MALMÖ UNIVERSITET
FAKULTETEN FÖR HÄLSA OCH SAMHÄLLE

Stöd och Samverkan

Vid beroendeproblematik under graviditet

Matilda Nordström

Support and Interagency Collaboration

In the context of Substance Use Problems During Pregnancy

Matilda Nordström

Degree project in social work, 61–90 higher education credits. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Social Work, 2026

Abstract

This study explores how professionals in specialist maternity care and social services work with pregnant women with substance use problems. It takes as its focus how support, control and interagency collaboration are enacted. Thus highlighting how organisational conditions and professional discretion shape interventions, approaches to care and ethical deliberations. These women often live in circumstances where substance use may coexist with mental health problems, trauma and social vulnerability. Support must thus be coordinated across services with different mandates, priorities and understandings. Based on qualitative interviews, the material was thematically analysed and interpreted through Michael Lipsky's street-level bureaucracy and Michel Foucault's disciplinary power. Findings show that support is organised differently across local contexts, shaped by geography, co-location and collaboration routines. Challenges in collaboration also arise when pregnancy's timeframe clashes with organisational processes and the timelines of investigations/assessments. In encounters with women, alliance-building, flexibility and a non-judgemental approach are described as crucial for engagement and support. At the same time, intrusive measures, such as reporting concerns to child welfare services and, in some cases, compulsory care under the LVM Act, are described as ethically challenging because they may jeopardise the alliance. Professional discretion varies across contexts and strongly influences how interventions are carried out and how support and control are balanced. The study concludes that equity in support is influenced by local organisational conditions and the exercise of discretion. As such, it highlights the need for stable collaboration structures, clear routines, increased knowledge of each other's mandates, and sufficient space for relational work to provide the best possible support for both the woman and the unborn child.

Innehållsförteckning

1. Inledning **5**
1.1 Problemformulering 5
1.2 Syfte 6
1.3 Frågeställningar 6
2. Bakgrund **7**
2.1 Mödravården i Sverige 7
2.1.1 AUDIT och DUDIT 7
2.1.2 Nationella mål 8
2.2.3 Begreppsförklaring 9
3. Tidigare forskning/kunskapsläge **11**
3.1 Risker för barnet 11
3.2 Motivation och vändpunkt 12
3.3 Stigma 12
3.4 Samverkan, organisering och stöd 13
4. Teoretiska utgångspunkter **15**
4.1 Gräsrotsbyråkrater 15
4.2 Disciplinär makt 16
5. Metod **18**
5.1 Metodval 18
5.2 Urval 18
5.3 Datainsamling 19
5.4 Analysmetod 21
5.5 Etik 22
5.6 Metoddiskussion 22
6. Resultat och analys **25**
6.1 Variation i stödsystemet 25
6.1.1 Geografisk placering som varierande faktor 25
6.1.2 Fragmenterad vård och samordning av stöd 26
6.1.3 Olika professionella perspektiv och varierande bedömningar 27
6.1.3.1 Tidslogiker och “olika klockor” 28
6.1.3.2 Bedömningar och organisatoriska ramar 29
6.1.3.3 Variation i planering och agerande inför förlossning 30
6.2 Mellan stöd och kontroll: alliansbyggande och stigmatisering 32
6.2.1 Normalisering och frivillighet 32
6.2.2 Bemötande och motivering 33
6.2.3 Flexibilitet, kontroll och allians 35
6.2.4 Alliansbrytande åtgärder vid oro 36
7. Diskussion **39**
7.1 Resultatdiskussion 39
7.2 Framtida forskning 41
8. Referenser **42**
9. Bilagor **45**

Bilaga 1 - Informationsbrev.....45
Bilaga 2 - Samtyckesblankett.....47
Bilaga 3 - Intervjuguide.....49

1. Inledning

Varje dag följer barnmorskor personer genom graviditeten, där blicken är fäst mot det väntade barnet, mot det nya livet. En graviditet kan rymma många olika känslor och tankar. Den kan vara fylld av lycka och förväntan, men också av skräck, ambivalens och oro – och en mix av allt. Barnmorskor möter kvinnor i olika livssituationer: i relationer eller ensamstående, med olika socioekonomiska förutsättningar och med skilda livserfarenheter, livsstilar och livshistorier. När man plussar på stickan vet de flesta att nästa steg är att ringa och boka en första tid hos mödravårdscentralen. Samtidigt innebär mötet med vården inte samma sak för alla. För vissa är vården självklar och trygg, för andra är den förknippad med osäkerhet eller tidigare negativa erfarenheter. Steget in i vården kan alltså vara olika lätt eller svårt att ta.

För gravida kvinnor med beroendeproblematik blir detta ofta ännu mer komplext. Graviditeten kan innebära en vilja till förändring och en vändpunkt, men också skam och rädsla för att bli dömd, eller för att kontakten med myndigheter ska leda till ingripanden (Kuo et al., 2013). I den här studien avser beroendeproblematik substansbruk av alkohol och/eller narkotika, som påverkar kvinnans livssituation. Samtidigt kan kvinnans situation handla om mycket mer än själva substansbruket. Psykisk ohälsa, trauma, relationer, ekonomi och boende kan behöva hanteras parallellt (Magnusson et al., 2014).

