

Aalborg Universitet – 2018

Kandidatuddannelsen i socialt arbejde

Rusmidler i graviditeten - et professionelt perspektiv

Af Simone Rantzau Petersen – studienr: 20134851



Anslag: 129.252

Vejleder: Inger Glavind Bo

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	4
1. Indledning.....	5
2. Problemfelt	8
2.1 Problemformulering.....	10
3. Begrebsafklaring og afgrænsning	11
3.1 Familieambulatoriet.....	11
3.2 Professionel.....	11
3.3 Gravide med et forbrug af rusmidler.....	12
3.4 Tvang.....	12
3.5 Tvangsbehandling vs. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	13
3.6 Behandlingsmuligheder	13
4. Organisationen – Familieambulatoriet	14
4.1 Historisk udvikling	14
4.2 Tværfagligt samarbejde	14
4.3 Behandlingsmulighederne	15
5. Litteraturgennemgang.....	16
5.1 Litteratursøgning.....	16
5.2 Eksisterende undersøgelser	16
5.2.1. Risiko	17
5.2.2. Behandlingstilbud	17
5.2.3. Børn af gravide med et forbrug af rusmidler	18
6. Videnskabsteori.....	18
7. Metode.....	21
7.1 Adaptiv tilgang.....	21
7.2 Forskningsdesign.....	22
7.3 Kvalitativ metode	23
7.3.1 Interview.....	24
7.3.2 Vignetmetoden.....	25
7.4 Adgang til feltet.....	29
7.8 Interviewguide	30
7.9 Transskribering	31

7.9.1 Lydfilernes kvalitet	33
7.10 Kvalitets afsnittet	33
7.10.1 Validitet.....	34
7.10.2 Reliabilitet	35
7.10.3. Fejlkilder.....	35
7.10.4 Ethiske overvejelser	36
8. Teori	37
8.1 Magt.....	37
8.1.1 Pierre Bourdieu.....	38
8.1.2 Michel Foucault	41
8.2 Stigmatisering.....	41
8.3 Tillid	43
9. Analysestrategi	44
10. Analyse.....	45
10.1 Præsentation af informanterne	45
10.2 Første kontakt til familieambulatoriet.....	46
10.3 Frivillig tvang.....	47
10.3.1 Specialiserede tilbud	48
10.3.2 Tiltrækningskraft.....	49
10.4 Tvang som i Norge.....	50
10.5 Debat, retorik og stigmatisering	51
11. Konklusion.....	52
12. Litteraturliste.....	54
12.1 Bøger og udgivelser	54
12.2 Hjemmesider.....	56

Abstract

Title

Drugs in pregnancy - a professional perspective

Problem area

The purpose of the thesis is to illuminate the professions' attitudes towards forced pregnancy with a consumption of drugs,

Problem definition

What attitudes and experiences do the professionals have on the country's family ampulations for concealment of pregnant women with a substance abuse and what are the expectations of the professionals that this may have for their work with family ampulations?

Theory and method

The empirical thesis is collected based on the qualitative method, more concrete with a combination of qualitative interviews and the vignette method.

The theoretical elements included in the thesis are Pierre Bourdieu's theoretical concepts of power, Michel Foucault's concept of courage, Erving Goffman's theory of stigma, and Anthony Gidden's concept of trust. The theoretical elements about power are included as a framework for the actual empirical collection, but will also be used in connection with the analysis. The theories about stigma, and the concept of trust are first included in the analysis.

Conclusion

Overall, one can conclude that there are different attitudes to compulsive treatment, as well as to the importance this may have for the professional's work with pregnant women with a substance abuse.

1. Indledning

I Danmark fødes der hvert år ca. 61.000 børn, heraf estimeres det af Sundhedsstyrelsen, at mellem 1500 og 2000 af disse børn er i risiko for, at blive født med abstinenser som konsekvens af moderens livsstil under graviditeten. Estimatet dækker således over børn født af kvinder med et forbrug af alkohol, piller, euforiserende stoffer eller en kombination af disse under graviditeten (Danmarks Statistik; Smidemann & Hille 2009). Børnene får således en hård start på livet, da de allerede inde i mors mave er udsat for forskellige påvirkninger af rusmidlerne. Hvor nogle fødes med symptomer, så oplever andre først symptomerne senere i livet (Sundhedsstyrelsen 2010: 8-9). Børnene vil derfor ofte være påvirket af dette gennem hele deres liv.

Man kan undre sig over, at man i Danmark acceptere at børn fødes med abstinenser, særligt når man ser på hvordan lovgivningen siden 1970'erne har været præget af et forebyggende sigte, med det formål at forebygge sociale problematikker, og derved øge individets muligheder for at mestre sit eget liv. Det øger ikke ligefrem barnets livsvilkår når det fødes med abstinenser, og må leve med følgevirkninger resten af livet, nærmest tværtimod (Sundhedsstyrelsen 2010: 8-9). Derudover så er det jf. Serviceloven, samfundets pligt, at sikre barnets tarv, dette gøres ved at man har fokus på barnet allerede fra det bliver født, endda før på enkelte områder såsom nakkefoldsscanning og generelle graviditetsscanninger, som har til formål at kontrollere hvorvidt fosteret udvikler sig som det bør ud fra normalen. Det er ikke kun vægt og højde som vurderes, det er også vores udvikling og trivsel, der konstant kontrolleres via kontakt med det offentlige system, såsom sundhedsplejersker, dagpleje, børnehaver, skoler og diverse andre institutioner.

Til trods for lovens forskrift om at vi som samfund har pligt til at sørge for barnets bedste, samt forebygge sociale problematikker, så opstår der alligevel en form for gråzone, eller et "hul" om man vil, hvor loven imidlertid ikke dækker. Denne gråzone opstår i spillerummet mellem abortlovgivningen på den ene side, og vores måde at definere et menneske på i samfundet på den anden. Dette skyldes at man først tillægges rettigheder fra fødslen, hvorved det ikke er muligt for myndighederne at etablere indsatser for barnet før dette er født, men så snart barnet er født, så er det muligt at skride ind med forskellige indsatser, og i yderste tilfælde tvangsfjerne barnet, for at sikre dets tarv jf. serviceloven § 52, stk. 3 nr. 7. Omvendt har man jf. Sundhedsloven § 92, kun mulighed for at afbryde ens graviditet til og med 12 graviditetsuge, og kun med særlig

dispensation er det muligt at få foretaget en abort senere end 12 graviditetsuge jf. Sundhedsloven § 93-94. Derved opstår der et hul fra 13 graviditetsuge og til barnet fødes, hvor der ingen muligheder er for at hjælpe hvis barnet i maven mistrives, eller ligefrem udsættes for fare. Det er i den pågældende periode altså udelukkende moderens valg, hvordan barnet behandles.

Hvor det ved barnet er muligt at gribe ind med tvang når først dette er født, og derved gå imod såvel barnets som familiens ønske og fjerne barnet for dets bedste, så er det ikke på samme måde muligt at gribe ind overfor voksne, her forstået som individer over 18 år. I princippet har man som voksen ret til at gøre hvad man vil, så længe man ikke bryder loven. Først i det tilfælde at man gør noget ulovligt, vil det være muligt for det offentlige at gribe ind ved tvang. Det betyder således at alle indsatser og behandlingstilbud kræver, at den voksne frivilligt vælger at deltage i disse, med undtagelse af enkelte områder såsom psykiatrien. Selvom det ikke er muligt at tvinge individer i behandling, så har man som professionel vejledningspligt jf. §7 i forvaltningsloven. Man skal derfor informere individet omkring de muligheder der er, samt hvilke konsekvenser de forskellige valg kan have. Det er med andre ord de professionelles opgave at hjælpe og vejlede den gravide med rusmiddelproblematikker til at træffe det bedste valg for såvel hende selv som for barnet.

I Danmark har vi udarbejdet nogle specielle behandlingstilbud til gravide med et forbrug af rusmidler, de såkaldte niveau 4 i sundhedsstyrelsens inddeling af svangreomsorgen, hvilket betyder, at man i dag har ensartede behandlingstilbud i alle landets regioner. Dette er gjort ved at man har etableret familieambulatorier i landets regioner, som alle arbejder med udgangspunkt i den såkaldte 'interventionsmodel' som er udarbejdet og afprøvet på Hvidovre Hospital (Brot & Poulsen 2013: 27; Sundhedsstyrelsen 2010: 12-13). Familieambulatorierne er kendetegnet ved at have et tværprofessionelt samarbejde såvel internt som eksternt, for derved at tilbyde kvinderne den mest optimale behandling, med de forskellige instanser som der er behov for. Her har kvinderne mulighed for at henvende sig eller blive henvist til, hvis de ønsker at komme i behandling for deres rusmiddelforbrug. Selvom det ikke er muligt at tvangsbehandle gravide med et forbrug af rusmidler, så har man siden 2007 haft mulighed for at tilbyde en såkaldt 'frivillig tvang', dette dækker over, at man kan indgå en aftale omkring tilbageholdelse (Deding 2011: 32). Det er dermed muligt at etablere en kontrakt mellem familieambulatoriet og den gravide med et forbrug af rusmidler, om at de må tilbageholde hende mod hendes vilje, såfremt hun i behandlingsforløbet skulle have lyst til at afbryde behandlingen. Til trods for kontrakt

etableringen, så er kvinden dog ikke tvunget til at forblive tilbageholdt, hun kan til enhver tid vælge at ophæve kontrakten, som hun frivilligt har indgået, og dermed forlade familieambulatoriet uden yderligere behandling og støtte (Jf. Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling).

Men hvilke muligheder er der så for at hjælpe det lille barn inde i maven? I princippet er der ingen muligheder, man kan kun håbe på at kvinden alligevel vælger at indgå i et behandlingsforløb. I modsætning til de danske behandlingsmuligheder, hvor tvangsbehandle ikke er muligt, så har det siden 1998 været tilladt at tvangsindlægge gravide med et forbrug af rusmidler i Norge (Deding 2011:11). Selve udtrykket tvangsbehandling er lettere misvisende, da man i Norge blot har muligheden for at tvangstilbageholde eller tvangsindlægge den gravide kvinde med et forbrug af rusmidler, man kan således ikke tvinge hende til at modtage behandling selvom hun tilbageholdes. Selvom man har muligheden for tvang i Norge, så har man ligeledes tilbud som den gravide frivilligt kan vælge at indgå i, men man har blot tilføjet den dimension, at det er muligt at tvangsbehandle den gravide med et forbrug af rusmidler, selvom de ikke ønsker det. Dette er valgt, fordi at man i Norge vægter barnets ve og vel højere end moderens behov (Deding 2011:11). Indførelsen af tvang i Norge anses som en succes, og man oplever, at langt størstedelen af de børn der fødes af gravide med et forbrug af rusmidler i Norge fødes uden abstinenser og komplikationer.

”Både misbrugskonsulenter og misbrugerne selv mener, at loven om tvang i praksis redder liv og betyder, at misbrugere forhindres i at gøre skade på sig selv. Flere af misbrugerne mener, at de opnår et forbedret funktionsniveau på kort sigt, fordi de på institutionen er afskærmet fra rusmidler og bl.a. kan konsultere sundhedspersonale og få rådgivning om ernæring.” (Deding 2011: 85).

Succesen vægtes højere end risikoen for eventuelle tilbagefald hos kvinderne efter endt behandling, da man således har sikret at barnet ikke udsættes for unødvendig fare.

Men hvorfor er det så svært at få indført tvang, som en del af behandlingen i Danmark, særligt når man er bekendt med, at børnene tager skade af moderens misbrug under graviditeten, og at disse vil kunne påvirke barnet resten af livet?

2. Problemfelt

De problematikker, som indledningsvist er blevet præsenteret, har ligeledes lagt til grund for gentagne debatter omkring tvangsbehandling af gravide med et forbrug af rusmidler, ligesom at det er et felt som stadigvæk den dag i dag splitter parterne der er for og imod tvang.

Problematikkerne italesættes således både fra politisk side, men har ligeledes også opnået opmærksomhed i medierne, hvor de har været udgangspunkt for forskellige dokumentarer, som kun har bidraget til yderligere debat (Østebø 2017).

Hvor mediedebatten primært er præget af politiske udtalelser, samt højtstillede professionelle såsom ledere og lignende, så fokuserer dokumentarerne primært på dem det hele handler om, nemlig de gravide kvinder med et forbrug af rusmidler og deres børn, som skal leve med følgerne. Dokumentarfilmene *En skæv start* (1993) og *Cecilies verden* (1998) følger henholdsvis Cecilies første leveår, og hendes hverdag i en alder af 6 år. Cecilie blev født med store skader efter moderens rusmiddelforbrug i graviditeten, og starter derfor sit liv ud på afvænning. I anden film får man et indblik i Cecilies kamp her seks år efter hun kom til verden, og belyser hvilke udfordringer hun stadig har på baggrund af de påvirkninger hun har været udsat for i fosterstadiet (Det Danske Filminstitut.a; Det Danske Filminstitut.b). En lignende historie præsenteres i dokumentarfilmen *Monalisa Story – En film om kærlighed, kamp og heroin* (2016), hvor man følger Monalisa gennem otte år, hvor man følger hendes kamp mod den sociale arv, da Monalisas mor selv havde et forbrug af rusmidler, og Monalisa nu selv kæmper for at komme ud af sit eget forbrug (Det Danske Filminstitut.c).

Hvor de ovenfor præsenterede dokumentarfilm har fokuseret på barnet efter fødslen, og den kamp det gennemgår livet igennem, så fokuserer station 2 dokumentaren *Mor på stoffer* (2017) på den gravide og hendes kamp for barnet og det at blive clean. I dokumentaren ser man, hvordan den højgravide Malene Pedersen forsøger at holde sig fri af sit rusmiddelforbrug, hun ønsker at stoppe, så hun kan få lov til at beholde sit barn, og samtidig ønsker hun ikke at skade barnet med de følgevirkninger som anvendelsen af rusmidlerne kan have. Til trods for hendes ønske og kamp for at stoppe, så falder Malene i flere gange under graviditeten, og fortsætter både euforiserende stoffer og diverse medikamenter undervejs. Det ender med at Malene får tvangsfjernet sit barn få timer efter fødslen. Malene er siden forløbet blevet clean, og i et interview i forbindelse med

udsendelsen fortæller Malene om, hvordan hun ville have ønsket at der var nogen der havde tvunget hende i behandling, så det ikke var endt som det gjorde (Mikkelsen 2017).

Men debatten for og imod tvang er ikke blot et spørgsmål omkring tvang, debatten indebærer i høj grad også nogle etiske dilemmaer. Et af de overskyggende dilemmaer er, at man ved tvang sætter den gravide kvindes ret til frihed og valgfrihed ude af drift, for derved at vægte barnets ret og trivsel højere, selv når dette er ufødt, og derfor betragtes som et foster. Netop denne tankegang kommer i karambolage med den danske lovgivning, da vi her ikke, som tidligere nævnt, har nogle fosterrettigheder, og derfor først betragter et individ som et menneske når dette er blevet født (KILDE). Det at vi i den danske lovgivning, og derfor ligeledes i det danske samfund har negligeret det ufødte barn ses i en udtalelse fra 2015 af tidligere sundhedsminister Sophie Løhde, i forbindelse med en udvidelse af reglerne for den frivillige kontrakt omkring tilbageholdelse af de gravide med et forbrug af rusmidler:

”Når et barn fødes med et mentalt eller fysisk handicap på grund af sin mors misbrug, er det en af de største former for ulighed i sundhed. Der er jo tale om børn, som aldrig har fået en chance i livet. Og det er på alle måder tragisk, at en kommende mors misbrug på den måde føres videre til barnet og kan få så alvorlige konsekvenser. Vi skal derfor have styrket indsatsen over for gravide med et misbrug, for i dag svigter vi både kvinderne og deres børn ved at tage for lidt hensyn til det ufødte barn.” (Eriksen 2015).

Det er dog ikke kun fra medierne og politikernes side at emnet har oplevet bevågenhed, det har ligeledes lagt til grund for flere undersøgelser, som ligeledes har medvirket til en indsnævring af projektets sigte.

Det lægefaglige område har oplevet en del fokus i forbindelse med gravide med et forbrug af rusmidler, herved forstået at mange undersøgelser har fokuseret på de konsekvenser som rusmiddelforbruget har for barnet både i fostertilværelsen, men ligeledes også i opvæksten, og dermed de mere langvarige konsekvenser af moderens rusmiddelforbrug (Killén & Olofsson 2003: 13-14, 30-32, 47-48).

