles plan formår at ændre planen. Der er ingen eksempler i mit materiale på, at kvinderne reagerer med modstand, før de enten er sikre på at beholde barnet og derfor tør påpege deres utilfredshed med forløbet, eller at de med sikkerhed ved, at deres eneste chance for at beholde barnet er ved at yde modstand.

Det kan betyde, at det bliver vanskeligt for de professionelle at inddrage kvinderne i samarbejdet, da der er sandsynlighed for, at kvinderne afventer de professionelles plan og undviger at komme

med idéer eller kritik. Dette betyder, at kvinderne udelukker sig selv fra samarbejdet, da de frygter hvilke konsekvenser det kan få for deres familieliv, hvis de foreslår tiltag eller afviser noget de professionelle anbefaler.

Dette er problematisk, da der er flere fordele i at opnå et tilfredsstillende forløb for begge parter. Der er for kvindernes vedkommende større chance for, at de kan bidrage og tør udtale sig, og samtidig gennemføre beslutninger, hvis de er inddraget i samarbejdet. De professionelle har større chance for at opnå tilfredsstillende resultater i tilfælde, hvor det lykkes dem at etablere et samarbejde, der mobilisere kræfter hos kvinden, hvilket betyder at både kvinden og barnet kommer igennem graviditeten på en tilfredsstillende måde.

### **Rum til forbedring**

Der er altså flere ting, der tyder på, at indsatsen i forhold til gravide stofbrugere ikke er en entydig succes. Hvis man sammenholder opgørelser på kvinder, der er i kontakt med familieambulatoriet, som er den mest specialiserede institution for gravide kvinder med rusmiddelproblematikker, tegner det samme billede sig. Ud af de 3500 gravide kvinder med rusmiddelproblematikker man anslår der findes, er det kun 790 kvinder, som er i kontakt med familieambulatoriet i 2014 (Social- og Indenrigsministeriet, 2015:40)<sup>5</sup>.

Selvom tallet for tilknyttede gravide til familieambulatoriet er stigende, er det dog vigtigt at bemærke, at dette tal gælder for alle tilknyttede kvinder, og er altså ikke et tal, der udelukkende dækker gravide stofbrugere. Det er ofte til diskussion i forbindelse med gravide stofbrugere, at det simpelthen ikke er muligt at skabe kontakten. Forklaringen kunne være, at kvinderne undgår kontakt til professionelle, på grund af tidligere erfaringer med stigmatisering, og ikke endnu en gang ønsker at underlægge sig de professionelles tiltag. Sandsynligheden for, at de gravide stofbrugeres tidligere dårlige erfaringer med de professionelle er medvirkende til, at de forsøger at "gå under radaren", er stor. De har før oplevet at blive talt ned til, eller udeladt fra samarbejdet på grund af stofbrugets stigmatiserende effekt, og ønsker ikke, at dette skal gentage sig. Slet ikke

---

<sup>5</sup> Disse data er med forbehold, da indberetningen til Dansk Familieambulatoriedatabase ikke er komplet (Ibid:40)

når de oplever, at de sætter deres barn på spil, ved at give de professionelle chancen for at fjerne barnet, hvis ikke de efterlever de anvisninger, de professionelle kommer med.

Det er nemt at mistænkeliggøre de gravide stofbrugere, som individer der nægter at samarbejde, eller som forsøger at obstruere samarbejdet, hvilket også ofte er den konklusion der drages. Men ved at vende blikket den anden vej, og undersøge hvilke forudsætninger samarbejdet har, set fra kvindernes synspunkt, mener jeg at kunne konstatere anderledes.

Det er de professionelles opgave, at sørge for at de gravide stofbrugere føler sig mødt og anerkendt i relationen med de professionelle, hvilket har en stor betydning, når der er intention om at skabe et samarbejde. Det må derfor også være de professionelles opgave at være opmærksomme på de problematikker kvinderne har, ikke kun i forhold til stofbrug og graviditet, men i ligeså høj grad når det gælder kontakten til systemet.

Derved når jeg frem til projektets konklusion:

## Kapitel 7 – Konklusion

Projektets problemformulering der lyder som følgende: "Hvordan kan det forstås at nogle gravide stofbrugere oplever det vanskeligt at indgå i et samarbejde med de professionelle?" har jeg forsøgt at besvare gennem analysen.

Analysen viser, at selve samarbejdet mellem gravide stofbrugere og professionelle opleves som vanskeligt af kvinderne, fordi kvinderne i flere situationer slet ikke oplever, at de professionelle betragter dem som samarbejdspartnere. Der forefindes også et eksempel på, at de professionelle selv, på forhånd, har truffet beslutninger uden om kvinden. Kvinderne oplever desuden, at de professionelle gennem spørgsmål forsøger at snyde dem, og kvinderne har generelt ikke meget tillid til de professionelle. Kvinderne modtager ikke tilstrækkelig information fra de professionelle, hvilket gør det vanskeligt for kvinderne at samarbejde, da de ikke er klar over hvad de professionelle intentioner med kontakten er. Dette forårsager, at kvinderne ikke har ret stor mulighed for at være medvirkende aktør i deres graviditet, men at det er de professionelle der sætter dagsordenen.