I praktiken finns stödet sällan på ett ställe. Mödravård och socialtjänst arbetar utifrån olika uppdrag, lagar och tidsramar – samtidigt som det finns ett lagstadgat krav på samordning när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården (Socialtjänstlag [2025:400], 10 kap. 8 §). Hur väl samverkan fungerar lokalt kan påverka både vilket stöd som blir möjligt och hur tryggt det upplevs av individen. Här uppstår också ett centralt dilemma: att bygga allians och på så sätt ha kvar kvinnan i behandling, samtidigt som oro för barnet ibland kräver anmälningar eller mer ingripande åtgärder, som kan leda till att alliansen bryts. Det innebär att stödet kan komma att se olika ut beroende på var i landet kvinnan befinner sig, hur verksamheter är organiserade och vem hon möter.

Mot den bakgrunden blir det relevant att undersöka hur yrkesverksamma själva beskriver arbetet i praktiken. Trots att det finns forskning om risker, stigma och vikten av samverkan, behövs mer kunskap om hur stöd fungerar i praktiken och hur organisatoriska villkor och professionellt handlingsutrymme påverkar insatser, bemötande och avvägningar som uppstår.

1.1 Problemformulering

I nuläget finns det mycket forskning som ger en tydlig bild av hur ett substansbruk under graviditeten kan få omfattande konsekvenser för barnet, både före och efter födseln. Prenatal exponering för alkohol och droger kan leda till funktionsnedsättningar och medicinska komplikationer. Beroende på vilka substanser barnet exponeras för i magen kan även abstinenssymtom efter födseln uppkomma (Greenough & Kassim, 2005; Killén, 2009). Forskningen visar utöver de direkta medicinska riskerna att det kan uppstå långsiktiga konsekvenser kopplade till barnets uppväxtmiljö där beroendeproblematik påverkar föräldraförmåga, trygghet och barnets utveckling (Killén, 2009). En ytterligare konsekvens för barnet är negativa livsomständigheter senare i livet, som sämre skolresultat samt högre sannolikhet att själv utveckla substans- eller alkoholrelaterade problem (Nordenfors & Höjer, 2017).

Forskningen visar att tvärvetenskapliga och integrerade team kan vara framgångsfaktorer i arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik (Wright & Walker, 2007). Ett centralt argument är att integrerade team minskar fragmenteringen i vårdkedjan genom att samordna insatser och skapa en mer sammanhållen och lättillgänglig stödstruktur (Sun, 2004). Inom sådana verksamheter kan team erbjuda tätare uppföljning och specialiserad kompetens, vilket kan bidra till att begränsa exponeringen för substanser under graviditeten (Rangmar, 2018). Nordenfors och Höjer (2017) framhåller i linje med detta att en integrerad mödravård och beroendemottagning är gynnsamt för både modern och barnet.

Samtidigt som integrerade arbetssätt framhålls som effektiva, är kunskapen mer begränsad om hur stöd och samverkan faktiskt tar form i praktiken. Arbetet med målgruppen sker ofta mellan specialistmödravård och socialtjänst, där olika uppdrag och riktlinjer påverkar hur samverkan och samordning av insatser fungerar (Sun, 2004).

Tidigare forskning visar dessutom att bemötande och relationellt arbete har stor betydelse, där ett icke-dömande förhållningssätt och möjligheten att bygga tillit kan vara avgörande för att kvinnor ska söka och stanna kvar i vård och stöd (Nordenfors & Höjer, 2017). Stigmatisering kan samtidigt bidra till undvikande av vård och behandling, vilket ökar sårbarheten för både modern och barnet (Weber et al., 2021). Mot denna bakgrund finns en tydlig kunskapslucka: vi vet mycket om riskerna och vilka arbetssätt som rekommenderas, men mindre om hur det faktiskt fungerar i praktiken. Därför är studien viktig för att belysa hur samverkan mellan specialistmödravård och socialtjänst fungerar i praktiken, samt hur bemötande och relationellt arbete påverkar möjligheten att skapa tillit och ge ett sammanhållet stöd.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur yrkesverksamma inom specialistmödravård och socialtjänst beskriver arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik, med fokus på variationer i stöd och insatser, inklusive samverkan samt balansen mellan stöd/allians och kontroll.

1.3 Frågeställningar

- Hur beskriver yrkesverksamma inom mödravård och socialtjänst variationer i stöd och insatser för gravida kvinnor med beroendeproblematik, och vilka organisatoriska och professionella faktorer kopplas till dessa variationer?

- Hur beskriver yrkesverksamma balansen mellan stöd/allians och kontroll i mötet med målgruppen och vilka avvägningar uppstår i arbetet med målgruppen?