Undersøgelsen *Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv*, fra 2007 er udarbejdet af Helle Vibeke Dahl og Dorte Hecksher, og tager udgangspunkt i 26 kvalitative interviews med kvinder der tidligere har gennemgået en eller flere behandlingstilbud i forbindelse med et forbrug

af rusmidler under eller forud for sin graviditet (Dahl & Hecksher 2007: 5, 9). Formålet med undersøgelsen har været at belyse kvindernes oplevelser af de forskellige behandlingstilbud, samt få belyst deres hverdagsliv både i forbindelse med graviditeten og efterfølgende. Eftersom at undersøgelsen af kvinderne blev foretaget i 2006-2007, og at de inddragede kvinder på daværende tidspunkt havde været ude af behandlingssystemet i alt fra 6 måneder til 10 år (Dahl & Hecksher 2007: 5, 9-10). De behandlingstilbud som kvinderne har fået kan dermed variere meget, både afhængigt af tidsperioden for behandlingen, lige såvel som en variation baseret på kvindernes bopæl, da der ikke før har været ensartede modeller for arbejdet med målgruppen. Det man får belyst i undersøgelsen er dermed ikke udelukkende de rammer vi har for behandling i dag, hvorfor denne undersøgelse bidrager med en interesse for, at opnå et indblik i de muligheder som eksisterer i dag.

Undersøgelsen *Forskning om tvang i misbrugsbehandling* er en kortlægning som er foretaget af Mette Deding og SFI CAMPBELL, har bidraget med et indblik i de forskellige behandlingsmuligheder som eksisterer såvel indenfor Danmarks grænser, men ligeledes også i øvrige nordiske lande (Deding 2011: 10). Kortlægningen belyser blandt andet at Norge er det eneste sted i Norden, hvor det er muligt at tvangsindlægge gravide med et forbrug af rusmidler på specialiserede institutioner, mens man i Sverige har mulighed for at tvangsbehandle alle misbrugere, og dermed ikke skelner mellem om individet er gravid eller ej (Deding 2011: 35-36). Denne kortlægning, har derfor medvirket til en interesse for Norges behandlingsmulighed, og en undren over, at dette ikke ligeledes er en mulighed i Danmark.

Noget som overses i de ovenfor omtalte undersøgelser og dokumentarer, og som ikke har fået specielt meget fokus i debatterne, er de professionelle, som til daglig beskæftiger sig med denne målgruppe. Dette er i min optik underligt, da de jo netop besidder praksis viden omhandlende både behandlingsmulighederne og hvorledes disse fungerer, ligesom at de har kendskab til målgruppen og lignende elementer. Grundet det manglende fokus på de professionelle, kan man derfor spekulere i hvilke holdninger og erfaringer, som de har med de mulige behandlingstilbud på området. Derudover kunne det ligeledes være interessant at afdække, hvorledes de professionelle forholder sig til muligheden for tvangsbehandling i Danmark.

2.1 Problemformulering

På baggrund af ovenstående tanker og refleksioner ønsker jeg at belyse hvordan de professionelle rundt på landets familieambulatorier forholder sig til tvang som redskab i behandlingen af gravide med et forbrug af rusmidler, samt hvilke fordele og ulemper der er ved de forskellige behandlingstilbud når man sammenligner de norske og danske muligheder. Dette gøres med udgangspunkt i følgende problemformulering:

Hvilke holdninger og erfaringer har de professionelle på landets familieambulatorier til tvangsbehandling af gravide med et forbrug af rusmidler, og hvilken betydning forventer de professionelle at dette kan have for deres arbejde ved familieambulatorierne?

3. Begrebsafklaring og afgrænsning

Formålet med følgende afsnit er at indvie læseren i de tanker og valg som har dannet grundlag for projektets udformning, og i særdeleshed i forhold til projektets fokusområde. Derudover defineres de væsentligste begreber.

3.1 Familieambulatoriet

Det er valgt at tage udgangspunkt i landets familieambulatorier, da disse danner ramme omkring de specialiserede tilbud til gravide med rusmiddelproblematikker her i landet, andre organisationer såsom KFUKs sociale arbejde beskæftiger sig ligeledes med kvinder og misbrugsområdet, men har ikke specifikt fokus på de gravide kvinder med et forbrug, og beskæftiger sig derfor ikke med det som et specialiseret område (KFUKs Sociale Arbejde). Det er ligeledes valgt ikke at afgrænse projektet geografisk, hvorfor alle landets familieambulatorier vil blive tilbudt muligheden for deltagelse i projektet. Dette er valgt, på baggrund af at alle familieambulatorierne arbejder ud fra samme model, hvorfor de har samme grundlag og forudsætning for arbejdet, der kan dog stadigvæk være enkelte variationer fra sted til sted, men overordnet har de samme udgangspunkt (jf. Indledning).

3.2 Professionel

I projektet bruges udtrykket professionelle som en samlet betegnelse for de ansatte ved landets familieambulatorier, der skelnes derfor ikke mellem om den enkelte har en sundhedsfaglig eller socialfaglig baggrund, men blot at de alle er tilknyttet familieambulatorierne, og derfor har viden om det konkrete felt de indgår i. Det er valgt ikke at skelne mellem de forskellige professioner, da

de alle, uanset baggrund, i kraft af deres stilling og det tværfaglige samarbejde bør have et indgående kendskab til både egne og andre kollegaers evner, hvorfor den forskellige baggrund blot skal ses som en del af deres subjektive udgangspunkt for deres besvarelser (Sundhedsstyrelsen 2010: 15, 19).

3.3 Gravide med et forbrug af rusmidler

I projektet er det valgt at benytte betegnelsen 'gravide med et forbrug af rusmidler' dette til trods for at der findes mange forskellige udtryk for familieambulatoriernes målgruppe, nogle af disse er 'sårbare gravide', 'udsatte gravide', 'gravide misbrugere' og lignende. Årsagen til denne afgrænsning er at de to førstnævnte udtryk, dækker over en bredere målgruppe, end blot de gravide med rusmiddelproblematikker, eksempelvis kan en sårbar eller udsat gravid også omhandle gravide med problematikker såsom kvinder med forskellige diagnoser eller fysiske handicap (Sundhedsstyrelsen 2010: 6-7). Sådanne kvinder kan ligeledes indgå i familieambulatoriernes regi, såfremt de har en rusmiddelproblematik, men har ikke relevans for projektet hvis ikke en sådan problematik er til stede. Grunden til at det er valgt ikke at benytte udtrykket 'misbruger' er at det for nogen kan give negative associationer, da det at være misbruger ofte forbindes med forskellige negative konsekvenser for såvel den pågældende som for de pårørende (Munk; Socialstyrelsen 2016). Da jeg i projektet ønsker at forholde mig neutralt i forhold til både de gravide kvinder, og de forskellige behandlingsmuligheder, så er det valgt at anvende en mere neutral betegnelse, hvorfor de gravide kvinder som falder inden for familieambulatoriernes målgruppe blive omtalt som gravide med et forbrug af rusmidler, og kun i tilfælde hvor der anvendes citater, vil andre udtryk blive benyttet.

3.4 Tvang

Den almene definition på tvang er *"at tvinge nogen til noget"* (Den Danske Ordbog.a), og dermed at man får *"nogen til at gøre noget mod vedkommendes vilje"* (Den Danske Ordbog.b). I projektet vil begrebet dog ikke udelukkende dække over den almene definition, men derimod minde mere om begrebet magt, som af den danske ordbog defineres på følgende måde *"det at have position og midler til at bestemme over andre eller til at styre forløb og begivenheder"* (Den Danske Ordbog.c). Årsagen til denne begrebs sammenlægning er, at man i min optik ikke kan adskille tvang fra magt, forstået på den måde, at enhver form for tvangshandling indebærer, at der er nogen eller noget, som har en magt til at udføre tvangen. Det kunne eksempelvis være en

politimand, som har bemyndigelse til at arrestere en lovovertræder. I sådanne tilfælde har politimanden magten til at tvinge den pågældende i detentionen, hvad enten personen vil følge med frivilligt eller ej.

Tvang skal derfor i projektet anses som en magtudøvelse, hvor det er muligt for det tvungne individ at protestere og reagere herpå, men det er ikke muligt at modsætte sig denne magtudøvelse.

3.5 Tvangsbehandling vs. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Begreberne tvangsbehandling og tvangsindlæggelse dækker i begrebslig forstand over to forskellige ting, for hvor tvangsbehandling indikerer at individet tvinges i behandling, så indikerer tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse blot at individet indlægges eller tilbageholdes ved tvang. Men som det fremgår af undersøgelsen *Forskning om tvang i misbrugsbehandling*, så er det i praksis svært at skelne mellem disse begreber, da de ofte anvendes synonymt (Deding 2011: 7). Det er derfor i projektet valgt, at benytte begrebet tvangsbehandling, som en samlet betegnelse for begreberne.

Betegnelsen bruges således i projektet som et udtryk og reference til den behandlingsmulighed som eksisterer i Norge, hvor man har mulighed for at tvangstilbageholde gravide med et forbrug af rusmidler, og dermed handle uden den gravides samtykke. Behandlingen indebærer, at man har mulighed for at anbringe kvinderne på institutioner, såfremt man mener at der er risiko for at barnet bliver skadet, og at de frivillige tilbud ikke har fungeret. Denne mulighed er etableret i den norske lovgivning, som derved sikre lovhjemmel til denne behandlingsmulighed, dette sker i Socialtjenestelovens § 6-2a fra 1996 (Deding 2011: 70-73).

3.6 Behandlingsmuligheder

I projektet tages der udelukkende udgangspunkt i to konkrete behandlingsmuligheder, tvangsbehandlingen fra Norge og Familieambulatoriernes mulighed for den frivillige tvang via kontrakt etablering. Formålet med udelukkende at inddrage de to behandlingsmuligheder er at de hver især inddrager en form for tvang, som netop er det jeg, ud fra de professionelles synspunkt, ønsker at belyse i projektet. Øvrige behandlingsmuligheder vil være baseret på individets eget valg, og indebærer derfor frivillighed fra deres side af, hvorfor de ikke anses som relevante for projektets formål (Jf. Indledning & Problemfelt). Derudover inddrages også selve kontakt og

opstartsfasen, hvor de gravide med forbrug af rusmidler får kontakt med familieambulatorierne. Det er valgt at inddrage denne fase for at få et indblik i, hvordan de forskellige professionelle, og familieambulatorierne som helhed, opstarter behandlingerne med de gravide.

4. Organisationen – Familieambulatoriet

Da specialet tager udgangspunkt i professionelle fra landets familieambulatorier holdninger og erfaringer omkring de behandlingstilbud vi har på området, er det valgt at give en introduktion til organisationen og den model som organisationen og behandlingstilbuddene er baseret på. Introduktionen er primært udtryk for familieambulatoriernes selvbeskrivelser, ligesom at sundhedsstyrelsens beskrivelse af organisationen også anvendes til nærværende redegørelse.

4.1 Historisk udvikling

I 1945 blev svangreomsorgen etableret lovgivningsmæssigt, hvorfor man siden da har haft fokus på gravide kvinder og deres børn. På daværende tidspunkt havde man primært fokus på at forebygge sygdom og dødsfald hos både det ufødte og nyfødte barn, samt den vordende mor (Sundhedsstyrelsen 2010: 6). Første gang man i Danmark blev opmærksom på gravide med et forbrug af rusmidler var i 1980, fokuset opstod på baggrund af en undersøgelse af børn født af kvinder med et forbrug af stoffer under graviditeten. Herefter blev interventionsmodellen udviklet, modellen har fokus på forebyggelse og behandling via tværfaglig og tværsektorielt samarbejde, både internt og eksternt. Modellen har sidenhen lagt til grund for etableringen af landets første familieambulatorie på Hvidovre hospital i 1989. I 2008 besluttede Folketinget, at udvide familieambulatoriet således at det blev et regionalt tilbud, hvorfor der i dag er etableret fem forskellige ambulatorier (Sundhedsstyrelsen 2010: 8-10).

Familieambulatoriet er et tilbud til gravide med behov for vejledning om samt behandling for rusmiddelproblematikker, det gælder både aktuelle og tidligere problematikker. Derudover gælder deres tilbud ligeledes også eventuelle partnere til den gravide kvinde, hvis denne har et aktivt forbrug af rusmidler. Har man allerede født et barn, som har været udsat for rusmidler under graviditeten, så tilbyder de også opfølgning heraf indtil skolealderen (Familieambulatoriet 2018; Aarhus Universitetshospital 2017)

4.2 Tværfagligt samarbejde

Interventionsmodellen dækker som sagt over en helhedsorienteret behandling af gravide med et forbrug af rusmidler, og bygge i den forbindelse på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med både interne og eksterne samarbejdspartnere. Personalet på familieambulatoriet er tværfagligt sammensat, og indeholder jordemødre, socialrådgivere, psykologer og lignende. Det interne samarbejde kan indebære behandling i samarbejde med områder som eksempelvis neonatal- og børneafdeling samt psykiatrisk afdeling. De eksterne samarbejdspartnere involverer blandt andet socialforvaltning, praktiserende læger alkoholambulatorier, kriminalforsorg, og forskellige gadeplansinstitutioner (Sundhedsstyrelsen 2010: 14-15; Aalborg Universitetshospital 2017).

Formålet med samarbejdet såvel internt som eksternt er at tilbyde de gravide med et forbrug af rusmidler skræddersyet behandling, som tager højde for deres individuelle problemstillinger. Dette gøres ved at benytte de forskellige professionelles synspunkter og kompetencer på de forskellige områder, og løbende justere behandlingen så den følger kvinden og barnets udvikling. Man er med andre ord opmærksom på hvilke kompetencer forskellige faggrupper besidder, ligesom at man erkender at faggrupperne også har begrænsede kompetencer, således at man må inddrage øvrige parter som besidder de ønskede og manglende kompetencer (Sundhedsstyrelsen 2010: 19-20).

4.3 Behandlingsmulighederne

Behandlingsmulighederne som familieambulatorierne kan tilbyde bærer alle præg af den ovenfor omtalte interventionsmodel, og dermed det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Mange af behandlingsforløbene er langvarige, da de både følger den gravide kvinde fra hun får konstateret graviditeten, og frem til fødslen, og i nogle tilfælde helt til barnet når skolealderen (Sundhedsstyrelsen 2010: 14, 16).

Et behandlingsforløb kan således omfatte visitation, som indebærer rådgivning på flere områder, klarlægning af kvindens problematikker både med hensyn til rusmidlerne, men ligeledes også andre problematikker såsom økonomi, boligforhold og lignende. Afhængig af den gravide kvindes problematikker så tilrettelægges der forskellige behandlingstilbud, som passer til hendes individuelle behov. Generelt kan de gravide kvinder med et forbrug af rusmidler tilbydes behandlinger såsom graviditetsundersøgelser, afrusning, screening for diverse infektioner, kontakt

med socialrådgivere og psykologer, den gravide kan også få tilbudt døgnbehandling eller indlæggelse (Sundhedsstyrelsen 2010: 16).

Dertil er man også opmærksom på tiden omkring og efter fødslen, man forsøger at planlægge fødslen, så vidt som det er muligt, for at skabe tryghed omkring situationen for kvinden.

Derudover så udarbejder man også en plan for forløbet efter fødslen, med henblik på at få etableret den bedst mulige behandling og støtte til både mor og barn. Dette indebærer ofte observation og behandling af barnet symptomer såfremt barnet har eventuelle påvirkninger af moderens forbrug i graviditeten, ligesom at man ser på relationen og tilknytningen mellem mor og barn (Sundhedsstyrelsen 2010: 16).

5. Litteraturgennemgang

Afsnittet litteraturgennemgang skal medvirke til at belyse hvorledes jeg i projektet har afdækket feltet for litteratur og eksisterende forskning. Derudover vil afsnittet bidrage med et indblik i den eksisterende litteratur på området, og dermed belyse hvilke områder, som tidligere har lagt til grund for undersøgelser og forskning.

5.1 Litteratursøgning

For at få et indblik i den eksisterende litteratur på området har jeg på forhånd udvalgt nogle begreber, som kunne være anvendelige til dette, samt medvirke til at udvide min forståelse af feltet. De udvalgte begreber er 'sårbare gravide', 'familieambulatoriet', 'rusmidler', 'Føtal alkohol syndrom', 'FAS', 'gravid misbruger', 'tvangsbehandling', 'frivillig tvang', 'magt' og 'rusmiddelproblemer'. De udvalgte begreber blev anvendt som søgeord på forskellige forskningsportaler og hjemmesider, og er blevet anvendt på både dansk og engelsk. Følgende er et udsnit af de søgeportaler som er blevet anvendt i forbindelse med litteratursøgningen:

www.projekter.aau.dk, www.sfi.dk, www.socialstyrelsen.dk, www.sst.dk, www.sum.dk,
www.bibliotek.dk, www.scholar.google.dk og www.aub.aau.dk.