Kvinderne er desuden bevidste om de professionelle mulighed for at anvende tvang, hvis de ikke accepterer de tiltag, de professionelle sætter i værk. Ved bevidstheden om denne mulighed, får kvinderne stress blot af at være i kontakt med de professionelle, men på trods af det, indvilliger kvinderne alligevel i kontakten, da de frygter, at det at afstå fra samarbejdet vil få konsekvenser.

Endeligt, og mest overraskende, giver kvinderne udtryk for, at de opfatter sig selv som anderledes end andre der normalt betragtes som lignende dem selv. Dette kan også give vanskeligheder i samarbejdet med de professionelle, da der i institutionerne sjældent er mulighed for at arbejde udenfor de fastlagte kategorier. Det betyder at kvinden fastholdes i en rolle, som er anderledes end den hun selv opfatter sig som. Samtidig viser denne holdning hos informanterne, at stigmatiseringen af gruppen af gravide stofbrugere betyder, at kvinderne lægger afstand til andre, som ofte betragtes som værende samme kategori som kvinderne i mine interviews.

Man kan ud fra dette konstatere, at faktorer som oplevelsen af ikke at blive delagtiggjort i samarbejdet, manglende tillid til de professionelle, mangel på information fra de professionelle samt muligheden for tvang og oplevelsen af uoverensstemmelser mellem hvordan kvinden

oplever sig selv og hvordan de professionelle oplever kvinden, gør at de gravide stofbrugere oplever det vanskeligt at indgå i et samarbejde med de professionelle.

## Kapitel 8 - Perspektivering

Projektet har ikke dækket aspektet i forhold til den diskrepans kvinderne oplever, når man betragter samarbejdet med hele gruppen af professionelle. Som flere gange tidligere nævnt, har ingen af kvinderne udelukkende negative oplevelser med de professionelle, men også positive oplevelser. Der er derfor basis for at yderligere undersøgelser i forhold til, hvad der skaber denne forskel. Det vil desuden være interessant at undersøge forholdet mellem de professionelle, og dermed også den tværprofessionelle indsats som ligger i det sociale arbejde med gravide stofbrugere. I mit materiale fandt jeg ikke, at det var den samme profession eller den samme institution kvinderne fandt hjælpen hos, men at det derimod var individuelt fra kvinde til kvinde. Der var også kvinder der fandt hjælp i en institution eller hos en faggruppe, som andre havde oplevet, modarbejdede dem.

Samtidig kunne det være interessant at undersøge, hvordan de kvinder som oplever at have modtaget tilstrækkelig information, håndterer samarbejdet under deres graviditetsforløb. Det lader umiddelbart til i mit materiale, at kvinderne ikke oplever at blive informeret nok, hverken i forhold til forløbet, de professionelles rolle eller hvilke andre muligheder end de muligheder de professionelle fremstiller, kvinderne eventuelt kunne gøre brug af. De professionelle opretholder derved den asymmetriske magtbalance, uden at gøre dette eksplicit for kvinderne, og kvinderne har samtidig vanskeligt ved at gøre modstand. Min antagelse er, at mangel på information ikke forekommer i alle tilfælde i samarbejdssituationer mellem gravide stofbrugere og professionelle, og det kunne derfor være et område, der gennem forskning kunne bidrage til at øge forståelsen af kvindernes perspektiv ind i samarbejdet.

Endelig er der en temmelig stor usikkerhed i forhold til hvilke andre faktorer, der kan påvirke fosteret under graviditeten. Der er stor enighed om, at det ikke er ønskværdigt at kvinder indtager rusmidler under en graviditet, men at det kan afhjælpes ved at stabilisere rusmiddelindtaget, og herefter trappe ned hvis det er nødvendigt. Men der er andre forhold, som også påvirker kvinderne, og som de sjældent modtager hjælp til. De institutioner og professionelle kvinderne sættes i kontakt med, tager sig primært af at skabe de bedste betingelser for fosteret i forhold til kvindens stofindtag. Boligforhold, økonomisk usikkerhed og generel fysisk og psykisk sundhed er forhold, som også kan indvirke negativt på en graviditet, men hvis det er en gravid stofbruger, der er tale om, lader faktorer ud over stofbruget til at blive nedtonet, og stofbruget kommer til at stå

som det primære indsatsområde. Det kunne derfor være interessant at undersøge stofbrug i kombination med andre forholds indvirkning på graviditeten.