2. Bakgrund

Detta kapitel inleds med en övergripande beskrivning av mödrahälsovården i Sverige och hur arbetet med tidig upptäckt och stöd kan se ut i relation till substansbruk under graviditet. Därefter presenteras nationella mål på området med alkohol- och drogrelaterad problematik. Kapitlet beskriver också specialistmödravård och hur den kan vara organiserad. Vidare introduceras screeningverktyg som AUDIT och DUDIT, eftersom de ofta används som underlag för samtal, bedömning och eventuella remisser. Avslutningsvis definieras centrala begrepp såsom riskbruk, skadligt bruk, missbruk och beroende, som kan vara nödvändiga att ha med sig in i läsningen.

2.1 Mödravården i Sverige

I Sverige erbjuds gravida kvinnor och det ofödda barnet gratis mödravård. Mödravården har varit en del av den svenska primärvården sedan 1930-talet. Det är frivilligt men näst intill 100% av alla gravida kvinnor vänder sig till mödravården. Vanligtvis besöker förstföderskor mödravården ca elva gånger genomsnittligen, motsvarande ca nio gånger för omföderskor (Nordenfors & Höjer, 2017).

I rapporten *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (2016) anges att mödrahälsovården bör ta kontakt med en kvinna som hört av sig till mottagningen inom en vecka. Vid första samtalet görs en kartläggning av levnadsvanor och möjliga riskfaktorer, som användning av läkemedel eller andra substanser, som kan påverka graviditeten och det väntade barnet. Hur tidigt detta sker varierar mellan regioner och lokala rutiner. Samtidigt visar Graviditetsregistrets årsrapport (2024) att den första kontakten med mödravården sker allt tidigare för varje år, vilket skapar bättre förutsättningar för tidig upptäckt och stöd när behov finns.

I flera regioner finns särskilt organiserad specialistmödravård för gravida med beroendeproblematik, ofta i form av multiprofessionella team. Hur stödet är organiserat varierar dock mellan regioner. På vissa håll ges vården via särskilda mottagningar/team, medan det på andra håll sker genom ordinarie mödrahälsovård i nära samarbete med specialistvård och beroendevård (1177 Vårdguiden, 2024).

2.1.1 AUDIT och DUDIT

En del av mödravårdens preventiva uppdrag är att informera den gravida om att all konsumtion av alkohol och droger bör undvikas. Strukturerade metoder som t.ex. AUDIT[1]

[1] Alcohol Use Disorders Identification Test

och DUDIT[2] används för att identifiera behov och för att kunna erbjuda vidare stöd. AUDIT är ett screeningformulär som utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) och används av ett flertal länder runt om i världen (Region Uppsala, 2021). Genom formuläret kan alkoholbruket kartläggas under året innan graviditeten, genom ett poängsystem (0-40):

0 poäng: Ingen konsumtion av alkohol

1-5 poäng: bruk av alkohol

6-9 poäng: riskbruk

10 eller mer: risk för beroende.

Gravidregistrets årsrapport (2024) visar en ökning av användningen av AUDIT, vilket de menar är positivt men önskvärt vore att samtliga regioner når målvärdet för användningen av AUDIT: vilket är 95%.

För att uppmärksamma drogbruk kan screening göras med DUDIT. I flera svenska riktlinjer står det att om en person får mer än 0 poäng bör resultatet följas upp för att undersöka om det rör sig om ett pågående bruk. Vidare anges att en poäng på 6 eller mer för män och 2 eller mer för kvinnor kan tyda på drogrelaterade problem. 25 poäng eller mer innebär en hög sannolikhet för beroende (Berman, Wennberg & Källmén, 2016).

Det finns ingen nationell gräns för när en person ska remitteras vidare till en specialistmödravård, det styrs av regionala vårdprogram, rutiner och en samlad bedömning där faktorer som pågående bruk, svårigheter att avstå från bruk, tecken på beroende, samsjuklighet och social utsatthet tas i beaktande (Region Skåne, 2024). Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör en remiss till specialistmödravård övervägas när den gravida använder alkohol, narkotika eller läkemedel och har svårt att avstå. Kontakt med ett team som jobbar tvärprofessionellt kan vara avgörande för snabbt stöd och för att minska risken för skador hos fostret (Socialstyrelsen, 2025).

2.1.2 Nationella mål

I regeringens (2022) ANDTS-strategi[3] för 2022-2025 betonas att insatser riktade till blivande föräldrar är viktiga för att skydda foster och barn från negativa konsekvenser kopplade till bland annat alkohol och narkotika. I strategin betonas att mödravården, som möter i princip alla gravida, har goda förutsättningar att upptäcka riskbruk i ett tidigt skede, genom samtal och strukturerade metoder. Socialtjänstens roll framhålls som viktig, i arbetet med att stödja blivande föräldrar som tillhör en riskgrupp eller som har utvecklat skadligt bruk eller

[2] Drugs Use Disorders Identification Test

[3] Regeringen, En samlad strategi för alkohol-, narkotika, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022-2025.

beroende. Det framgår även att insatser bör fortsätta efter att barnet är fött. Regeringens strategi kopplar ihop ANDTS-problematik med psykisk ohälsa betonar att förebyggande arbete och insatser som stärker psykisk hälsa kan bidra till att skydda både foster och barn.