5.2 Eksisterende undersøgelser

Nogle af de emner som er blevet berørt i de eksisterende undersøgelser er emner såsom risiko i forbindelse med graviditeten, behandlingstilbud i form af forskellige evalueringer af de forskellige

indsatser på området for gravide med et rusmiddelforbrug, samt følgevirkninger som konsekvens af de påvirkninger de har været udsat for i fosterstadiet.

5.2.1. Risiko

I forhold til risiko perspektivet, så har man fokuseret på hvordan kvinderne generelt oplever de risikoer som eksisterer i forbindelse med graviditeten, men ligeledes også de forskellige udsatte gravide kvinder, som har forskellige problematikker, der kan udgøre en risiko for både kvinden selv, men også barnet under og efter graviditeten, hvorfor man blandt andet har fokuseret på psykiske problemer, samt forskellige handicap og diagnoser (Petersen et.al 2015: 6-8; Oldrup & Vitus 2011: 7-14).

En af de pågældende undersøgelser, som har fokus på risiko, er Grit Niklassons ph.d.-afhandling *At være gravid – Kvinders oplevelser af tilbud, valg og krav*. Hun har i afhandlingen fokus på hvad gravide kvinder gennemgår i løbet af deres graviditet, og særligt med øje for de samfundsmæssige og kulturelle aspekter. Niklasson har ligeledes inddraget kvindernes egne oplevelser omkring samfundets forventninger til dem undervejs, såsom familie, venner, sundhedssystemet og lignende. Niklasson finder i sin undersøgelse frem til kvinderne overordnet har en tillid til sundhedssystemet og deres tilbud, men at de samtidig oplever uengagerede professionelle, som ofte, i kvindernes optik, tilbyder unødvendige eller irrelevante behandlingstilbud. Derudover fandt hun, at der ofte er en uoverensstemmelse mellem kvindernes egne forventninger til undersøgelserne kontra de professionelles forventninger, dette ses eksempelvis ved risikovurderinger, hvor formålet for den professionelle er at vurdere barnet og graviditeten, mens den gravide ser det mere som et hyggeligt møde, hvor man oplever nærhed med fosteret (Niklasson 2014: 231).

5.2.2. Behandlingstilbud

Der er lavet flere rapporter i forhold til de forskellige behandlingstilbud, som ligger til grund for arbejdet med de sårbare og udsatte gravide, herunder både svært belastede kvinder, og kvinder med mindre problematikker såsom socioøkonomiske forhold og lignende (Petersen et.al 2017: 5; Sundhedsstyrelsen 2017: 5-6; Sundhedsstyrelsen 2010). Fokusset på familieambulatoriet og dennes model for arbejdet ses blandt andet i følgende udgivelse fra Sundhedsstyrelsen *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel*

(2010). Udgivelsen redegør for selve interventionsmodellen, men bidrager samtidig med et indblik på hele feltet, og i særdeleshed hvorledes familieambulatoriet håndterer den pågældende målgruppe (Sundhedsstyrelsen 2010: 5).

5.2.3. Børn af gravide med et forbrug af rusmidler

I forbindelse med kvinder, som har haft et forbrug af rusmidler under graviditeten, har man særligt haft fokus på hvorledes børnene påvirkes af dette i opvæksten, både i forhold til selve fødslen og det første leveår, men ligeledes også i det efterfølgende år, og som voksne (Sundhedsstyrelsen 2010: 5; Killén & Olofsson 2003). Man har med andre ord fokuseret på de senfølger der har været ved moderens forbrug, samt om det har en indflydelse hvilket rusmiddel moderen har benyttet. En udgivelse, som netop har fokuseret på børnenes efterfølgende livsforløb er *Sårbare børn - Børn, forældre og rusmiddelproblemer* som er redigeret af Kari Killén og May Olofsson. Udgivelsen belyser hvordan børnene påvirkes afhængigt af moderens rusmiddelforbrug, hvordan tilknytning til sine omsorgspersoner og lignende har indflydelse på resten af barnets opvækst, og ligeledes også kan påvirke individet hele livet (Killén & Olofsson 2003: 13-14, 30-32, 47-48).

6. Videnskabsteori

I følgende afsnit vil der blive redegjort for specialets videnskabsteoretiske ståsted, samt hvilken indflydelse dette har for projektets udformning.

Hermeneutikken består overordnet af fire forskellige retninger, som adskiller sig fra hinanden på forskellige parametre, ligesom at de på andre områder ligeledes er sammenlignelige. Disse fire retninger er følgende: den traditionelle, den metodiske, den filosofiske og den kritiske hermeneutik (Højberg 2012: 311-312). Det videnskabsteoretiske ståsted i nærværende projekt er den filosofiske hermeneutik.

Den filosofiske hermeneutik forbindes med Martin Heidegger (1889-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002), som begge anses for at være foregangsmænd til denne retning. Den filosofiske hermeneutik søger at gøre op med den dengang herskende opfattelse af, at metodisk anvendelse var lig objektiv og sikker viden. Dette gøres blandt andet via ønsket om, at man bør stræbe efter at forstå individers egne subjektive forståelser omhandlende konkrete fænomener (Juul 2012: 121; Andersen & Koch 2015: 249). Det pågældende formål stemmer i høj grad overens

med projektets, idet jeg her søger at opnå indsigt i de professionelles holdninger, erfaringer og forventninger til tvangsbehandling af gravide med et forbrug af rusmidler. Det er med andre ord de professionelles forståelser af fænomenet som jeg søger at opnå indsigt i.

Inden for den filosofiske hermeneutik anses mennesket som værende et forstående og fortolkende væsen, med dette menes der, at vi som menneske altid vil have en forståelse af noget før vi tilgår det, dette er vores forforståelse. Forforståelsen er baseret på ens fordomme, som i denne sammenhæng ikke skal anses som noget negativt, men blot som domme der er fældet på forhånd, og som bidrager med en forventning om, hvad det er vi kan forvente os af den givne situation vi er ved at tilgå. Eftersom at vores fordomme kun er forventninger, så er de ikke endegyldige, hvorfor de kan og bør udfordres og sættes på spil når vi indgår i interaktioner, dette gøres blandt andet ved at forholde sig åbent og stille spørgsmål (Højberg 2012: 322, 328; Andersen & Koch 2015: 231-232). I forhold til projektet betyder det også at jeg som forsker på forhånd har mig en forforståelse af såvel emnet som helhed, men ligeledes også til de forskellige elementer i projektet.

Gadamer betegner også mennesket som værende et historisk og sprogligt væsen. Med historisk menes der at vi som individer lever i historien, vi er en del af den lige nu, vi er et produkt af fortiden, og vi vil have indflydelse på fremtiden. Han mener dermed at fortid, nutid og fremtid er en del af det at være menneske, og medvirkende til den måde vi forstår og agere på. Det sproglige aspekt er den måde hvorpå vi som mennesker kommunikere, og dermed forstår hinanden, det er sproget der gør at vi som menneske forstår den verden vi er en del af (Højberg 2012: 326, 330).

Når vi som individer forsøger at forstå noget så gør vi det altid ud fra et bestemt perspektiv, nemlig vores forståelseshorisont. Forståelseshorisonten er vores individuelle og subjektive tilgang til den verden vi lever i, hvorfor der ikke findes andre identiske forståelseshorisonter (Højberg 2012: 342). Selvom forståelseshorisonten er individuel og unik, så er den på samme tid også fælles, forstået på den måde, at det er noget vi deler med andre i interaktionen. Denne deling betegnes som horisontsammensmeltning, og denne finder sted i mødet mellem to eller flere parter, hvor hver af parternes synsvinkel belyser samme område. Enighed er ikke en

nødvendighed for horisontsammensmeltningen, det kræver blot at andres synsvinkler gøres til et perspektiv i ens egen tankegang, hvorved ens forståelseshorisont udvides og forandres (Højberg 2012: 322-325). Vores forståelseshorisont er altså ikke en fastforankret størrelse, men er fleksibel og foranderlig i takt med at vi hele tiden forsøger at forstå. I forhold til projektet kommer dette særligt til udtryk, når jeg som forsker indgår i en interaktion med informanterne, her vil jeg hver gang møde dem med min forståelseshorisont, samtidig med at jeg skal forholde mig åbent til deres perspektiv, for derved at implementere deres forståelse af fænomenet som et udbygget element i min forståelse. Det er i den forbindelse vigtigt, at man som forsker er bevidst omkring den dobbelthermeneutik som finder sted, da denne påvirkning og implementering af andres perspektiver ikke kun går den ene vej, men ligeledes også udføres af informanterne, da de på samme måde vil integrere min forståelse af fænomenet som en del af deres overordnede forståelse (Højberg 2012: 338-339). Den vekselvirkning der sker, hvor man hele tiden implementere nye og anderledes elementer i ens helhedsforståelse, betegnes som den hermeneutiske cirkel, den er dog afhængig af, at man først har en forståelse af fænomenet, hvorudfra man kan forstå andre elementer som man præsenteres for (Højberg 2012: 312). "*Det, jeg forstår, kan jeg kun forstå på baggrund af det, jeg allerede forstår*" (Birkler 2005: 98). Det er altså i mødet med andre, at vores viden og forståelse udfordres og udbygges. Denne cirkulation mellem eksisterende forståelse og erhvervelse af ny viden som implementeres afsluttes aldrig, og den hermeneutiske cirkel er derfor uendelig (Højberg 2012: 320).

Den hermeneutiske cirkel udgør ligeledes også et grundprincip for ontologien i den filosofiske hermeneutik, da cirklen er en betingelse for hele den måde hvorpå vi som mennesker forstår og fortolker på, den gennemsyre al menneskelig erkendelse. I princippet anses alle fortolkninger, og dermed al menneskelig erkendelse som værende lige sande, der er altså ikke noget der er rigtigt og forkert. Epistemologisk er der ikke nogen overordnet retning i forhold til at opnå en absolut og objektiv sandhed, da al viden afhænger af både individet der frembringer den, såvel som individet der fortolker den (Juul 2012: 110-111; Højberg 2012: 331-332). Den filosofiske hermeneutiks ontologi og epistemologi får således betydning for den viden jeg kan opnå, og dermed også projektets afsluttende konklusion, da denne vil være præget af ikke at kunne frembringe nogle overordnede sandheder, men derimod kun kan præsentere mine fortolkninger og forståelse af de subjektive holdninger som informanterne har præsenteret mig for i empiriindsamlingen.

7. Metode

Metode afsnittet har til formål at give læseren et indblik i hvilke metodiske tilvalg der er gjort undervejs i projektet, samt de forskellige overvejelser som har lagt til grund for valgene. Afsnittet vil indledningsvis redegøre for den adaptive tilgang og forskningsdesignet. Efterfølgende vil der blive redegjort for empiriindsamlingsmetoden, som i projektet er baseret på den kvalitative metode, her vil der også blive præsenteret hvordan der er opnået adgang til feltet og bearbejdningen af det indsamlede materiale. Mens der afslutningsvis vil være et afsnit omkring kvaliteten af projektet.

7.1 Adaptiv tilgang

Den adaptive tilgang blev introduceret af sociolog Derek Layder, som et forsøg på at danne en alsidig teori, hvor det ville være muligt at forbinde modsætningsfyldte forhold såsom kvantitative og kvalitative metoder, mikro- og makroniveau, samt distinktionen mellem induktiv og deduktiv metode. Han søger dermed at gøre op med den dualisme tænkning, som førhen har præget det sociologiske felt (Jacobsen 2012: 251).

Den alsidighed og fleksibilitet som den adaptive tilgange indebærer, påvirker samtidig også måden hvorpå teorier anskues, da disse ikke anses som fuldstændige og endegyldige beskrivelser af virkeligheden (Jacobsen 2012: 262). Teorier anses derimod som åbne for fortolkning og modifikationer, dette udtrykker Layder selv på følgende måde: *"Den 'adaptive' del af begrebet henviser til, at teorien både tilpasser sig eller formes af indkomne empiriske fund, samtidig med at data selv filtreres gennem (og tilpasses) det eksisterende teoretiske stof, der forekommer relevant, og som er tilgængeligt"* (Jacobsen 2012: 2611-262). Der eksisterer altså en gensidig påvirkning mellem teori og empiri, som skaber en samlet forståelse. Man kan argumentere for, at denne gensidige påvirkning i nogen grad minder om den hermeneutiske cirkel, hvor ny og anderledes viden hele tiden påvirker vores overordnede forståelse, således at der etableres en revurderet forforståelse inden vi igen lader os berige med nye informationer (Jf. Videnskabsteori)

I forbindelse med nærværende projekt vil Layders tilgang særligt komme til udtryk i forhold til den vekselvirkning som vil være mellem den induktive og deduktive fremgangsmåde (Jacobsen 2012: 254). Dette ses blandt andet i forbindelse med empiriindsamlingen, da der her vil være et deduktivt udgangspunkt, da det er valgt at inddrage enkelte teoretiske begreber forud for

empiriindsamlingen, disse begreber bidrager dermed med en ramme af det område som undersøges. Efter endt empiriindsamling fremkommer den induktive tilgang, da det her igen bliver muligt at supplere med andre relevante teorier og teoretiske begreber, som kan medvirke til at belyse de nyerehvervede og mulige overraskende komponenter. Derudover vil man ligeledes kunne se en kombination af både mikro- og makroniveau i forhold til, at jeg søger at få indblik i individernes subjektive holdninger og erfaringer, lige såvel som at de bliver præsenteret for lovgivningsmæssige rammer for behandlingstilbud på tværs af landegrænser.

7.2 Forskningsdesign

Overordnet skelner man mellem fire forskellige forskningsdesign, det eksperimentelle design, det longitudinale design, tværsnitsdesign og casestudiedesignet (de Vaus 2001: 48). De forskellige designs kan så igen anvendes på et utal af forskellige måder, hvor diversiteten i undersøgelserne er baseret på hvilke valg man gør sig. Ens valgte forskningsdesign bidrager med en struktur for undersøgelsesforløbet, og danner dermed rammen for projektets indhold og udførelse (de Vaus 2001: 9).

Ens valgte forskningsdesign skal medvirke til at besvare ens problemformulering på bedste vis, derfor er det i projektet valgt, at gøre brug af casestudie designet, da dette vil være mest optimalt i forbindelse med besvarelsen af projektet problemformulering. Forklaringen hertil er at casestudie designet er kendetegnet ved at undersøge specifikke elementer eller fænomener, som finder sted inden for mere komplekse felter (Yin 2012: 3-5), hvilket netop er tilfældet i nærværende projekt, hvor fokus er på de professionelles holdninger og erfaringer i forbindelse med udvalgte behandlingsmuligheder, inden for området omhandlende gravide med et forbrug af rusmidler.

Casestudie designet er baseret på flere forskellige komponenter, som man må gøre sig klart, for at kunne etablere de bedste rammer for ens undersøgelse. Disse komponenter består blandt andet af, om man benytter en enkelt eller flere cases, om man har fokus på hele feltet, eller kun dele af det (Yin 2012: 10-11). I projektet belyser jeg kun dele af fænomenet, dette skyldes at jeg udelukkende beskæftiger mig med de professionelles synsvinkler, skulle jeg klarlægge hele fænomenet burde jeg ligeledes inddrage både de kvinder der er i behandling, dem der tidligere har været det, og eventuelle pårørende. Derudover ville det også være relevant at belyse de

kvinder som henvender sig til Familieambulatorierne af andre årsager end eget rusmiddelforbrug – eksempelvis en partners forbrug, et forbrug i barnet tidlige leveår men ikke under graviditeten og lignende situationer, som ligeledes hører under Familieambulatoriernes behandlingsområde. Derudover må man også tage stilling til, om man arbejder parallelt eller sekventielt i forbindelse med ens empiriindsamling (de Vaus 2001: 220, 227-228).

Eftersom jeg i projektet ønsker at belyse de holdninger og erfaringer, som de professionelle på landets Familieambulatorier har i forhold til udvalgte behandlingsmuligheder, er casestudie designet baseret på flere cases, som hver især udgøres af en professionel fra landets Familieambulatorier (Yin 2012: 12). Det er valgt at anse de professionelle som værende individuelle cases, da deres holdninger og erfaringer på området vil være subjektivt betinget, hvorved hver case er baseret på en unik forståelseshorisont (jf. videnskabsteori).

I forbindelse med empiriindsamlingen, som vil være baseret på den kvalitative metode, mere konkret på interviews kombineret med vignetmetoden, vil man kunne argumentere for at der arbejdes både parallelt og sekventielt. Med parallelt menes der, at empirien indsamles samtidig uden ændringer i blandt andet interviewguiden og lignende, mens man ved sekventielt indsamler empiri over en afgrænset periode, og dermed har mulighed for at tilpasse ens materiale fra gang til gang (Yin 2012: 12-13). Argumentet for den parallelle fremgangsmåde er at jeg ikke undervejs laver ændringer i hverken interviewguiden eller vignetterne, da jeg dermed ikke belyser informanternes subjektive holdninger og erfaringer ud fra samme kontekst, hvorved muligheden for at sammenligne på tværs elimineres, dette til trods for at jeg ikke indsamler empirien samme tid og sted, men blot over en kortere periode. Derimod vil argumentet for at jeg arbejder sekventielt være, at jeg netop indsamler empirien over en kortere periode, og at jeg med udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel dermed fra gang til gang vil kunne have erhvervet mig ny viden, som derfor vil lægge til grund for min forforståelse ved den efterfølgende interviewsituation (Yin 2012: 13).