## Litteraturliste

### Bøger og opslagsværker:

- Becker, H. (2005): *Outsidere*. København: Hans Reitzels forlag
- Birkler, J. (2005): Begrundelsesformer I: *Videnskabsteori*. København: Munksgaard
- Birkler, J. (2005): Forståelse I: *Videnskabsteori*. København: Munksgaard
- Brinkmann, S. (2014): *Det kvalitative interview*. København: Hans Reitzels forlag
- Brinkmann, S. (2010): Indledning: Sygdom, sundhed og det diagnosticerede liv I: Brinkmann, S. (Red.): *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus N: Klim
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015): Ethiske spørgsmål i forbindelse med interview. I: *Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg) København: Hans Reitzels forlag
- Dahler-Larsen (2008): Kvalitetskriterier i kvalitative undersøgelser. I: *At fremstille kvalitative data* (2.udg.) Odense: Syddansk Universitetsforlag
- De Vaus, D. (2001): Case study designs I: *Research Design In Social Research* London: SAGE
- Ege, P. (2015): Det problematiske stofbrug. I: Guldager, J. & Skytte, M. (Red.) *Socialt arbejde – teorier og perspektiver*. (1. udg.). København: Akademisk forlag
- Goffman, E. (2014): *Hverdagslivets rollespil*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur
- Goffman, E. (2009): *Stigma*. København: Gyldendal
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2003): Interaktionistiske modeller I: *Modeller I socialt arbejde*. (2. udg.). København: Hans Reitzels forlag
- Højbjerg, H. (2013): Hermeneutik. Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. I: Fuglsang, L., Olsen, P. B. & Rasborg, K. (Red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. København: Hans Reitzels forlag.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010): Fænomenologi I: Brinkmann, S. & Taanggaard, L. (Red.): *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels forlag



- Jørgensen, A. (2008): Fænomenologi, interaktionisme og hermeneutik: tre sider af samme sag? I: Hviid Jacobsen, M. & Pringle, K. (Red.): *At forstå det sociale: sociologi og socialt arbejde*. København: Akademisk forlag
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003): *At skabe en klient*. København: Hans Reitzels forlag
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): Interviewanalyser med fokus på mening I: *InterView* (2.udg) København: Hans Reitzels forlag
- Mik-Meyer, N. (2002): Omsorgens Herredømme I: Järvinen, M., Larsen, J. E. & Mortensen, N. (Red.): *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus N.: Aarhus Universitetsforlag
- Nielsen, J. C. R & Repstad P. (1993): Fra nærhet til distanse og tilbake igjen - Om å analysere sin egen organisationer I: Nielsen, J. C. R. (Red.): *Anderledes tanker om livet i organisationer*. Frederiksberg: Nyt fra samfundsvidenskaberne
- Nissen, M. A. & Harder, M. (2015): Helhedssyn I: Nissen, M. A. & Harder, M. (Red.): *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. København: Akademisk forlag
- Nissen, M. A. & Harder, M. (2015): Udsatte familier, børn og unge I: Nissen, M. A. & Harder, M. (Red.): *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. København: Akademisk forlag
- Olofsson, M. & Lindemann, R. (2003): Rusmiddelbrug i svangerskabet og konsekvenser for det nyfødte barn I: Killén, K. & Olofsson, M. (Red.): *Sårbare børn. Børn, forældre og rusmiddelproblemer*. København K: Akademisk forlag
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode I: Brinkmann, S. & Taanggaard, L. (Red.): *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels forlag

#### **Artikler:**

- Böyesen, K. R. (2007): Misbrug og afhængighed – en præsentation af Mads Uffe Pedersens forståelsesramme I: Nyboe, J., Døssing, L. & Scott, K. *Under huden på problemet – socialt arbejde og unge med misbrug*. Servicestyrelsen/LOS.
- Jensen, T. Ø. (2000): *Med ondt skal ondt fordrives?* I: Social kritik Årg. 12 nr. 68

Pedersen, M. U.: Gravide misbrugere – skal de tvinges i behandling. I: STOF nr. 13, 2009 (s. 32-35)

Pedersen, M. U. (2005): Unge med et problematisk forbrug af rusmidler I: *Psyke & Logos nr 1, årg. 26*

Sørensen, M. D. (2015): *Motivation og tvang: Jordemødre for og imod*. I: Tidsskrift for jordemødre Årg. 125 nr. 9

### **Rapporter og undersøgelser:**

Benjaminsen, L., Andersen, D. & Sørensen, M. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, hovedrapport*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Dahl, H. V. & Hecksher, D. (2007): *Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv*. Århus: Aarhus Universitetsforlag

Dahl, H. V. & Pedersen, M. U. (2008): *Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*. København: Aarhus Universitetsforlag

Deding, M. (Red.) (2011): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Indenrigs- Og Sundhedsministeriet (2003): *Kampen mod Narko*. Sundheds- Og Ældreministeriet

Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., Schmidt, A., Jensen, M. N., Munkholm, M. C. (2016): *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Kristiansen, R. (2015): *Gravide innlagt på Borgestadklinikken*. Kompetensesenter rus – region sør

Olofsson, M. (2010): *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel*. Sundhedsstyrelsen

Social- og Indenrigsministeriet (2015): *Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler*. Social- og Indenrigsministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsen (2013): *Forebyggelsespakken – Stoffer*.

Sundhedsstyrelsen (2017): *Narkotikasituationen i Danmark 2017*. Sundhedsstyrelsen

**Hjemmesider:**

Vissing, E. H. Jyllandsposten (2018). *Flere danskere dør af overdoser end i trafikken*. Hentet d. 11-3-2018 fra Jyllandsposten: <https://jyllands-posten.dk/indland/politiretsvaesen/ECE10262342/flere-danskere-doer-af-overdoser-end-i-trafikken/>