Mot denna bakgrund blir det centralt att tydliggöra hur riskbruk, skadligt bruk, missbruk och beroende definieras, liksom hur målgruppen benämns i materialet och i verksamheternas språkbruk.

2.2.3 Begreppsförklaring

Kvinna

Begreppet *kvinna* används i denna studie eftersom det är den benämning som förekommer i intervjumaterialet, i verksamheternas språkbruk, samt i den tidigare forskning jag tagit del av. Användningen ska inte förstås som att endast kvinnor kan vara gravida eller att andra könsidentiteter osynliggörs. Det är en språklig avgränsning för att följa materialet och skapa konsekvens i texten.

Patient/klient

Läsaren bör även vara uppmärksam på att begreppen *patient* och *klient* används beroende på kontext. I intervjuer med socialtjänsten benämns individen som *klient*, medan intervjuer med mödravården främst använder *patient*.

Riskbruk

Riskbruk är ingen medicinsk diagnos utan tvärtom ett begrepp som forskare har varit oense kring. Definitionen varierar i olika länder men Världshälsoorganisationen (WHO) definierar riskbruk som ett mönster som ökar risken för fysiska eller mentala konsekvenser (Wåhlin, 2012). I definitionen klargörs att riskbruket kan leda till både fysiska, mentala och sociala konsekvenser. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning [CAN] (2020) skriver att det finns olika sätt att mäta och definiera riskbruk men att det är svårt att sätta en specifik gräns eftersom vad som är riskabelt varierar från person till person.

Skadligt bruk

När en persons användande av alkohol eller narkotika skadar hälsan mentalt eller fysiskt kategoriseras det som *skadligt bruk.* Skadligt bruk innebär inte bara en risk, utan verkliga psykiska eller fysiska skador. För att kategoriseras som skadligt bruk ska användandet ha varit pågående i mer än en månad eller ha upprepats flera gånger under en 12-månadersperiod (Frank & Andreasson, 2024).

Missbruk

Nationalencyklopedins (u.å) definition av missbruk är: “Okontrollerad eller överdriven användning av något, vanligen alkohol, narkotika eller andra substanser med euforiserande effekt, men även till exempel mat”.

Begreppet *missbruk* används ofta i vardagligt språk, men har på senare tid kritiserats i allt högre grad på grund av sin stigmatiserande innebörd och används därför allt mer sällan. I

denna uppsats undviks termen och ersätts istället med mer neutrala formuleringar såsom *riskbruk*, *skadligt bruk*, *substansbruk* och *beroende*, beroende på sammanhang.

Beroende

Ett *beroende* kan variera mycket i uttryck, hur snabbt det eskalerar och orsakerna bakom det.

Substanser som nikotin, alkohol, droger och narkotikaklassade läkemedel klassificeras som beroendeframkallande. Vid beroende finns ett starkt sug i kroppen efter substansen och personen har oavbrutna tankar på användningen. Det som tidigare fyllt en viktig plats i personens liv, prioriteras bort till förmån för brukandet. Beroendet kännetecknas bland annat av en ökad tolerans till något, där det krävs mer och mer av substansen för att uppnå önskad effekt. Konsekvenser som oro, ångest och sömnsvårigheter är vanligt förekommande. Humörsvängningar och lättretlighet är inte ovanligt och om användningen uteblir, uppstår abstinensbesvär (Region Stockholm, u.å).

3. Tidigare forskning/kunskapsläge

I detta kapitel presenteras relevant forskning om gravida kvinnor med beroendeproblematik och konsekvenserna för det ofödda/födda barnet. Kapitlet fokuserar på risker för barnet, föräldrarnas motivation och förmåga, samverkan, stigma, samt behandling och stöd. Syftet med kapitlet är att få en överblick över det nuvarande kunskapsläget. För att få fram relevant forskning har jag använt mig av tre olika databaser: Psycinfo, Sociological Abstracts och Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA). Sökorden jag använt har varit: pregnancy, pregnant, maternity, substance abuse, drug abuse, alcohol, drugs, substance abuse, addiction, treatment, social work, social work practice, social services, collaboration.

3.1 Risker för barnet

Enligt Killén (2009) är beroendeproblematik sannolikt den faktor som påverkar de funktioner en förälder bör ha mer än något annat. Barnets behov åsidosätts när förälderns förmåga att se barnet misslyckas för att förälderns egna behov istället prioriteras. Har modern haft beroendeproblematik under graviditeten är risken oundviklig att det redan finns skador på barnet. Exponeringen av alkohol och droger i livmodern leder till varaktiga funktionsvariationer. Det är dessutom inte ovanligt att barnet utvecklar abstinenssymtom efter födseln. Om ett barn exponeras för vissa droger i livmodern kan det leda till ett fysiskt beroende och ta sig uttryck i till exempel högfrekventa skrik, rastlöshet, darrningar, hypertoni (högt blodtryck), kramper, nysningar, kräkningar, hyperfagi (överdriven hunger), uppstötningar med mera. Det kallas neonatalt abstinenssymptom (NAS) och förekommer hos 50-80% av alla spädbarn till mödrar som brukar opioider (Greenough & Kassim, 2005).