7.3 Kvalitativ metode

I projektet anvendes den kvalitative metode, da denne tilgang bidrager med muligheden for at belyse individers unikke synspunkter, altså forstå verden fra deres vinkel, og opnå indsigt i deres viden (Kvale & Brinkmann 2009: 144). Dette er særligt relevant i forhold til projektet, da formålet

her er at belyse hvorledes de professionelle på landets familieambulatorier forholder sig til de behandlingsmuligheder vi har i Danmark såvel som i Norge, og derved opnå et indblik i hvilke holdninger, erfaringer og refleksioner de gør sig om dette emne. Kvalitativ metode er ligeledes velegnet i forbindelse med hermeneutikken, da man her søger at forstå situationer og fænomener på baggrund af fortolkning af andres og egne erfaringer og viden (Jf. Videnskabsteori).

Det er valgt at kombinere to kvalitative metoder, interview og vignetmetoden, som begge vil blive introduceret nedenfor. Formålet med at kombinere de to metoder er, at de hver især bidrager med elementer, som muliggør besvarelsen af problemformuleringen, for hvor interview bidrager med muligheden for at udspørger og gå i dybden, så bidrager vignetmetoden med muligheden for at skabe virkelighedsnære praksis situationer, som kan benyttes til at få den professionelle til at reflektere over de muligheder og begrænsninger som indgår i deres arbejdsliv (Kvale & Brinkmann 2009: 144; Ejrnæs & Monrad 2012: 13).

7.3.1 Interview

Interview er som undersøgelsesmetode særlig velegnet til at opnå indsigt i enkelte individers forståelse, viden og mening om konkrete fænomener og emner. Et interview kan have flere forskellige strukturer og faconer, ligesom at man kan have forskellige målgrupper, og man må derfor tilpasse sin interviewundersøgelse til ens emne og målgruppe (Riis 2005: 104; Kvale & Brinkmann 2009: 164).

I forbindelse med projektet er det valgt at gøre brug af det semistrukturerede interview, hvilket betyder, at der på forhånd er udvalgt nogle overordnede tematikker og enkelte spørgsmål, som fungerer som en overordnet struktur for interviewsituationen, samtidig med at man har mulighed for at forfølge eventuelle nye og overraskende elementer som frembringes i interviewet.

Derudover bidrager metoden med muligheden for at kunne omformulere spørgsmål ved opstået tvivl eller misforståelser, ligesom at man kan få klarlagt eventuelle besvarelser mere dybdegående (Kvale & Brinkmann 2009: 144).

Med udgangspunkt i specialets fokus på behandlingsmulighederne for gravide med rusmiddelproblematikker, er det valgt at informanterne skal være professionelle fra landets familieambulatorier, da de dermed har viden og dagligdags erfaring på området. Da informanterne er udvalgt på baggrund af deres særlige ekspertise og viden på området, vil interviewene være

såkaldte ekspertinterviews, også betegnet som eliteinterviews (Kvale & Brinkmann 2015: 201-202). Når man foretager ekspertinterviews, er det særligt vigtigt at man på forhånd har opnået et grundigt kendskab til feltet, ligesom at det er vigtigt at have afdækket de forskellige sproglige udtryk, som kan have speciel betydning på området. Dette afspejler samtidig at man har respekt for eksperthen og dennes arbejdsliv, og at man er taknemlig for at de har fundet tid til at deltage i et interview (Kvale & Brinkmann 2009: 167; Riis 2005: 108-109).

Derudover skal man være opmærksom på, at eksperthen kan have en skjult agenda for sin medvirken, det kunne eksempelvis være at de vil frembringe bestemte synspunkter om emnet (Kvale & Brinkmann 2009: 167). Man må derfor sikre sig, at man har kompetencerne til at kontrollere situationen, så man får besvaret de spørgsmål man havde til hensigt at få besvaret, fremfor at lade eksperthen styre interviewsituationen. Dette kan man blandt andet sikre ved at lave en mere struktureret interviewguide, for derved at fastholde eksperthen til emnet (Riis 2005: 101, 109).

7.3.2 Vignetmetoden

Vignetmetoden er en metode, som er baseret på anvendelsen af vignetter, også betegnet som cases, da disse bidrager med et ensformigt udgangspunkt for individers subjektive holdninger, fortolkninger samt øvrige forståelser og forestillinger omkring konkrete fænomener og emner. Det betyder ligeledes, at informanterne vurderer den samme situation baseret på de samme oplysninger, hvilket gør, at selvom vi som individer forstår og fortolker situationer forskelligt, og dermed agere forskelligt, så kan besvarelsene sammenlignes på tværs af informanterne, da de alle har samme udgangspunkt (Ejrnæs & Monrad 2012: 13-14, 19). Da projektets formål netop er, at opnå en forståelse og indsigt i de professionelles, subjektive holdninger og erfaringer med konkrete behandlingsmuligheder som vi har i Danmark, er metoden særlig relevant i forhold til nærværende projekt. Men metoden er ligeledes også relevant i forhold til socialt arbejde som helhed, da man her oftest vurderer behandlingsmetoder, muligheder og lignende med udgangspunkt i konkrete situationer, hvor hele klientens kontekst og livssituation kan have indflydelse på, hvilke foranstaltninger som tilbydes og igangsættes (Ejrnæs & Monrad 2012: 16).

Vignetter kan have mange forskellige udformninger, de kan således både forekomme skriftligt, mundtligt og som billedligt materiale. Ligesom at udformningen kan være mangeartet, så kan

anvendelsesmåden også variere (Ejrnæs & Monrad 2012: 13). Man kan anvende vignetter så de fungerer som en åbning, hvor informanterne præsenteres for vignetten som det første. Man kan ligeledes også anvende vignetter som udgangspunkt for hele ens empiriindsamling, hvorved vignetten spiller en hovedrolle, og dermed skal anvendes som forudsætning for det resterende forløb. Vignetten kan dog også anvendes som en måde at belyse konkrete tematikker på, hvilket netop er tilfældet i nærværende projekt, dette gøres ved at hver vignette er baseret på, eller belyser et bestemt tema eller område, hvorefter informanterne skal forholde sig til dette. Såfremt man benytter flere vignetter, vil de efterfølgende vignetter kunne belyse andre områder eller tematikker (Ejrnæs & Monrad 2012: 28-29, 43).

Når man benytter vignette metoden, skal man være opmærksom på at den empiri, som man ender ud med, er afhængig af ens vignetter. Dette skyldes, at vignetterne har fungeret som en kontekst for de besvarelser man har fået i ens empiriindsamling. Man vil altså ikke kunne adskille besvarelserne fra den konkrete vignette kontekst (Ejrnæs & Monrad 2012: 33).

7.3.2.1. Vignette konstruktion

Når man skal konstruere vignetter, så er det særlig vigtigt at man tager højde for ens målgruppe, samt at man formår at få besvaret ens problemformulering. Vignetten skal fremstå realistisk for modtageren, den beskrevne situation eller fænomen skal med andre ord kunne foregå i praksis situationer for den konkrete modtager, dette gælder også selvom vignetten er fiktiv eller hypotetisk. Dette skyldes, at hvis man som informant ikke kan forholde sig til den beskrevne situation, så kan det være svært at give et brugbart svar (Ejrnæs & Monrad 2012: 13, 56-57).

Derudover skal man være opmærksom på de informationer som gives i vignetterne. Har man givet alle de oplysninger, som man vurderer som værende relevante for informanternes forståelse og vurdering af vignetten, eller har man bevidst udeladt nogle detaljer, eksempelvis fordi man forventer en reaktion på at disse mangler (Ejrnæs & Monrad 2012: 39-41).

Man bør ligeledes også være opmærksom på sprogbrugen, eksempelvis vil faglige termer i nogle situationer ikke være hensigtsmæssige fordi målgruppen måske ikke er bekendt med disse, ligesom at værdiladede udtryk og udsagn kan virke uhensigtsmæssigt i en vignette. Overordnet kan man undgå problematikker ved sprogbrugen, ved at have et indgående kendskab til feltet, ligesom at man kan tydeliggøre hvem der siger de konkrete udsagn og udtryk (Ejrnæs & Monrad 2012: 54-

55, 60-61). I forhold til de professionelle, som er informanter i nærværende projekt, vil det i nogen henseender være relevant at beskrive situationer, hvor kollegaer eller andre ligestillede allerede har ageret, således at de kan udtrykke deres holdninger til den konkrete behandlingssituation i stedet for at frembringe egne handletendenser (Ejrnæs & Monrad 2012: 46-47).

Vignetterne i projektet er konstrueret på baggrund af elementer som eksisterende cases, teoretisk viden, samt viden om feltet. De eksisterende cases som har lagt til grund for udformningen af projektets vignetter, har fungeret som inspiration til elementer og informationer, som burde videregives i forhold til målgruppen. De eksisterende cases er altså hovedsageligt blevet brugt som inspirationskilde, hvor elementer er blevet udvalgt og omskrevet, således at de passer til nærværende projekt. Den teoretiske ramme, som har lagt til grund for udformningen af vignetterne er Pierre Bourdieus teori om magt, og i særdeleshed hans begreber omkring kapitaler, doxa og symbolsk vold, samt Michel Foucaults begreb om modmagt. Begreberne har bidraget til en teoretisk ramme og forståelse for både de professionelles og de gravide med et forbrug af rusmidlers handlinger på feltet, og dermed bidraget med inspiration til den måde de agere på i vignetterne.

Den viden som jeg har erhvervet via diverse undersøgelser og evalueringer på området, samt Familieambulatoriernes beskrivelser på deres hjemmesider, har medvirket til at give et solidt indblik i feltet, ligesom at det har bidraget med en viden omkring de behandlingsmuligheder der findes på området (Jf. Organisationen - Familieambulatoriet). Derudover så består denne forhåndsviden også af et indblik i de lovgivningsmæssige rammer på området, såvel i både Danmark og Norge.

7.3.2.2. Vignet præsentation

I projektet gøres der brug af tre vignetter, disse er baseret på hvert sit emne, hvorfor der ligeledes er forskellige hensigter med dem. De tre vignetter og formålet med disse vil blive præsenteret nedenfor.

Vignet 1:

- Katja er 27 år og er gravid med sit første barn. Barnet var ikke planlagt, men Katja ønsker at beholde barnet. Katja er afhængig af rusmidler, og har under sin graviditet haft et blandingsmisbrug bestående af alkohol og stoffer(kokain/heroin). Katja er ikke sammen

med faren til barnet, og er ikke klar over hvem faren til barnet er, da der er flere kandidater i spil. Hun ønsker heller ikke at etablere kontakt til de mulige fædre.

Vignet 1 tager udgangspunkt i en situation, hvor der etableres kontakt mellem den gravide kvinde med et rusmiddelforbrug og familieambulatoriet. Formålet med vignetten er at opnå et indblik i hvorledes man ifølge informanten bør agere i den konkrete situation, hvordan de som organisation gør det, samt få et indblik i de erfaringer som den professionelle har i forbindelse med kontakt etableringen med de udsatte kvinder.

Vignet 2:

- Sonja er 30 år, og gravid for anden gang. Barn nr. 2 er planlagt, og Sonja har et stort ønske om at beholde barnet med sin nye kæreste X. Sonja har de sidste 15 år haft et on/off forbrug af rusmidler, primært alkohol, men supplere til tider også med forskellige medikamenter. Sonja var under første graviditet stærkt påvirket af alkohol, og var meget ustabil i forhold til sin behandling og kontakt med Familieambulatoriet. Første graviditet endte med en tvangsfjernelse, og Sonja har i dag ingen kontakt til barnet. Sonjas nye partner X er ikke rusmiddelafhængig, men ryger nogen gange hash med kammeraterne. Sonja har været ude af sin afhængighed i en periode på 9 måneder, 6 måneder før graviditeten samt de første 3 måneder af graviditeten, men faldt tilbage grundet et skænderi med kæresten, og har på nuværende tidspunkt drukket i 3 måneder. Da man på forhånd har kendskab til Sonjas afvekslende tilstand tilbydes hun muligheden for at indgå en kontrakt om, at hun må tilbageholdes mod sin vilje.

Vignet 2 omhandler muligheden for etablering af en kontrakt omkring tilbageholdelse mod kvindens vilje, også betegnet som frivillig tvang. Vignetten er udformet således at det er andre end informanten selv, der har foretaget behandlingen, da det ofte er nemmere at vurdere andres handlinger end at skulle forholde sig til ens egen (Jf. Vignet konstruktion). Formålet med denne vignet er at frembringe de professionelles subjektive holdninger og erfaringer med denne behandlingsmulighed.

Vignet 3:

- 30 årige Johanne fra Norge er gravid med sit første barn. Barnet var ikke planlagt, men ønsket om at beholde barnet er der. Johanne har siden hun var 15 år været svær alkohol- og narkotika afhængig. Johanne er i 12 svangerskabsuge, da hun første gang indlægges via frivillige tilbud. Her forlader hun dagligt afdelingen og kommer tilbage svært beruset, hun supplere dagligt den medicin hun får på afdelingen med 2 flasker rom. Johanne optræder ligeledes aggressivt og truende over for personalet, hvorfor man må opgive at behandle hende via frivillige tilbud. Grundet Johannes adfærd samt den herskende sandsynlighed for at barnet fødes med skader, besluttet det, at Johanne tvangsbehandles på klinikken Y, som er en speciel døgninstitution for gravide rusmiddelafhængige. Selvom Johanne nu ikke har mulighed for at forlade klinikken, så er det stadig frivilligt om hun ønsker at modtage behandling.

Vignet 3 tager udgangspunkt i den norske behandlingsmulighed med tvangsbehandling af gravide kvinder med et rusmiddelforbrug (Jf. Indledning & Problemfelt). Formålet er her at få belyst de professionelles tanker, holdninger og forståelser af tvang som behandlingsmulighed, men ligeledes også hvorvidt denne behandlingsmulighed bør implementeres i Danmark.

De tre vignetter bliver inkorporeret i interviewguiden, og vil fungere som startelementer ved emneskift, ligesom at de vil fungere som en overordnet tematik for de efterfølgende spørgsmål.

7.4 Adgang til feltet

I følgende afsnit vil det blive præsenteret hvorledes der er blevet etableret kontakt til de relevante instanser og informanter. Eftersom at projektets fokus ligger på at opnå indsigt i de professionelles holdninger omkring tvangsbehandling af gravide med et forbrug af rusmidler, er netop disse målgruppen for projektet. Da jeg ikke på forhånd havde noget kendskab til eventuelle personer, der kunne agere som en gatekeeper for mig, og dermed etablere adgang til feltet, er det valgt at kontakte landets 5 familieambulatorier via mail.

I den udsendte mail oplyste jeg om hvem jeg er, og hvad min hensigt med henvendelsen var, ligesom at den bestod af en anmodning om, at min søgen efter informanter viderebringes til relevante parter. I mailen blev de derfor ligeledes også oplyst omkring hvem de relevante informanter er for mig, samt hvad formålet er med min undersøgelse, således at de havde mulighed for at videreformidle min henvendelse. Derudover fik de oplyst diverse praktiske

informationer såsom interviewets varighed, placering, mine kontaktoplysninger og lignende, som i særdeleshed vil være relevante for at eventuelle informanter ved hvad de indvilliger i, samt hvorledes de kontakter mig ved interesse (jf. Bilag 1).

Efter afsendelsen af den pågældende mail har jeg modtaget tilbagemeldinger fra fire ud af landets fem regionale familieambulatorier, hvor flere ligeledes har givet udtryk for at projektet lyder spændende, og at de vil videreformidle min henvendelse til relevante parter. På baggrund af dette har jeg fået etableret kontakt til fire professionelle, hvoraf jeg fik arrangeret interview med de tre af dem. Den fjerde var det ikke muligt at få etableret et møde med inden for den afsatte periode grundet afholdelse af ferie for den pågældende.

En af informanterne var behjælpelig med at videreformidle min søgning efter informanter til flere relevante parter, ligesom at en anden udleverede en mailliste over relevante personer, således at jeg selv kunne etablere kontakt. Dette resulterede i yderligere et interview, således at projektets empiri materiale i alt består af fire interviews.

7.8 Interviewguide

Empiriindsamlingen i projektet vil som tidligere beskrevet bestå af en kombination af interview og vignette-metoden (Jf. Kvalitativ metode). Det betyder ligeledes også, at der i interviewguiden indgår elementer fra begge metoder, altså vignetter og spørgsmål. Interviewguiden er opdelt i forskellige afsnit, en indledning, en midte inddelt i flere tematikker, og en afsluttende del. Vignetterne vil fungerer som opstart på de forskellige tematikker som præsenteres undervejs i interviewsituationen (Jf. Bilag 2).

Indledningsvis er det valgt at starte ud med en introduktion til informanterne, dette er valgt for at sikre at de er indforstået med hvorledes interviewet vil forløbe, blandt andet at de undervejs vil blive præsenteret for forskellige vignetter, og at de i den forbindelse kan vælge mellem selv at læse dem, eller at få dem læst op. Derudover informeres de ligeledes om øvrige praktiske elementer såsom anonymitet, lydoptagelse og opbevaringen og håndtering heraf (Kvale & Brinkmann 2009: 149).

Selve interviewet startes med spørgsmål omhandlende informantens uddannelses- og arbejdsmæssige baggrund, samt en belysning af den funktion og de arbejdsopgaver som informanten har på nuværende tidspunkt (Jf. Bilag 2). Dette er valgt for at starte interviewet stille

op, og opnå et bedre kendskab til informanten, og dennes vidensområde. Derudover skal spørgsmålene fungere som en blød åbning hvor det er formålet at få etableret en tryk og tillidsfuld atmosfære (Riis 2005: 109).

Efterfølgende introduceres de tre overordnede tematikker enkeltvis, dette gøres via vignetterne, som hver især følges op af forskellige rammespørgsmål, som skal bidrage med en indsigt i informanternes erfaring og holdninger. Tematikkerne omhandler Behandling på familieambulatoriet, frivillig tvang, og Norges mulighed for tvangsindlæggelse med lovhemmel. Nogle af besvarelsene på vignetterne vil efterfølgende ligge til grund for opfølgende og uddybende spørgsmål, som er afhængige af den enkelte informants besvarelser på rammespørgsmålene. Derudover har jeg på forhånd formuleret enkelte spørgsmål, med det formål at kunne få nogle uddybende besvarelser, i tilfælde hvor informantens besvarelse ikke rummer elementer som vil være relevante at følge op på i forhold til projektets fokus. Disse spørgsmål har ofte karakter af enten eller spørgsmål, som eksempelvis ja eller nej, denne type spørgsmål bidrager med en indikation af hvilken retning man kan spore interviewet, for at få uddybende besvarelser (Riis 2005: 109-110; Kvale og Brinkmann 2009: 155-156).

I sidste del af interviewet vil informanterne blive præsenteret for nogle mere direkte og konfronterende spørgsmål, som har til hensigt at få informanterne til at reflektere over egne standpunkter, samt forholde sig til de muligheder og begrænsninger som hersker på området i dag (Kvale & Brinkmann 2009: 156, 167).

Afslutningsvis vil interviewet blive afrundet med en opsummering af de hovedpunkter, som jeg som interviewer har opnået via interviewsituationen, for at få bekræftet min forståelse af disse, ligesom at informanten vil blive spurgt ind til eventuelle tilføjelser både i forhold til hele emnet, men lige såvel også til hvorledes de har oplevet interviewsituationen som helhed, og derved afrunde interviewet på stille og rolig vis (Kvale & Brinkmann 2009: 149).

7.9 Transskribering

Det er i specialet valgt at transskribere de fire interviews, som udgør specialets empiri, og dermed omdanne lydoptagelserne til tekstmateriale. Denne beslutning er truffet, for bedre at kunne danne et overblik over de forskellige informanternes besvarelser, såvel som sammenholde dem på tværs af hinanden, således at disse vil kunne anvendes i analysen (Kvale & Brinkmann 2009: 199).

I forbindelse med transskriberingen, og derved omdannelsen af de sproglige udtalelser til tekstmateriale, skal man være opmærksom på at dette kan have nogle konsekvenser. Eksempelvis vil elementer som ironi, stemmeleje og diverse tænkepauser kunne gå tabt når man omdanner tale til tekst, hvilket kan have indflydelse på den fortolkning som foretages af informanternes besvarelser (Kvale & Brinkmann 2009: 199-200).

Derudover skal man være opmærksom på hvordan man transskriberer, dette er særligt vigtigt såfremt man er flere om at udføre transskriberingerne, hvilket ikke er tilfældet i nærværende projekt, da jeg selv har foretaget både interviews og transskriberingerne (Kvale & Brinkmann 2009: 202-203). Dog har jeg inden påbegyndelsen af transskriberingen valgt at fastsætte følgende retningslinjer:

- Udelad stammen, ord gentagelser og lignende, således at udtalelserne bliver mere tekst venlige.
- Korte pauser markeres ved bindestreg –
- Længerevarende pauser markeres med (...)
- Udelad bekræftende ord og lyde, såsom ja, mmh, hmm osv. fra intervieweren selv, for at skabe mere flyde tekstmateriale, da sådanne tilkendegivelser ikke er forstyrrende i sproglig kommunikation, mens det i tekstmaterialet vil fremstå som afbrydelser.

Derudover har jeg valgt først at transskribere interviewene overfladisk, således at meningen blot frembringes i udsagnene, for derefter at gå mere i dybden med de relevante udsagn, som vil blive anvendt i analysen. Denne fremgangsmåde er valgt for at undgå unødvendig tidsspilde på transskriberingerne, da det at transskribere er en tidskrævende proces, hvorfor dybdegående transskribering af samtlige interviews og udtalelser ville kræve ekstremt meget tid (Kvale & Brinkmann 2009: 202).

Normalvis ville man kunne anse det at transskribere egne interviews som en ulempe, da man herved ville kunne lave en bedre selvfremsstilling blandt andet ved at ændre talemåder og udtryk som kan virke ulogiske ved efterfølgende bearbejdning af materialet. Dog kan det ligeledes være en fordel netop at transskribere egne interviews, da det bidrager med en indsigt i ens egen måde at interviewe på, og derved kunne bidrage med ny viden til videreudvikling af ens kompetencer på området (Kvale & Brinkmann 2009: 202). I dette projekt anser jeg det dog ikke som en ulempe at

det kun er mig selv der har interviewet samt transskriberet, dels grundet den fremgangsmåde som jeg har benyttet som nævnt ovenfor, men ligeledes også fordi jeg allerede tidligere i min uddannelse har prøvet både at transskribere egne og andres interviews, hvorfor jeg allerede er i besiddelse af kompetencer på området. Derudover kan man ligeledes argumentere for at det er en fordel i forbindelse med projektets videnskabsteori, da processen med at lytte og omforme lydoptagelserne til tekstmateriale kan bidrage med nye fortolkninger, og dermed indgå som et led i den hermeneutiske cirkel, fordi man her endnu engang hører andres perspektiver og kan reflektere over disse (jf. Videnskabsteori).

7.9.1 Lydfilernes kvalitet

Alle interviewene er foregået på informanternes arbejdspladser, hvorfor det er de pågældende informanter, som har arrangeret lokaliteterne til interviewene. Interviewene har derfor været placeret i kontor- og mødelokaler, i den forbindelse har der været mere eller mindre forstyrrelser fra omgivelserne. Eksempler herpå er blandt andet støj fra håndværkere og deres maskiner, støj fra de tilsluttende lokaler såsom gangarealer og øvrige kontorer. Selvom dette har påvirket lydkvaliteten negativt, så har man stadigvæk problemfrit kunne høre og forstå hvad informanterne har udtalt sig omkring. Noget man skal være særligt opmærksom på når man interviewer er netop placeringen, da denne har betydning for den viden man erhverver sig. Placeringen kan i nogle tilfælde have betydning for hvorledes informanterne vælger at udtrykke sig, blandt andet er det de færreste der direkte vil kritisere kollegaer eller lignende når de befinder sig på arbejdspladsen (Riis 2005: 116).

I et enkelt interview oplevede jeg en konkret afbrydelse af interviewet, da informanten her var nødsaget til at besvare en henvendelse på telefonen, hvorfor interviewet for en kort periode blev sat på pause, for derefter at blive genoptaget.

7.10 Kvalitets afsnittet

Følgende afsnit har til hensigt at vurdere kvaliteten af projektets resultater, og afsnittet skal derfor ses som en efterrefleksion på hele projektforsøget, og de valg der er truffet undervejs. Dog vil afsnittet omkring etik omhandle de etiske overvejelser som er gjort undervejs i projektet og ikke udelukkende belyse efterrefleksioner. Afsnittet vil belyse projektets validitet, reliabilitet, eventuelle fejlkilder samt etiske overvejelser.

7.10.1 Validitet

I forbindelse med validitet skelner man mellem intern og ekstern validitet, den interne validitet omhandler hvorvidt man måler det som man havde intentioner om at måle, og eftersom at projektet er kvalitativt omhandler derfor nærmere om jeg belyser det som jeg havde til hensigt at belyse da jeg udformede projektet. Den eksterne validitet omhandler derimod hvorvidt ens resultater kan generaliseres, med andre ord om de kan beskrive feltet som helhed (Kvale & Brinkmann 2009: 272, 287; Riis 2005: 214).

Intern

Man kan diskutere hvorvidt der i projektet udelukkende belyses det som har været hensigten at belyse, dette skyldes at informanternes praksisviden og dermed også deres erfaringer ikke udelukkende er baseret på gravide med et forbrug af rusmidler. Den stammer derimod ligeledes også fra de øvrige aktører som familieambulatoriet også behandler, her tænker jeg særligt på kvinder som henvender sig på grund af et tidligere forbrug af rusmidler, eller familier hvor det er faderen som har et rusmiddelforbrug og lignende. Man kan derfor ikke udelukke at de resultater som jeg har fundet frem til i projektet er præget af andre områder af feltet og målgruppen for organisationen. Dog kan man ligeledes argumentere for, at risikoen for at dette er sket, er formindsket da alle informanterne på forhånd har haft kendskab til projektets sigte i forhold til gravide med et forbrug af rusmidler, og de behandlingsmuligheder man har i den forbindelse (Jf. Adgang til feltet & Bilag 1). Derudover er der i projektet anvendt vignetter, som har etableret et fælles udgangspunkt, og disse vignetter har netop fokuseret på de gravide med et forbrug af rusmidler og behandlingsmulighederne (jf. Vignetmetoden).

Ekstern

Det er i nærværende projekt ikke relevant at beskæftige sig med den eksterne validitet, da det ikke har været hensigten at kunne generalisere projektets resultater (jf. Videnskabsteori & Forskningsdesign). Såfremt man skulle vurdere projektets eksterne validitet ville denne være meget lav, og nærmest ikke eksisterende, da projektets empiri er baseret på få interviews, hvor informanterne ikke er repræsentative for alle de professionelle ved landets familieambulatorier. Havde jeg sørget for at informanterne i projektet udgjorde et repræsentativt udsnit af de professionelle på landsplan, så kunne dette have medvirket til at højne den eksterne validitet og

dermed muligheden for at generalisere projektets resultater, dette ville også have krævet flere informanter således at empiri mængden havde været større (Kvale & Brinkmann 2015: 321).

7.10.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler hvorvidt andre forskere vil kunne opnå samme resultater som frembringes i dette projekt (Kvale & Brinkmann 2009: 271). I projektet anses reliabiliteten som værende lav til trods for udformningen af forskellige guidelines såsom interviewguiden og præsentationen af de inddragede vignetter (Jf. vignetmetoden & Bilag 2). De elementer som påvirker projektets reliabilitet i en negativ retning er elementer som anonymitet, den kvalitative metode i form af det semistrukturerede interview og at vi som individer hele tiden lærer noget nyt og dermed ændre holdninger og forståelser.

Da jeg i projektet har valgt at anonymisere informanterne, så vil det være nærmest umuligt for andre at etablere kontakt til præcis de samme professionelle ved landets familieambulatorier (Riis 2005: 211). Selv i tilfælde hvor man skulle få kontakt til præcis de samme informanter blot uden at vide dette, så vil chancen for at få samme besvarelser være minimal, da informanternes subjektive holdninger og viden på feltet vil kunne have ændret sig inden en sådan opfølgende undersøgelse, hvorved besvarelserne vil adskille sig fra dem jeg har opnået i nærværende projekt.

I forhold til det semistrukturerede interview, så vil reliabiliteten også være påvirket negativt, da selve interviewguiden ikke nødvendigvis følges stringent, ligesom at der kan opstå spontane spørgsmål undervejs i interviewsituationen. Derudover så har vi som individer forskelligt ordforråd og forskellige måder at stille spørgsmål på, hvilket også vil kunne påvirke de besvarelser som man kan opnå.

Videnskabsteoretisk opstår der også en negativ påvirkning af reliabiliteten, dette skyldes at vi som individer har en unik forståelseshorisont, vi vil med andre ord aldrig kunne tilgå et felt med samme udgangspunkt, hvorfor ens fortolkninger og forståelser altid vil være forskellige (jf.

Videnskabsteori).

7.10.3. Fejlkilder

En af de primære ting, som man kan argumentere for som værende en fejlkilde er at to af informanterne besad samme funktion på samme familieambulatorie, hvilket har gjort at både deres indsigt og holdninger i høj grad var præget af det tætte kendskab til hinanden. Dette kan

eksempelvis skyldes, at man som professionel på samme arbejdsplads med særligt fokus på samarbejde må forventes at have drøftet forskellige holdninger og emner med hinanden (Jf. Organisationen - Familieambulatoriet). Et modargument for denne fejlkilde vil dog være, at de havde delvis forskellig baggrund, og at de inden den fælles arbejdsplads har arbejdet på vidt forskellige områder. Min oplevelse er at deres holdninger på nogle områder fremstår ret identiske, mens de på andre områder adskiller sig fra hinanden, uden at denne adskillelse nødvendigvis forekommer mig voldsom. Det at deres udtalelser trods alt adskiller sig fra hinanden på nogle punkter gør, at jeg finder det relevant stadig at belyse begge informanternes synspunkter. Havde de derimod været identiske på alle områder, så ville jeg have inddraget begge informanter, men samtidig forholde mig særligt kritisk til de identiske holdninger, da det så ville kunne betyde at det ikke var subjektive holdninger de frembragte, men måske mere en organisatorisk fremstilling, som netop kan være konsekvensen ved at interview på arbejdspladsen, samt udføre ekspertinterviews (Jf. Interview & Transskribering).

7.10.4 Etiske overvejelser

Når man beskæftiger sig med mennesker og deres udsagn, så vil der altid være nogle etiske dilemmaer som man må forholde sig til. Selvom man forsøger at komme sådanne dilemmaer i forkøbet, så kan man ikke altid forudsige disse, hvorfor nogle først vil opstå undervejs (Riis 2005: 210).

En etisk overvejelse omhandlede hvor meget information som informanterne på forhånd skulle have om projektets formål, da de dermed ville have mulighed for at tilpasse deres besvarelser til projektet overordnede fokus, hvorved den viden som opnås i projektet ikke ville bidrage med et reelt billede af informanternes holdninger og erfaringer (Kvale & Brinkmann 2015: 106-107). Det blev på den baggrund udelukkende valgt kun at informere om projektets overordnede fokus såsom ønsket om at få et indblik i deres subjektive holdninger i forhold til behandlingsmulighederne på området i Danmark kontra Norges behandlingsmuligheder, altså blev de ikke informeret om projektets direkte fokus på tvangsbehandlingen (Jf. Problemformulering & Bilag 1).

Allerede i forbindelse med kontakt etableringen til informanterne blev de informeret omkring anonymitet og lydoptagelse og dennes funktion (jf. Adgang til feltet & Bilag 1). Det blev på forhånd

valgt at anonymisere informanterne, således at det ikke er muligt at identificere de pågældende professionelle, da deres udtalelser omhandlende tvangsbehandling og lignende kan opfattes som kontroversielle af nogle, og derfor have negative følgevirkninger for den enkelte (Riis 2005: 211). Anonymiseringen er i projektet blevet sikret ved at betegne informanterne med numre således at de omtales som 'informant 1', 'informant 2' osv. Derudover blev det valgt at optage interviewene, således at det var muligt at genhøre interviewet og derved opfange elementer og udtalelser, som i interviewsituation måske ikke er blevet opfanget, eller fundet særligt relevante, men efterfølgende er blevet det, når man har opnået hele ens empiri materiale (Kvale & Brinkmann 2009: 210). Informanterne blev i forbindelse med selve interviewsituationen endnu engang informeret omkring både anonymiteten og lydoptagelsen (jf. Bilag 2).