Ett barn blir tidigt vuxen i en miljö där beroendeproblematik förekommer, ett stort ansvar läggs på barnet, som behöver se efter sig själv, eventuella syskon och föräldrar. För många barn som växer upp runt föräldrar med beroendeproblematik är oro en del av vardagen, och resulterar i symptom som exempelvis magont, spända muskler och huvudvärk. Barn till föräldrar med beroendeproblematik utvecklar ofta en destruktiv inre modell för hur ett barn ska bete sig, för vad en förälder är och för hur en relation mellan barn och förälder ser ut. Idén om detta kan vara svår att bryta och förs inte sällan vidare generationer emellan (Killén, 2009). Barn till föräldrar med beroendeproblematik påverkas också i senare skeden i livet där negativa livsomständigheter är vanligare, än hos barn som vuxit upp med föräldrar utan beroendeproblematik. Barn som växer upp med en förälder som har beroendeproblematik har fyra till sju gånger högre risk att själva utveckla alkohol- eller substansberoende än barn som växer upp med föräldrar utan sådan problematik. Nordenfors och Höjer (2017) skriver dessutom att risken för att dessa barn ska lämna skolan utan godkända betyg är större, och att risken för att dö en våldsam död är tre gånger så stor som för andra barn.

Ytterligare långsiktiga konsekvenser för barn som exponeras för droger via föräldrar med beroendeproblematik är utvecklingsneurologiska och beteendemässiga avvikelser, som till exempel ADHD, autism och intellektuell funktionsnedsättning. Dessa avvikelser kan dock också bero på andra faktorer. Det är inte ovanligt att kvinnor med beroendeproblematik befinner sig i en relation med någon som också brukar substans och två tredjedelar av dessa kvinnor utsätts för våld i sina nära relationer. Dessa omständigheter är betydande för ett barns utveckling och välmående (Greenough & Kassim, 2005). Sammantaget visar forskningen att riskerna handlar om både prenatal exponering och barnets uppväxtmiljö efter födseln och för

att kunna undvika detta, lyfts motivation och stödinsatser under graviditeten som särskilt viktiga (Rangmar et al,, 2018).

3.2 Motivation och vändpunkt

Det finns studier som visar att många vill avstå från alkohol och droger under graviditeten. Det gäller både kvinnor och män. Nordenfors och Höjer (2017) skriver att föräldraskapet har visat sig vara en stark motivationsfaktor att hålla sig nykter och graviditeten beskrivs som en vändpunkt för många, som omvärderar sitt användande av substanser när det får reda på att de väntar barn. Den största drivkraften är att skydda barnet och den ultimata belöningen är att få behålla sitt barn hos sig (Staudt, 2018). Att bära ett barn kan för vissa betyda större intresse och mer motivation att söka behandling för substansbruk men det kan också komma med betydande nackdelar som kan komplicera motivationen, till exempel på grund av rädsla för straffrättsliga sanktioner, minskat socialt och ekonomiskt stöd och den överhängande risken att förlora vårdnaden om barnet (Choi et al., 2022). An Pyng Sun (2004) lyfter att yrkesverksamma spelar en betydande roll, där rätt stöd kan stärka kvinnans självförmåga (self-efficacy). Har personalen förmåga att möta individen, ge positiv feedback, vara empatisk och fokusera på kvinnans resurser istället för att ge moraliska föreläsningar, stärks hennes inre kraft att hantera svårigheter utan att återfalla i substansbruk. Staudt (2018) menar att behandling vid substansbruk under graviditet kan vara effektiv, men att utfallet i hög grad beror på om kvinnan har möjlighet att fullfölja behandlingen. Risken för tidiga avhopp är större vid hög psykosocial belastning, vilket gör att stödets tillgänglighet, kontinuitet och anpassning till graviditet och föräldraskap får stor betydelse (Staudt, 2018).

Puurunen och Vis (2019) menar att graviditet ofta innebär kontakt med en rad olika professioner inom hälso- och sjukvården. Om dessa professioner arbetar utifrån ett traumamedvetet bemötande kan det skapa förutsättningar för att adressera bakomliggande erfarenheter av trauma och därigenom också uppmärksamma möjliga orsaker till substansbruket. Det är av stor vikt att kunna erbjuda ett stöd som stärker kvinnans egen agens och förmåga till självreglering, vilket kan göras genom förtroendefulla allianser mellan yrkesverksam och individ. För att bryta cirkeln av trauma och beroende måste stödet gå från kontroll till empowerment. Beroendeproblematiken behöver ses på som ett hälsoproblem snarare än ett juridiskt problem. Trauma och substansbruk går i arv från generation till generation. Att fokusera på orsaken till problemet är därför en investering som kan förhindra negativa utfall för både mor och barn. Att enbart fokusera på att det är barnet som far illa av substansbruket är skadligt, eftersom att det kan osynliggöra moderns trauma, vilket kan leda till sämre behandlingsresultat på sikt (Puurunen & Vis, 2019).