8. Teori

Følgende afsnit vil indeholde en redegørelse for de teoretiske tilgange, som er inddraget i projektet, såvel før som efter empiriindsamlingen. Det er valgt at tage udgangspunkt i begrebet magt som en ramme for selve empiriindsamlingen, mere specifikt er det i den sammenhæng valgt at inddrage Pierre Bourdieus teoretiske tilgang til magt, og særligt hans begreber som kapital, doxa og symbolsk vold, samt Michel Foucaults begreb *modmagt*. Dette er valgt, da disse bidrog med en forståelse for de magt elementer som er en del af de praksis situationer som ligger til grund for blandt andet udformningen af vignetterne, ligesom at inddragelsen medvirker til en beskrive de mekanismer som indgår i interaktioner med magtudøvelserne (jf. vignetmetoden). Derudover vil de teoretiske elementer ligeledes blive anvendt i forbindelse med analysen.

Det er i forbindelse med analysen ligeledes valgt at anvende Erving Goffmans teori om *Stigma*, samt Anthony Giddens tillidsbegreb. Dette er valgt på baggrund af den indsamlede empiri, da der heri indgår elementer, som disse teoretiske begreber kan medvirke til at belyse.

8.1 Magt

Formålet med at inddrage både Pierre Bourdieu og Michel Foucault i forbindelse med magtbegrebet er, at de hver især tilbyder forskellige teoretiske elementer, som anses for relevante i projektet, og i særdeleshed i forhold til måden hvorpå magt anses i projektet.

Magtbegrebet i projektet anses som bestående af tre elementer, som er tvang, usynlig magt og usynlig magt. Tvang er som allerede omtalt en magtudøvelse, som defineres ved at nogen har

muligheden for at bestemme over andre uden at de kan ændre på dette (Jf. Begrebsafklaring og afgrænsning). Den usynlige magt skal anses som en magtudøvelse, som anses for at være så naturlig, at man som individ ikke bemærker at denne finder sted (Bourdieu & Wacquant 1996: 151). Modmagt skal forstås som individets mulighed for at agere mod magtudøvelserne, det er ikke sikkert at denne modmagt har en effekt, men indebære blot at individet har muligheden for at reagere mod det som det udsættes for (Villadsen 2011: 427; Lindgren 2004: 336-337).

Pierre Bourdieu vil således anvendes i forbindelse med magt elementerne generelt, mens Michel Foucault kun vil blive benyttet i forhold til modmagt begrebet. Dette skyldes at man ifølge Foucault ikke kan besidde magt, og at magt derfor ikke kan fungere som noget der forbyder andre individer at handle, men derimod kun forsøger at guide dem, således at deres liv beriges, hvilket ikke stemmer overens med projektets forståelse af tvang som en del af magtudøvelsen (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 20-21, 27; Jf. Begrebsafklaring og afgrænsning). Foucaults begreb om modmagt inddrages derimod som et supplement til Bourdieus teori om magt, da Bourdieu ikke eksplicit etablerer et begreb som dækker over individets muligheder for at kæmpe mod magtudøvelserne, dette er noget som Bourdieu kun overfladisk berører, når han beskriver at magten kun kan udøves såfremt individerne acceptere denne ulighed i magtfordelingen (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 77-78).

8.1.1 Pierre Bourdieu

Franske Pierre Bourdieu (1930–2002) er uddannet inden for filosofi og antropologi, men har efterfølgende beskæftiget sig med sociologisk forskning. I Bourdieus sociologiske forskning har han i særdeleshed haft fokus på at frembringe et begrebsapparat, som kunne belyse samfundets magtstruktur og interaktionen i denne strukturform (Järvinen 2004: 342).

Felt

Bourdieu beskriver felter som sociale rum, hvor individer handler og interagerer med hinanden. Felter indeholder forskellige logikker og værdier, som er med til at sætte en ramme for individet og dets ageren, samtidig er individet også med til at reformere den eksisterende struktur i form af nye ideer og handlinger. Ifølge Bourdieu er vores adfærd i de forskellige felter begrænset af den måde vi er blevet socialiseret gennem livet, og den er derfor påvirket af de normer og erfaringer vi er opvokset med (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 73-74). I forbindelse med projektet vil et felt

eksempelvis kunne være familieambulatoriet, det er et felt som på forhånd er struktureret på baggrund af lovgivningen og diverse behandlingsmuligheder, og nye medarbejdere vil således skulle tilpasse sig dette.

Habitus

Habitus er et begreb som Bourdieu anvender omkring de egenskaber, som vi gennem vores opvækst og socialisering har fået opbygget, og som er styrende for vores adfærd. Individets habitus påvirker dermed hvordan vi handler og agere, og har på den måde indflydelse på hvordan vi opfatter ting. Habitus er dermed ikke noget som vi fødes med, men derimod noget som vi lærer og udvikler gennem livet (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 76).

Når vi som individer indgår i sociale interaktioner, så benytter vi os af pejlemærker, som vi har dannet på baggrund af tidligere oplevelser, det gør, at vi som individ forsøger at forstå den konkrete situation, og dermed hvorledes vi bør handle og agere i denne på baggrund af den viden vi allerede har via vores habitus (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 77; Järvinen 2004: 350).

Ens habitus er i en konstant udvikling gennem hele livet, dog vil ens eksisterende habitus blive kombineret med ens nye erfaringer, og den ændre sig dermed ikke radikalt, men udvikler sig lidt hele tiden. Eksempelvis vil den habitus som man har opbygget i hjemmet præge de erfaringer og opfattelser, som man vil få i skolen eller på arbejdspladsen, hvorved individet får ny erfaring og opfattelse, som vil præge det videre livsforløb (Mathiesen 2011: 222).

Kapitaler

Bourdieu betegner kapital som de erfaringer vi som individ har erhvervet os gennem de felter, som har været en del af vores livsforløb, det gælder eksempelvis diverse daginstitutioner og lignende. Kapitalerne er med andre ord baseret på det samfund som man lever i. Bourdieu introducerer fire forskellige kapitaler; symbolsk kapital, økonomiske kapital, social kapital og kulturel kapital (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 75-76).

Den symbolske kapital skal anses som en overordnet kapitalform, hvori de tre øvrige kapitaler kan have betydning. Den symbolske kapital skal anses som det der af andre anerkendes som værende en styrke for det pågældende individs ressourcer, med andre ord alt hvad der tillægges en positiv værdi af andre individer (Harrits 2017: 74). Den symbolske kapital opstår dermed først i

situationer, hvor noget opfattes som værende værdifuldt af andre end individet selv. I den forbindelse påpeger Bourdieu, at konteksten er særlig betydningsfuld, da denne er afgørende for hvorvidt noget opfattes som værende værdifuldt eller ej, det der er værdifuldt i en kontekst eller et felt, anses ikke nødvendigvis for at være det i et andet (Järvinen 2004: 344).

Den økonomiske kapital dækker over individets adgang til finansielle midler og materielle goder, samt lignende der kan være behjælpelige i individets forsøg på at opnå økonomisk kapital. Den økonomiske kapital er både en kamp om penge, men ligeledes også en kamp hvor pengene er et våben (Järvinen 2004: 349). Den kulturelle kapital er den sum af ressourcer som individet har tillært sig såsom viden og uddannelse, da kapitalen er tillært, vil det ligeledes være muligt at anskaffe sig ny viden, og dermed forbedre ens kulturelle kapital. Bourdieu anser samtidig den kulturelle kapital, som en form for indflydelse eller påvirkningskraft i forbindelse med argumentationer, eksempelvis vil en læge have større gennemslagskraft i sine udtalelser omkring sygdomme, end en skraldemand vil. Den sociale kapital afhænger af individets relationer, herunder hvor mange og hvor stabile disse relationer er, det er dermed afgørende, om man som individ har et godt netværk. For at opretholde ens sociale kapital må man derfor sørge for at vedligeholde eksisterende relationer, samt etablere nye (Järvinen 2004: 349).

Doxa og symbolsk vold

Bourdieu benytter begrebet doxa, som en betegnelse for de grundlæggende sandheder eller selvfølgeligheder, som eksisterer i samfundet. Doxa henviser med andre ord til alt det som indenfor et felt tages for givet (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 77). Ifølge Bourdieu så bidrager doxa med en skelnen mellem individerne i et felt, de dominerende og de dominerede, hvilket ligeledes har en betydning for handlinger og meninger som et individ har eller træffer, doxa beriger og begrænser muligheden for succes. I mange tilfælde, så opfattes feltets doxa så naturlige, at man som individ ikke bemærker at man har underkastet sig disse. I sådanne situationer er der tale om det Bourdieu betegner som symbolsk vold. Den symbolske vold skal dermed anses som en usynlig magt, hvor andre påtvinges en opfattelse af virkeligheden, uden at de selv opdager at dette er tilfældet (Bourdieu & Wacquant 1996: 151). Ifølge Bourdieu skabes muligheden for symbolsk vold i interaktionen, og han mener derfor, at *“enhver sproglig interaktion rummer muligheden for, at der kan udøves symbolsk vold”* (Bourdieu & Wacquant 1996: 130), og at denne mulighed blot øges i

tilfælde hvor individerne ikke besidder ligestillede positioner i et felt. Formålet med den symbolske vold er at opretholde de eksisterende magtforhold i samfundet, og derved opretholde den etablerede sociale orden.

8.1.2 Michel Foucault

Den franske filosof Michel Foucault (1926-1984) har gennem sit forfatterskab haft fokus på mange forskellige områder, som ligeledes krydser flere forskellige videnskabelige felter, og hans formål har ligeledes ikke været at udvikle overordnede teorier, men derimod at belyse forskellige afgrænsede områder, og forstå disse (Lindgren 2004: 326-328).

Modmagt

Ifølge Foucault skal modmagt anses som en form for beskyttelse eller et defensivt værn mod magten. Der vil således altid være mulighed for at agere med modmagt i alle tilfælde, hvor magten ligeledes er impliceret. Ifølge Foucault så kan modmagt antage mange forskellige udtryk og kan således udøves som enkelt individ eller som grupper. Modmagt kan have til fokus på egoistiske formål eller mere kollektive gevinster, ligesom at omfanget og intensiteten af modmagten kan variere (Lindgren 2004: 336-337). I forbindelse med projektet vil sådanne situationer eksempelvis kunne være at en gravid med et forbrug af rusmidler vælger at takke nej til behandlingsmulighederne, eller ligefrem forlade familieambulatoriet.

8.2 Stigmatisering

Erving Goffman (1922-1982) er en canadisk/amerikansk sociolog, som i særdeleshed er kendt for sine teorier omhandlende social interaktion, herunder hvordan vi som individer påtager os forskellige roller i interaktion med andre, og hvorledes vi bedømmer hinanden med udgangspunkt i samfundets normer (Goffman 2009: 44-45). Følgende afsnit tager udgangspunkt i hans teori omhandlende stigmatisering, og dermed hvordan vi som individer vurderer og kategoriserer hinanden.

Når vi som individer indgår i sociale interaktioner, hvad enten det er med en bekendt, eller et fremmed individ, så vil vi ifølge Goffman altid kategorisere hinanden. Dette gøres med udgangspunkt i vores forforståelse af det konkrete individ, og kan således både være baseret på udseendet eller den viden vi har om individet. Denne forforståelse vi har skabt opretholdes med de normer vi har i samfundet, da disse har etableret en normalitet, som dækker over, hvad der

anses for at være normalt eller acceptabelt i samfundet. Når man som individ falder uden for disse kategorier, vil man blive anset for afvigende, og dermed blive stigmatiseret (Goffman 2009: 48-49). Goffman definerer selv stigma som værende *“En uddifferentiering og kategorisering af personer med bestemte træk eller adfærdsformer, og til sådanne differentierede grupper knyttes bestemte stereotype forståelser af medlemmernes egenskaber og personlige karakteristika”* (Goffman 2009: 22).

Overordnet skelner Goffman mellem tre typer af stigma, den første type er baseret på kroppen i form af fysiske handicaps. Den anden type er forbundet med menneskets karakter, som er defineret i relation til gældende normer. Goffman nævner således både moderskab uden for ægteskab og seksualforbrydelser som eksempler på afvigende karaktertræk. Den tredje type betegner Goffman som *‘tribale stigma’*, hvilket dækker over stigma forbundet med race, religion og lignende, han anser denne type stigma for at være slægts betinget, og dermed som en arvelig faktor (Goffman 2009: 46).

Goffman sidestiller de tre typer af stigma, da det i alle tilfældene drejer sig om, at et individ har nogle uønskede træk, som kan påvirke eller ligefrem ødelægge den sociale interaktion, hvis der opstår opmærksomhed på dem. Stigma er dermed en uønsket afvigelse fra det forventede, og dem som ikke afviger er de normale (Goffman 2009: 43-49).

Stigma handler i vid udstrækning om kontekst, snarere end de træk som individet har, dette skyldes, at skellet mellem det at være stigmatiseret og normal ikke er endegyldigt, men derimod afhænger af den konkrete situation og kontekst. Stigmatisering er som følge deraf en gensidig proces, hvor hvert enkelt individ kan indtage begge roller, således at den der anses for at være normal i den ene situation, kan være blevet stigmatiseret i en anden, eller på et andet tidspunkt i tilværelsen (Goffman 2009: 181-183). Goffman opererer i den forbindelse med begrebet *informationskontrol*, som dækker over, at vi som individer kan differentiere vores identitet, og dermed selv have indflydelse på hvordan andre opfatter os. Dette kan gøres ved at justere og tilpasse vores adfærd eller udseende, og dermed forsøge at tilbageholde visse informationer omkring os selv, således at eventuelle stigma kan skjules, hvis dette lykkes betegner Goffman det som at man *passerer* (Goffman 2009: 23, 84, 120-121). Goffman mener dermed, at individer bærer på forskellige identitetsudtryk, alt efter hvordan de ser ud eller opfører sig. Han beskriver social identitet med to forskellige begreber, den tilsyneladende social identitet, og den faktiske social

identitet. Den tilsyneladende sociale identitet betegnes som den identitet som opleves af de øvrige individer i interaktionen, altså den forforståelse, som ligger til grund for kategoriseringer af andre individer. Denne opfattelse som andre har stemmer ikke nødvendigvis overens med individets reelle identitet, som udgør den faktisk sociale identitet (Goffman 2009: 44).

8.3 Tillid

Den britiske sociolog Anthony Giddens (1938) anses som en af de mest indflydelsesrige samfundstænkere vi har, og han er særlig kendt for sit fokus på det postmoderne og det moderne samfund, samt hans studier af identitet og sociale relationer (Kaspersen 2004: 416, 423). Giddens introducere også tillidsbegrebet, som han anser for at være af afgørende betydning, da tilliden i vores relationer er vigtigt for vores udvikling og adfærd (Kaspersen 2004: 426). Det er valgt at inddrage Giddens tillidsbegreb i nærværende projektet, da dette kan medvirke til at belyse hvordan tilliden mellem de professionelle og de gravide med et forbrug af rusmidler fungerer, og hvordan det etableres og opretholdes.

Ifølge Giddens så er tillid det som forbinder samfundets systemer med individet og omvendt, og dette er selve grundlaget for opretholdelsen af samfundet, da vores nuværende samfund er baseret på tillid til systemerne, og ville dermed ikke kunne opretholdes hvis tilliden forsvandt (Bak 2010: 92-93).

Når vi som individer indgår i interaktioner, så er disse afhængige af tillidsrelationer, og her skelner Giddens mellem to former for tillidsrelationer, de såkaldte ansigt-til-ansigt relationer og ansigtsløse relationer (Bak 2010: 92-93). Ansigt-til-ansigt relationerne er baseret på at individerne er fysisk til stede samtidig på samme tid og sted, hvor de kan interagere sammen, mens de ansigtsløse relationer ikke indebære tillid til personer, men derimod til systemer, eller såkaldte ekspertsystemer såsom sundhedsvæsenet, daginstitutioner og lignende (Bak 2010: 93). Vi har som individer dermed ikke kun tillid til bekendte, men ligeledes også til fremmede, hvilket særligt kommer til syne i projektet, da de professionelle ved første møde med de gravide med et forbrug af rusmidler fremstår som fremmede, såvel som at de gravide ligeledes er fremmede for de professionelle.

De forskellige eksperter som vi møder når vi skal i kontakt med de offentlige systemer betegner Giddens som *adgangsporte*, og det disse eksperter, som har indflydelse på den tillid vi viser

systemerne i samfundet. Oplever vi at interaktionen med eksperterne, som repræsenterer de enkelte systemer ikke lever op til vores forventninger og den tillid som vi har udvist over for systemet, så kan det have afgørende betydning for hvorledes vi vil opfatte systemerne fremadrettet, eksempelvis vil dårlige oplevelser kunne føre til mistillid og i værste tilfælde, at man helt afskriver det pågældende system (Bak 2010: 93).

9. Analysestrategi

Afsnittet vil omhandle projektets analysestrategi, og dermed den fremgangsmåde, som er blevet anvendt i forbindelse med analysen af empirien. Dette gøres for at give et indblik i hvilke overvejelser som har lagt til grund for udformningen og struktureringen af analysen.

Strukturen i analysen er delvist baseret på anvendelsen af vignetterne i interviewsituationen, men ligeledes også på de forskellige mønstre som er frembragt på baggrund af bearbejdningen af empirien (Jf. Transskribering). Vignetternes indflydelse på strukturen i analysen skyldes, at de allerede i forbindelse med empiriindsamlingen bidrog med en struktur (Jf. Vignetmetoden).

Der er udformet fire overordnede tematikker i analysen, hvor de tre førstnævnte er baseret på vignetterne, og den fjerde er baseret på mønstre som er forekommet i empirien. Tematikkerne er følgende:

- Første kontakt med familieambulatoriet
- Frivillig tvang
- Tvang som i Norge
- Debat, retorik og stigmatisering

Der er en grundlæggende ide om hvad der skal frembringes i forbindelse med de overordnede tematikker, men hvad der konkret vil blive frembragt herunder vil afhænge af analysens udarbejdning og den retning denne bevæger sig i.

Analysen vil bestå af en vekselvirkning mellem empirien og de inddragede teoretiske elementer og begreber, for derved at kunne belyse de forskelle og ligheder som forekommer i det empiriske materiale bestående af informanternes beretninger (Riis 2005: 162).

Grundet udgangspunktet i den videnskabsteoretiske tilgang, så vil analysen udelukkende være baseret på min fortolkning og forståelse af empirien, og dermed ikke belyse informanternes egne forståelser, men min fortolkning af dette (Jf. Videnskabsteori).

10. Analyse

Analyseafsnittet vil blive indledt med en kort introduktion af informanter, for at give et indblik i deres erfaring på området, samt belyse hvilken kontekst de har for deres forståelse af feltet. Efterfølgende vil det empiriske materiale blive præsenteret og analyseret med inddragelse af de valgte teorier og begreber i projektet, dette gøres med udgangspunkt i tre overordnede afsnit som præsenteret i analysestrategien. Resultaterne som frembringes i analysen vil efterfølgende anvendes i konklusionen, og dermed til besvarelse af projektets problemformulering.

10.1 Præsentation af informanterne

Informant 1 er uddannet jordemoder, og har beskæftiget sig med både den almen svangreomsorg, men også den specialiserede i forhold til målgruppen for familieambulatoriet. Informant 1 har været tilknyttet familieambulatoriet siden opstarten, og har derfor et indgående kendskab til både de gravide med et forbrug af rusmidler, behandlingsmulighederne, organisationen og den udvikling som har været på området (Interview 1).

Informant 2 er uddannet socialpædagog, og har efterfølgende suppleret sin uddannelse med flere forskellige kurser, som har bidraget med yderligere kompetencer indenfor det terapeutiske område, såvel som inden for rusmiddelområdet. Informanten har allerede før etableringen af familieambulatoriet været beskæftiget med gravide med rusmiddelproblematikker, og har derfor et indgående kendskab til feltet. Informanten har ligeledes praksiserfaring fra Norge, da hun selv har været i praktik på området i Norge (Interview 2).

Informant 3 har en uddannelsesmæssig baggrund som sygeplejerske, som hun har suppleret med en uddannelse som familieterapeut. Informanten har tidligere beskæftiget sig med både neonatal området, og psykiatrien, derudover så har informant 3 ligesom informant 2 et indgående kendskab til feltet, også før etableringen af familieambulatorierne (Interview 3). De to informanter besidder på nuværende tidspunkt samme funktion ved samme regionale familieambulatorie, ligesom at de førhen ligeledes har været kollegaer (Interview 2; Interview 3).

Informant 4 er uddannet som jordemoder, og har sidenhen specialiseret sig i forhold til udsatte gravide, med primært fokus på gravide med et forbrug af rusmidler. Informanten har også været beskæftiget på familieambulatoriet siden opstarten af dette, men har også tidligere været beskæftiget med lignede problematikker (interview 4).

10.2 Første kontakt til familieambulatoriet

For at få et indblik i hvorledes den første kontakt mellem familieambulatorierne og de gravide med et forbrug af rusmidler foregår, blev det valgt at inddrage en vignet, således at de professionelle kunne beskrive deres måde at håndtere situationen på ud fra en fælles kontekst (jf. Vignetmetoden). I forbindelse med introduktionen af vignet 1, så tilkendegav informant 1 og 3 at kvinden i vignetten sagtens kunne være en af de gravide kvinder som de møder i deres arbejdsliv (Interview 1 & 3).

Selvom informanterne arbejder med udgangspunkt i samme model, og for samme organisation, så har det vist sig, at måden hvorpå man arbejder på med de gravide kvinder adskiller sig på nogle områder, eksempelvis er der forskel på hvilke områder som den professionelle vælger at have fokus på. Informant 2 og 4 fokuserer eksempelvis på rusmiddelforbruget og hvorledes dette er forløbet, mens Informant 3 har fokus på både forbruget og selve graviditeten i forhold til hvordan barnet i maven har det, da dette ifølge hende har afgørende betydning for hvilke behandlingsmuligheder som kvinden skal præsenteres for. I modsætning hertil så beskriver Informant 1 hvordan hun i opstartsfasen forsøger at opnå et indblik i kvindernes liv som helhed:

“Når de kommer her første gang så ser jeg dem sådan typisk sammen med en af vores socialrådgivere. Ved hende her, så vil vi tage udgangspunkt i hvor hun er henne af i graviditeten lige nu, vi gør rigtig meget ud af at få hende til at føle sig rigtig godt tilpas, fordi det handler om at opbygge en tillid, så man kan arbejde med at hun kan blive motiveret til at ændre vaner, og også skulle have en forståelse af hvad det vil sige at have baby inde i maven. [...] vi spørger meget ind til opvækst, vi spørger ind til skolegang, vi spørger ind til kontakt med kriminalforsorgen, om hun er tidligere straffet. Vi spørger ind til om der er et netværk, om graviditeten er erkendt af andre. Jeg laver også et vy (overblik over red.) af, hvordan er hendes sundhedsmæssige status, er hun begyndt at tage vitaminer, tænker hun overhovedet over at hun er gravid og har en baby i maven. I forhold til forbrug, så spørger vi ind til det, hvor lang tid hun har haft et forbrug, og hvilke stoffer det er

hun har taget og om hun har kontakt med en stofbehandling og en alkoholbehandling, og om hun tidligere har haft kontakt med nogen. Hvis hun stadigvæk er i forbrug eller lige er stoppet, så prøver jeg på at få hende motiveret til at vi kan skabe en kontakt til stofbehandlingen.” (Interview 1).

Hun fokuserer altså ligeledes på kvindernes forbrug, og på selve graviditeten, men inddrager ligeledes også en masse andre elementer i hendes vurdering af kvinden og dennes behov.

Udover de individuelle forskelle mellem hvordan de professionelle håndterer den første kontakt til de gravide med et forbrug af rusmidler, så præsenterer Informant 4, at der er væsentlige forskelle på målgruppen ved de enkelte familieambulatorier, og dermed fra region til region.

“Der er faktisk nogen, og det er noget som er kommet lidt med årene synes jeg. Jeg mener faktisk at Syd de kombinerer deres, med både niveau 3 og 4, og Nord de har nogle særskilte aftaler i forhold til, at de har nogle med diagnoser, hvor vi hele tiden har kørt med at det er gruppe 4, så der skal være et eller andet med stof, alkohol eller afhængighedsskabende medicin.” (Interview 4).

Dette indblik som hun bidrager med finder jeg interressant, særligt når man ser på Sundhedsstyrelsens egen beskrivelse familieambulatorierne som et ensartet tilbud i de forskellige regioner, for at give alle de samme muligheder for behandling (Jf. Indledningen & Organisation - Familieambulatoriet). Informant 4 erkender også selv at den udvikling som har fundet sted strider mod det oprindelige grundlag for etableringen af familieambulatorierne. Samtidig så belyser hun også at der er forskellige organisatoriske strukturer, hvor nogle har familieambulatorier på flere placeringer i regionerne, mens andre kun har et enkelt sted (Interview 4).

10.3 Frivillig tvang

Ved præsentationen af vignet 2, som omhandler muligheden for frivillig tvang, var der blandede holdninger og kendskab til dette blandt informanterne. Informant 1 gav udtryk for slet ikke have kendskab til denne behandlingsmulighed, men efterhånden som interviewet skred frem, viste det sig at hun alligevel vidste hvad det omhandlede, men at det blot ikke var muligt i praksis at udføre den konkrete behandlingsmulighed selvom denne har lovhjemmel. Det samme blev italesat af de øvrige informanter, som derfor heller ikke har praksiserfaring med den pågældende behandlingsmulighed. Den eneste informant som i praksis har berørt denne behandlingsmulighed er Informant 4, som påpeger at muligheden ikke tilbydes af kommunerne, så de må selv italesætte

muligheden over for de gravide kvinder. Hun fortæller samtidig, at de ikke har udfyldt en kontrakt, men at de dog i samarbejde med nogle af kvinderne har fået arrangeret at de bliver anbragt på et døgnbehandlingssted, således at de kommer væk fra deres omgivelser.

Der er mellem de fire informanter bred enighed om, at det lovgivningsmæssige behandlingstilbud med muligheden for at indgå en kontrakt omkring frivillig tvang ikke er eksisterende. Der findes ingen behandlingssteder, hvor man kan udføre den tilbageholdelse som lovgivningen lægger op til. Hvor informant 1 fra start afskrev kendskabet til den pågældende behandlingsmulighed, for efterfølgende alligevel at have kendskab til den, men blot bekendtgjorde den som en umulighed, så beskrev informant 2 lovgivningen omkring behandlingen som en "*tom lov*". Hun mener ligeledes også at grundlaget for, at denne mulighed endnu ikke er blevet etableret ordentligt skyldes økonomiske midler, da de midler som er blevet stillet til rådighed ikke kan dække de omkostninger som kommunerne vil have ved at etablere det.

10.3.1 Specialiserede tilbud

Alle informanterne er enige om, at man bør få etableret en institution eller et døgnbehandlingssted, som er specialiseret i gravide med et forbrug af rusmidler, og at dette er en mangelvare. Der er dog stor uenighed omkring hvorvidt behandlingstilbuddet skal være et frivilligt tilbud til kvinderne, eller om der bør være mulighed for at etablere den omtalte kontrakt, og dermed benyttet magt til at behandle de gravide med et rusmiddelforbrug.

Ud over de specialiserede institutioner så foreslår informanterne selv forskellige tiltag, som blandt andet kunne medvirke til at forebygge på området, eksempelvis ved at udbrede viden, både hos fagfolk og den almene dansker, da de alle sammen mener at der er behov for et bredere kendskab. De er ikke enige om hvorvidt fagpersonerne har nok viden om familieambulatoriet, her mener informant 2 nemlig at der generelt er et godt kendskab blandt fagpersoner, mens Informant 4 mener at vi ikke er nået i mål med dette endnu, da der stadig er mange som ikke ved nok om tilbuddene som familieambulatoriet bidrager med. Derudover så er der forslag til at udbygge de eksisterende tilbud såsom børnedelen, således at denne ikke blot afsluttes ved skolestart, men at det blev muligt at følge børnene i endnu længere tid, denne mulighed omtaler både informant 3 og 4, mens informant 1 blot berører området, og stiller spørgsmålstejn ved at

man ikke følger dem længere, hun indikere lidt at vi blot lader dem i stikken når de begynder i skole.

Ifølge informant 4 så er man i forbindelse med etableringen af familieambulatoriet gået meget traditionelt til værks, man har i princippet videreført nogle af de ting man kendte og vidste havde en betydning på området såsom jordemødre og socialrådgivere, hun mener at man burde have, og i særdeleshed fremadrettet bør tænke ud af boksen, og måske afprøve nye tiltag, hun foreslår selv noget som mindfulness. Hun er dog også klar over at mulighederne for at udbygge tilbuddene er meget begrænsede af økonomien (interview 4). Eftersom flere af informanterne påpeger at økonomien er en faktor i forhold til tilbuddene til de gravide kvinder med et forbrug af rusmidler, så kan man argumentere for, at feltet mangler økonomisk kapital, hvilket medvirker til at sætte en begrænsning for feltets rammer (Jf. Bourdieu).

Man kan i forlængelse heraf ligeledes argumentere for, at når vi som individer ikke bliver mødt med tilstrækkelige indsatser, af de systemer som er til for at hjælpe os, og som vi viser vores tillid, så vil man ifølge Giddens med tiden begynde at opgive det eller de pågældende systemer, fordi de svigter vores tillid. Netop det at vi som samfund lader folk i stikken, hvilket informant 4 selv giver udtryk for, når hun siger at noget af det værste ved ikke at have tilbuddene det er, at vi ikke kan hjælpe folk. Hendes udtalelse viser, at hun godt er klar over, at de i nogle tilfælde simpelthen ikke har de ressourcer som der er behov for, for at kunne opretholde tilliden til vores ekspertsystem på området.

10.3.2 Tiltrækningskraft

Når vi som ovenfor belyst ikke har de nødvendige muligheder for at hjælpe nogle af de gravide kvinder med et forbrug af rusmidler, som kommer i kontakt med familieambulatorierne, ...

Informanterne er generelt enige om at kvinderne ikke ønsker at gøre skade på deres børn, og at det ikke er noget de bevidst vælger, men man kan samtidig sætte spørgsmålstejn ved denne opfattelse, for hvorfor er det så at kvinderne ikke bare kan stoppe deres forbrug, og hvorfor er det at nogen vælger at forlade behandlingstilbuddene, og dermed fortsætte med at benytte rusmidler, samt påvirke og skade det ufødte barn?

Ifølge informant 2 og 4, så kan man besvare nogle af disse spørgsmål, hvis man begynder at anse et forbrug af rusmidler, som en kraft, som ikke alle individer kan modstå, det har en

tiltrækningskraft, som i nogen tilfælde appellerer mere end alternativerne. Man kan dermed argumentere for, at rusmidlerne har en magt over nogle af kvinderne, som de simpelthen ikke af egen vilje formår at kæmpe imod. Ifølge Informant 4 så er flere af kvinderne godt klar over dette, og ønsker at blive anbragt væk fra hjemmet, da de godt ved at hvis ikke dette sker, så vil de ikke kunne holde sig væk fra rusmidlerne. Det er i sådanne situationer, at vi netop mangler specialiserede tilbud til kvinderne, da muligheden nu er at de i få tilfælde kan blive anbragt på behandlingssteder for rusmiddelbrugere, men dermed får de ikke specialiseret hjælp til at håndtere babyen og graviditeten, ligesom at de ikke på samme måde bliver en integreret del af behandlingen på grund af deres specielle situation. Placeres de derimod på såkaldte mor-barn-hjem, så er der fokus på børnene, og tilknytningen mellem mor og barn, men her har man ikke kompetencerne til at tage hånd om moderens rusmiddelproblematikker.

Det at vi ikke har de specialiserede tilbud gør altså at de professionelle stilles i forskellige dilemmaer, hvor de må vægte nogle af kvindernes behov over andre, fremfor at tilbyde en helhedsorienteret mulighed som sikre en behandling som vil kunne gavne både børnene og kvinderne på mange flere parametre.

10.4 Tvang som i Norge

Hvor der har været en udbredt enighed blandt informanterne omkring nogle af de præsenterede emner i analysen, så er tvang et af de emner, som deler vandene.

Informant 3 er imod tvang, også muligheden for frivillig tvang, hun mener at man bør afdække alle frivillige tilbud før man overhovedet overvejer at anvende nogen former for tvang. I klar kontrast hertil står informant 4, som mener at tvang er en reel mulighed særligt i forhold til de kvinder som ikke selv kan vride sig ud af rusmidlernes kraft og magt som omtalt tidligere. Hun mener at tvang skal og bør være en mulighed, så længe at kvinderne selv forstår hensigten med det. Midt mellem dem befinder informant 2 sig, da hun anser tvang som et okay middel, hun mener vi bør afdække de frivillige veje først, men er stadig af den overbevisning, at ingen tager skade af tvangen. Hun mener derimod at det ofte bliver låsen på døren som bliver gjort til sejrsherre i debatterne, men hun mener derimod ikke at det er selve tvangen der virker, men derimod den støtte og hjælp kvinderne får mens de er indlagt på døgnbehandlingssteder. Hun mener ikke at tvang ville gavne hvis det fungere som en isolationscelle, da dette ikke ville bidrage med noget til kvindernes

udvikling og kamp for at komme ud af sit forbrug. Hun mener at tvangen kan være en mulighed for at "overtage tøjlerne" for kvinden mens hun selv er ude af stand til at styre det, og når hun så er kommet tilbage og er sig selv igen, så giver man hende tøjlerne tilbage (Interview 3).