3.3 Stigma

I samhället finns en föreställning om att ansvaret för barn i första hand vilar på mödrar, vilket innebär att en kvinna med beroendeproblematik uppfattas som mer avvikande än en man i samma situation (Nordenfors & Höjer, 2017). Detta leder till att kvinnor i större utsträckning än män drar sig för att söka hjälp, vilket kan bidra till att de av rädsla för stigmatisering i stället döljer sin problematik. I ett samhälle där kvinnor förväntas vara omsorgsfulla och omhändertagande blir en mor med missbruksproblematik underordnad på två sätt samtidigt: dels som kvinna i ett patriarkalt samhälle, dels som “missbrukare” i ett normativt system.

Samhällets idealbild av kvinnan som en mjuk och kärleksfull mor skapar en stark kontrast till bilden av en kvinna med beroendeproblematik. Det är inte ovanligt att denna negativa syn internaliseras, vilket kan leda till att kvinnan bär på betydande självhat och skuldkänslor (Nordenfors & Höjer, 2017). Weber et al. (2021) menar att stigmatiseringen gravida kvinnor upplever kan bidra till att de undviker mödravård och behandling för sitt substansbruk, vilket i förlängningen ökar riskerna för både kvinnan och barnet. När kvinnan blir gravid upplever hon ofta i högre grad dömande attityder och skam från omgivningen. Det kan gälla personer som tidigare varit mer toleranta eller icke-dömande i relation till beroendeproblematiken, men som förändrar sin attityd i samband med graviditeten. Samma dömande bemötande har upplevts från vårdpersonal som dessutom varit specialiserade på substansbruk och därmed haft en stor kunskap på området.

I Nordenfors och Höjers (2017) studie visar resultaten att det är av stor vikt att de yrkesverksamma som jobbar med målgruppen hittar en balans mellan kontroll och stöd. För att kunna bygga relationer krävs att förtroende byggs genom ett icke-dömande bemötande. De menar på att ett stort krav läggs på organisationer som ska möta kvinnornas och barnens behov. Organisatoriskt sett krävs en stabil struktur och kontinuitet i personalgruppen där de professionella har den kunskap som krävs, samt goda sociala färdigheter. Språk spelar en betydande roll när det kommer till att upprätthålla stigma. Weber et al. (2021) betonar att ord som “missbrukare”, “narkoman”, “alkoholist” bör bytas ut mot något neutralt. Studier visar att vårdpersonal förhåller sig mer mänskligt till sina patienter när ett mer precist språkbruk används. Risken för att kliniker använder förtryckande och straffande förhållningssätt minskar med en mer specifik och mindre laddad terminologi.

3.4 Samverkan, organisering och stöd

Det som visat sig vara mest effektivt är multidisciplinära verksamheter som erbjuder ett brett utbud av stödinsatser till både mödrar och barn. För att uppnå bästa möjliga långsiktiga resultat bör insatserna sättas in tidigt. Det minskar kvinnors sårbarhet, särskilt i relation till deras sociala situation. Tidiga och samordnade insatser bidrar också till att minska risken för återfall under barnets första levnadsår. En integrerad mödravård och beroendevård kan å ena sidan vara mycket effektiv. Å andra sidan kan denna typ av samverkan innebära utmaningar i arbetet. Värderingar, riktlinjer, arbetssätt och filosofier kan variera mycket mellan professioner och leda till svårigheter för arbetsgången (Nordefors & Höjer, 2017). Här blir Suns (2004) begrepp “one-stop shopping” relevant, som handlar om att samla flera professioner i samma verksamhet för att minska fragmentering. När barnmorska, socialarbetare och medicinska professioner kan samverka mer praktiskt, kan det bli lättare att skapa en helhet kring kvinnan och minska risken att hon “kastas runt” mellan olika instanser. Det är viktigt att verksamheter har en förståelse för hur kontakt med myndigheter kan upplevas. Det finns risker för re-traumatisering, exempelvis kan involvering av socialtjänsten fungera som en trigger för tidigare trauman och leda till att kvinnan undviker vård (Puurunen & Vis, 2019).

Sun (2004) lyfter också att samverkan ofta försvåras av att olika system arbetar utifrån olika tidslogiker, där exempelvis barnets utveckling, socialtjänstens processer och beroendevårdens långsiktiga perspektiv inte alltid går ihop. Hon beskriver detta som “olika klockor”, vilket kan bidra till att stödinsatser blir osammanhängande om det inte finns en tydlig struktur för samordning. Nordenfors och Höjer (2017) skriver vidare att den svenska forskningen är

begränsad när det kommer till föräldrar med beroendeproblematik samt forskning på vilket stöd denna målgrupp får. Mer forskning på gravida med substansbruk och stöd till målgruppen finns internationellt. Wright och Walker (2007) skriver att olagliga droger används allt mer i samhället, men den specialiserade mödravården har varit långsam och inte anpassat sig till den utsträckning som den borde med tanke på hur det ser ut i samhällets alla skikt.