Udover selve holdningen til tvang, så er der også delte meninger omkring hvilken betydning det vil have for arbejdet med målgruppen. Informant 2 og 3 mener at tvangsbehandling vil skræmme folk væk, og at det derfor vil skade mere end det gavner at indføre det. Informant 4 er derimod sikker på at de vil kunne hjælpe nogen af dem som de ikke er i stand til at hjælpe på nuværende tidspunkt, og argumentere i den forbindelse for at de i forvejen ikke hjælper 100%, så man burde måske i virkeligheden se på hvorfor folk undviger behandlingen nu, og det samme ville gøre sig gældende i forhold til tvangsbehandling. Hun mener vi bør se på hvad det er der skræmmer folk, og hvordan man eventuelt kan afhjælpe dette. Derudover så mener hun ligeledes at vi bør indføre tvangsbehandling, da vi allerede benytter os af tvang i det sociale arbejde, eksempelvis når vi foretager anbringelser af børn, eller vil lave en børnefaglig undersøgelse, her tilbyder vi først at folk kan samarbejde frivilligt, men ønsker de ikke det så tvinger vi dem alligevel til det som vi som samfund ønsker de skal igennem. Takker de nej til det frivillige tilbud står de blot med dårligere vilkår end hvis de vælger at sige ja.

10.5 Debat, retorik og stigmatisering

Generelt er retorikken omkring tvangsbehandlingen ret negativ, eksempelvis når man forbinder behandlingsmuligheden med et fængselsophold, isolationsceller og lignende. Udtrykket tvang kan ligeledes ses som et meget negativt ladet udtryk i almen forstand (jf. Begrebsafklaring & afgrænsning). Hvis man derimod valgte at omtale tvangsbehandling som noget andet, eller blot gav det et andet begreb i medierne, så kunne man ifølge informant 4 forestille sig t debatten, samt holdningerne til behandlingsmuligheden ville være en helt anden.

Informanterne er generelt ret enige om, at der i debatten eksistere en del stigmatisering i forhold til målgruppen, og at denne særligt frembringes i medierne, da man heri udelukkende portrætterer den idealtypiske kvinde med en rusmiddelproblematik, det er "kvinden fra bænken" vi ser, sådan fremlægger informant 3 det i hvert fald, hun mener at vi ikke får belyst at målgruppen i høj grad også omhandler de højt uddannede kvinder, som har økonomisk kapital til at købe vin til hverdag.

En anden gruppe som vi heller ikke ser i medierne er de unge piger, som på grund af vores druk kultur i Danmark har været i byen i de sidste mange weekender og har drukket langt over det anbefalede, og så bliver hun ved et tilfælde gravid, og har pludselig udsat fosteret for alkohol. De helt almindelige kvinder, som blev præsenteret her er alle informanterne enige om er en del af de kvinder de møder i praksis, men som slet ikke indgår i debatterne.

11. Konklusion

Det er i nærværende afsnit hensigten at besvare projektets problemformulering, som lyder

Hvilke holdninger og erfaringer har de professionelle på landets familieambulatorier til tvangsbehandling af gravide med et forbrug af rusmidler, og hvilken betydning forventer de professionelle at dette kan have for deres arbejde ved familieambulatorierne?

Dette gøres via de frembragte resultater fra analysen, dog er det vigtigt at bemærke, at de frembragte resultater ikke kan generaliseres, hvilket heller ikke har været formålet, hvorfor nedenstående konklusion udelukkende gør sig gældende i forhold til de informanter som har bidraget til projektets empiri materiale.

I forbindelse med analysen blev det frembragt, at:

- Holdningerne til tvang og tvangsbehandling er mange, og argumentationerne for og imod brugen af dette er særdeles forskellig fra professionel til professionel.
- Debatten som præsenteres i medierne umiddelbart fremstår meget overfladisk og unuanceret, ligesom at den stigmatisere familieambulatoriernes målgruppe, da det udelukkende er de værste tilfælde som man præsenteres for, og ikke de unge piger som er blevet gravide uplanlagt og derfor har været i byen hver weekend i en måned, og derfor pludselig befinder sig i målgruppen for familieambulatoriet. Det er heller ikke de højtuddannede som man fokuserer på, dem som har den økonomiske kapital til at købe alkohol, og nyde vin og lignende spiritus til hverdag. Det er med andre ord kun den idealtypiske forestilling som vi fokuserer på i medie billedet, hvorimod de professionelle belyser langt flere aspekter end dem som får lov til at præge mediedebatten. Når medierne medvirker til debatten omkring tvang, så virker det til at alle uanset forbrug og behov skal spærres inde i fængsel lignende institutioner, hvilket ikke er formålet med

behandlingsmuligheden i praksis, da det her kun skal ses som et supplement, som kan anvendes hvor andet ikke har den ønskede effekt.

- Der er en overordnet holdning til at der mangler specialiserede tilbud til kvinderne, og at vi i virkeligheden slet ikke har de muligheder som lovgivningen ligger op til. Det åbner blot for flere undringer end besvarelser - for hvorfor pokker gør vi ikke noget ved det - hvorfor sker der ikke noget på området!
- fordele og ulemper ved tvang i Danmark vil ifølge informanterne være:
 - Fordele: man vil kunne fange nogle af de helt tunge, som ikke kan klare det via de nuværende tilbud.
 - ulemper: flugt og frygt for behandling. Man henvender sig til et fåtal, men det har store økonomiske omkostninger.

Man kan derfor konkludere, at holdningerne og erfaringerne med tvangsbehandling er mange, men at argumentationerne for og imod tvangsbehandling blandt de professionelle på landets familieambulatorier i højere grad end i debatterne bærer præg af faglige og nuancerede perspektiver. Den skepsis som præsenteres af nogle af informanterne baserer sig primært på, at man endnu ikke har haft praksis mulighed for at afprøve de frivillige tilbud, herunder også den frivillige tvang, grundet manglende behandlingsinstitutioner, som kan varetage tilbuddet om tilbageholdelse. Hvis man fik etableret sådanne tilbud og fik dem afprøvet, kunne man sagtens forestille sig at holdningerne til tvangsbehandling blandt de professionelle ville være anderledes end de er på nuværende tidspunkt, hvorvidt holdninger vil ændre sig til at være for eller imod tvangen er det ikke muligt at forudsige, da det i høj grad vil afhænge af den frivillige tvangs succes. Derudover var der ligeledes uenighed omkring hvilke indvirkninger som en eventuel indførsel af tvangsbehandlingen i Danmark ville have, forventningerne til dette afhang i høj grad af hvilken holdning som den professionelle havde til tvang generelt.

12. Litteraturliste

12.1 Bøger og udgivelser

- Andersen, Heine &, Koch, Lene (2015): "Hermeneutik og fænomenologi" (Kap. 6). I: Jacobsen, Michael Hviid &, Lippert-Rasmussen, Kasper &, Nedergaard, Peter (Red.) (2015): *Videnskabsteori - i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3 udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Birkler, Jacob (2005): *Videnskabsteori*. 1. udgave, 2. oplag. Munksgaard: København.
- de Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*. SAGE Publication.
- Ejrnæs, Morten &, Monrad, Merete (2012): *Vignetmetoden*. 1. udgave, 1. oplag. Akademisk forlag: København.
- Juul, Søren (2012): "Hermeneutik" (Kap. 4). I: Juul, Søren &, Pedersen, Kirsten Bransholm (Red.) (2012): *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori en indføring*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Harrits, Gitte Sommer (2017): *Pierre Bourdieu*. 1. udgave, 1. oplag. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Højberg, Henriette (2012): "Hermeneutik" (Kap. 9). I: Fuglsang, Lars &, Olsen, Poul Bitsch (Red.) (2012): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. 2 udgave, 5 oplag. Roskilde Universitetsforlag: Frederiksberg C.
- Jacobsen, Michael Hviid (2012): "Adaptiv teori - Den tredje vej til viden: En stående invitation til syntesesociologi" (Kap. 9). I: Antoft, Rasmus &, Jacobsen, Michael Hviid &, Jørgensen, Anja &, Kristiansen, Søren (Red.) 2012: *Håndværk og Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. 1. udgave, 2. oplag. Syddansk Universitetsforlag: Odense.
- Kvale, Steinar &, Brinkmann, Svend (2009): *Interview*. 2. udgave, 5. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Kvale, Steinar &, Brinkmann, Svend (2015): *Interview*. 3. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Mik-Meyer, Nanna &, Villadsen, Kaspar (2007): *Magtens former - Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Goffman, Erving (2009): *Stigma*. 2. udgave. Samfundslitteratur: Frederiksberg C.

- Dahl, Helle Vibeke & Hecksher, Dorte (2007): *Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv*. Center for Rusmiddelforskning: Aarhus C.
http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2008/dahl_hecksher_graviditet_og_misbrug_20080925.pdf
- Bak, Carsten Kronborg (2010): "Anthony Giddens" (Kap. 4). I: Andersen, Pernille Tanggaard & Timm, Helle (Red.) (2010): *Sundhedssociologi - en grundbog*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc J.D. (1996): *Refleksiv sociologi*. Hans Reitzels Forlag: København.
- Riis, Ole (2005): *Samfundsvidenskab i praksis - Introduktion til anvendt metode*. 1. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Deding, Mette (2011):
https://pure.sfi.dk/ws/files/240023/1105_Forskning_om_tvang_i_misbrugsbehandling.pdf
- Kaspersen, Lars Bo (2004): "Anthony Giddens" (Kap. 24). I: Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (Red.) (2004): *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. reviderede udgave, 5. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Järvinen, Margaretha (2004): "Pierre Bourdieu" (Kap. 20). I: Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (Red.) (2004): *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. reviderede udgave, 5. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Lindgren, Sven-Åke (2004): "Michel Foucault" (Kap. 19). I: Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (Red.) (2004): *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. reviderede udgave, 5. oplag. Hans Reitzels Forlag: København.
- Mathiesen, Anders (2011): "Habitus" I: Larsen, Steen Nepper & Pedersen, Inge Kryger (Red.) (2011): *Sociologisk leksikon*, 1 udgave. Hans Reitzels Forlag: København.
- Villadsen, Kaspar (2011): "Modmagt" I: Larsen, Steen Nepper & Pedersen, Inge Kryger (Red.) (2011): *Sociologisk leksikon*, 1 udgave. Hans Reitzels Forlag: København.
- Sundhedsstyrelsen (2010): Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel .<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/~media/36DAA3FF4C0C4D84A9E77901DB06AF27.ashx>

- Brot, Christine &, Poulsen, Annette (2013): *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2. udgave, 1. oplag, Sundhedsstyrelsen, 2013
https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/~/_media/D76304BDB11F48BBB1E83CBC8E0AD85B.ashx
- Killén, Kari &, Olofsson, May (2003): *Sårbare børn. Børn, forældre og rusmiddelproblemer*. Akademisk Forlag: København.
- Petersen, Gitte Lindved &, Kesmodel, Ulrik Schiøler &, Strandberg-Larsen, Katrine (2015): *Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark*. Sundhedsstyrelsen, marts http://static-curis.ku.dk/portal/files/166051589/Alkoholforbrug_blandt_gravide_og_kvinder_i_den_fertile_alder_i_Danmark_160315.pdf
- Oldrup, Helene Hjorth &, Vitus, Kathrine (2011): *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København
https://pure.sfi.dk/ws/files/236795/1132_Udsatte_boern_forskningsoversigt.pdf.
- Niklasson, Grit (2014): *At være gravid - kvinders oplevelse af tilbu, valg og krav*. UCN Forlag: Aalborg. https://issuu.com/cepra/docs/at_v_re_gravid-fil_til_web
- Petersen, Kirsten Elisa &, Kraglund, Kornelia &, Ladefoged, Lars (2017): *Betydningen af sundhedsplejens ekstra tilrettelagte indsatser for små børn og deres forældre*. DPU, Aarhus Universitet, 2017. http://edu.au.dk/fileadmin/edu/Udgivelser/E-boeger/Ebog_-_Sundhedsplejens_indsatser_for_smaa_boern_og_deres_foraelldre.pdf
- Sundhedsstyrelsen (2017): *Tidlig indsats for sårbare familier Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser*. Sundhedsstyrelsen: København.
https://pure.sfi.dk/ws/files/236795/1132_Udsatte_boern_forskningsoversigt.pdf
- Yin, Robert K. (2012): *Applications of Case Study Research*. 3 ed. SAGE Publication.

12.2 Hjemmesider

- Munk, Kirsten: "Misbrug". *Rådet for Socialt Udsatte*.
<https://www.udsatte.dk/indsatsomrader/misbrug/> Besøgt d. 15/10-2018.
- KFUKs Sociale Arbejde: "Institutioner og tilbud". *kfuksa.dk* <https://kfuksa.dk/om-organisationen/institutioner-tilbud> Besøgt d. 1/10-2018.
- Socialstyrelsen (2016): "Definition af misbrug". *vidensportal.dk*
<https://vidensportal.dk/temaer/misbrug/definition/definition-af-misbrug> Besøgt d. 15/10-2018.
- Danmarks Statistik: "Fødsler". *dst.dk* <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/foedsler/foedsler> Besøgt d. 1/10-2018.
- Smidemann, Tim S. & Hille, Jacob (2009): "Narkomanbørn er skadet resten af livet". *Jydske Vestkysten*, Publiceret 08. juli 2009 <https://www.jv.dk/vejen/Narkomanboern-er-skadet-resten-af-livet/artikel/696368> Besøgt d. 1/10-2018.
- Den Danske Ordbog.a: "Tvang". *ordnet.dk* <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=tvang> Besøgt d. 17/10-2018.
- Den Danske Ordbog.b: "Tvinge". *ordnet.dk*
<https://ordnet.dk/ddo/ordbog?select=tinge&query=tvang> Besøgt d. 17/10-2018.
- Den Danske Ordbog.c: "Magt". *ordnet.dk* <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=magt> Besøgt d. 17/10-2018.
- Østebø, Silvie Ulrikke (2017): "Børnerådet om gravide misbrugere: De skal tvinges for børnenes skyld". *nyheder.tv2.dk*, 31. aug. 2017. <http://nyheder.tv2.dk/krimi/2017-08-31-boerneraadet-om-gravide-misbrugere-de-skal-tinges-for-boernenes-skyld> Besøgt d. 5/10-2018.
- Det Danske Filminstitut.a: "En skæv start". *dfi.dk* <https://www.dfi.dk/viden-om-film/filmdatabasen/film/en-skaev-start> Besøgt d. 15/11-2018.
- Det Danske Filminstitut.b: "Cecilies verden". *dfi.dk* <https://www.dfi.dk/viden-om-film/filmdatabasen/film/cecilies-verden> Besøgt d. 15/11-2018.
- Det Danske Filminstitut.c: "Monalisa Story – En film om kærlighed, kamp og heroin". *dfi.dk*
<https://www.dfi.dk/viden-om-film/filmdatabasen/film/monalisa-story-en-film-om-kaerlighed-kamp-og-heroin> Besøgt d. 15/11-2018.

- Mikkelsen, Niels Møller (2017): "Gravid og på stoffer - dette er historien om Malene Pedersen". *nyheder.tv2.dk* <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2017-08-30-gravid-og-paa-stoffer-dette-er-historien-om-malene-pedersen?cid=tv2.dk:Gravid%20og%20p%C3%A5%20stoffer%20-%20dette%20er%20historien%20om%20Malene%20Pedersen:article> Besøgt d. 3/10-2018.
- Eriksen, Mie Henriette (2015): "Gravide kvinder med misbrug skal nemmere kunne lade sig tilbageholde i behandling". *Børne- og Socialministeriet* <https://socialministeriet.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2015/okt/gravide-kvinder-med-misbrug-skal-nemmere-kunne-lade-sig-tilbageholde-i-behandling/> Besøgt d. 3/10-2018.
- Familieambulatoriet (2018): "Familieambulatoriet i Region Sjælland". *Region sjælland* <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/naestvedsygehus/Afdelinger/Gynaekologisk-og-obstetrisk-afdeling/Afsnit-og-funktioner/Sider/Familieambulatoriet-i-Region-Sjaelland.aspx> Besøgt d. 28/9-2018.
- Aarhus Universitetshospital (2017): "Familieambulatoriet - hvad og hvorfor". *Regionmidtjylland* <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/familieambulatoriet---hvad-og-hvorfor/> Besøgt d. 28/9-2018.
- Aalborg Universitetshospital (2017): "Familieambulatoriet". *aalborguh.rn.dk* <https://aalborguh.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/gynaekologisk-obstetrisk-afdeling-aalborg/afsnit/familieambulatorium/-/media/Hospitaler/AalborgUH/Specialer-og-afsnit/Gyn-Obs/Pjecer/Graviditet-f%C3%B8dsel-og-barsel/Graviditet/Familieambulatoriets-tilbud-til-dig.ashx> Besøgt d. 28/9-2018.