Sammanfattningsvis visar forskningen på betydande risker för ett barn som exponeras för substansbruk, både före och efter födseln. Graviditeten beskrivs i flera studier som en vändpunkt som kan stärka motivationen till förändring, men utfallet påverkas av kvinnans möjlighet att fullfölja behandling och av hur stödinsatser är utformade. Forskningen pekar också på att stigma och dömande bemötanden, från omgivning och vård, kan minska benägenheten att söka hjälp – vilket i sin tur kan öka riskerna för både kvinnan och barnet. Vidare framhålls samordnade och multidisciplinära insatser som lovande, men samverkan försvåras av skillnader i arbetssätt, uppdrag och tidslogiker mellan aktörer.

Den svenska forskningen om gravida med substansbruk och om stödets utformning är begränsad, vilket motiverar studier som belyser yrkesverksammas perspektiv på arbetet med målgruppen.

4. Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer de teoretiska utgångspunkter och centrala begrepp presenteras och motiveras, som senare kommer användas som stöd för att analysera det empiriska materialet och bidra till en djupare förståelse.

4.1 Gräsrotsbyråkrater

Begreppet gräsrotsbyråkrat (*street-level bureaucrat*) utvecklades av Michael Lipsky (2016) och används för att beskriva yrkesverksamma inom offentlig sektor som har direkt kontakt med medborgare, exempelvis socialsekreterare, lärare och sjukvårdspersonal. Ett centralt begrepp i teorin är handlingsutrymme (*discretion*). Jämfört med anställda på lägre nivåer i de flesta andra organisationer har gräsrotsbyråkrater ett betydande handlingsutrymme att avgöra vilken typ av insats som kan erbjudas, i vilken omfattning och med vilken kvalitet, inom myndighetens ramar. Lipsky betonar att dessa yrkesroller har utrymme att göra självständiga bedömningar och fatta beslut i det dagliga arbetet. Detta kan förstås utifrån att yrkesverksamma har lagar och riktlinjer att förhålla sig till, men att dessa ofta kräver tolkning och kan tillämpas på olika sätt eftersom de sällan ger konkreta instruktioner för det praktiska arbetet. Vidare menar Lipsky att gräsrotsbyråkrater ofta arbetar under begränsningar i form av tid och resurser, vilket påverkar vilka insatser som sätts in, prioriteras och hur de levereras. Politiken implementeras därmed i praktiken i mötet mellan yrkesverksam och medborgare (Lipsky, 2016).

Michael Lipskys teori används i uppsatsen för att analysera hur variationer i yrkesverksammas bedömningar, organisatoriska villkor och geografisk kontext påverkar vilket stöd individen får. Teorin synliggör hur handlingsutrymmet kan möjliggöra anpassade insatser, men också hur det kan bidra till ojämlika beslut, även vid likvärdiga behov. Den visar också hur gräsrotsbyråkrater kan utveckla egna praktiker för att hantera regelverk och rutiner som upplevs begränsa arbetet.

Som en fördjupning av Lipskys begrepp handlingsutrymme använder uppsatsen Molander (2011) som diskuterar beslutsfattande i professionellt arbete. Han lyfter variationen i hur arbetet utförs på grund av det handlingsutrymme som yrkesverksamma tilldelas. Han skriver att en del av premissen med handlingsutrymmet är att oavsett hur noggrant och samvetsgrant individer resonerar sig fram till något, kommer det oundvikligen leda till olika slutsatser. Molander benämner det som handlingsutrymmets bördor (*the burdens of discretion*). Han lyfter förstahandserfarenhet som en aspekt i varför variation uppstår. En person med mycket relevant erfarenhet fattar andra beslut än någon som inte har det (Molander, 2011).

I uppsatsen förstås handlingsutrymme på flera sätt. För det första som utrymmet att tolka och tillämpa regelverk: vad som är möjligt att göra och när det kan göras. För det andra som något som påverkas av organisatoriska förutsättningar, såsom tid, resurser och beslutsordningar, vilka kan begränsa yrkesverksammas faktiska möjligheter att agera. För det tredje kan handlingsutrymme förstås som strategier och arbetssätt som utvecklas för att hantera dessa begränsningar. I det relationella arbetet blir handlingsutrymmet särskilt tydligt, exempelvis när intervjupersoner beskriver hur flexibilitet och bemötande används som arbetsredskap för att bygga allians och tillit. När yrkesverksamma begränsas av styrning

“uppifrån” kan fokus i stället förskjutas till det som fortfarande går att påverka – det relationella, det vill säga hur de möter kvinnan.

De tre dimensioner av handlingsutrymme: regeltolkning, organisatoriska begränsningar och strategier i praktiken synliggörs när intervjupersonerna berättar om konkreta situationer, till exempel beslut, prioriteringar och bemötande.

4.2 Disciplinär makt

Den disciplinära makten, som utvecklades av Michel Foucault, skiljer sig från tidigare former av makt inte främst genom att straffa mindre, utan genom att kontrollera och forma beteenden mer effektivt (Nilsson, 2008). Foucault visade hur denna typ av maktteknik var överlägsen de gamla metoder när det kom till att få folk att lyda och foga sig. Denna maktteknik stod för makt som utövades mer lokalt, kontinuerligt, utspritt och framför allt mer produktivt.

I *Övervakning och straff* (2017) beskriver Foucault hur disciplinär makt fungerar genom mekanismer som normalisering, examen och dokumentation. Normaliserande makt, verkar till skillnad från juridisk makt, genom normer som definierar vad som är normalt respektive avvikande. Avvikelser ska nödvändigtvis inte straffas, men de ska mätas, korrigeras och regleras av institutioner som bland annat skola, sjukvård och socialt arbete. Foucault benämner en annan central maktteknik som examen.

Genom examinering synliggörs individen, görs jämförbar och möjlig att klassificera genom tester, kontroller och bedömningar. I examinationen jämförs individens beteende, kropp och prestationer med en norm för vad som anses vara normalt (Foucault, 2017). Examineringen fungerar som ett verktyg där övervakning och normalisering möts: individen granskas, jämförs med en norm och kan därefter korrigeras eller ges sanktioner vid avvikelser. Genom den kontinuerliga dokumentation i journaler och register och genom provresultat, förvandlas individen till ett fall. Avvikelser från normen är det som skapar en individ, snarare än att individen förstås genom sina egna unika livsberättelser.

Foucaults teori om disciplinär makt är relevant för studien eftersom den hjälper oss att förstå hur gravida kvinnor med substansbruk blir föremål för bedömningar där “normalt” och “avvikande” definieras i relation till graviditet, risk och föräldraskap. Den gravida kvinnan med substansbruk blir jämförd med den normativa modern som är ansvarstagande och drogfri. Utredningar, riskbedömningar och behandlingsrekommendationer kan då ses som praktiker som både kan möjliggöra stöd och samtidigt skapa kategoriseringar som upplevs kontrollerande eller stigmatiserande. Teorin är menad att ge oss en djupare förståelse för hur stödinsatser och kontroll kan samexistera i samma arbetsmetoder, som exempelvis urinprov, som kan fungera som något motiverande och på samma gång något som kan leda till frustration och stigma. Foucaults (2017) begrepp om disciplinär makt synliggör också hur kontroll kan verka genom självreglering, där individen anpassar sig till normer snarare än yttre straff, där möjligheten att bli observerad gör att individen börjar övervaka och reglera sig själv, snarare än att kontrollen behöver utövas direkt.

I analysen används begreppen normalisering, examen/dokumentation och självreglering som analytiska verktyg för att synliggöra hur praktiker som ska finnas som stöd, samtidigt kan innebära granskning, kategorisering och normstyrning.

Lipsky och Foucault belyser samma praktik från två håll. Lipsky synliggör hur handlingsutrymme och organisatoriska villkor formar vad som faktiskt blir gjort, medan Foucault synliggör hur bedömningar, uppföljning och dokumentation samtidigt kan fungera som normaliserande och disciplinerande mekanismer. Tillsammans möjliggör teorierna en analys av hur stöd och kontroll kan samexistera och variera i det arbetet med målgruppen.

5. Metod

I detta kapitel presenteras och motiveras studiens metod. Först och främst motiveras metodvalet och kopplas till studiens syfte. Därefter redogörs för det urval som gjorts och motiven bakom valet av deltagare. Sedan kommer en redovisning av datainsamlingen och hur rekryteringen gått till. Analysmetoden presenteras därefter med en beskrivning av hur materialet bearbetats och tolkats. Efter det redogörs för forskningsetiska överväganden och slutligen kommer en metoddiskussion där metodens förtjänster, begränsningar och möjlig påverkan på resultatet reflekteras över.

5.1 Metodval

Den här studien är en kvalitativ intervjustudie baserad på semistrukturerade intervjuer. Syftet med studien är att undersöka hur yrkesverksamma beskriver och erfar olika aspekter av arbetet med målgruppen gravida kvinnor med beroendeproblematik. En semistrukturerad intervjumetod har varit lämplig för studien eftersom målet har varit att undersöka individers subjektiva upplevelser och förståelser av sin yrkespraktik, inklusive praktiska metoder, samverkansprocesser och avvägningar (Bryman, Clark, Foster & Sloan, 2025).

Intervjufrågorna utformades främst som öppna frågor, vilket är vanligt i semistrukturerade intervjuer. Öppna frågor gav utrymme för intervjupersonerna att formulera sig med egna ord, vilket bidrog till ett mer nyanserat empiriskt material. Det minskade också risken att styra svaren i en viss riktning och var därför särskilt användbart när syftet är att utforska komplexa erfarenheter och resonemang snarare än att få standardiserade svar (Bryman et al. 2025). Med en semistrukturerad intervju har deltagarnas egna perspektiv fångats, samtidigt som den utformade intervjuguiden har säkerställt att vissa teman berörts, utan att ha låst samtalet vid fasta frågor. Eftersom målgruppen och området är känsligt är en kvalitativ intervju en bra metod för att belysa erfarenheter och kontexter på ett nyanserat sätt (Bryman et al. 2025).

5.2 Urval

Det finns flera olika aktörer som kan vara involverade i arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik, exempelvis beroendevård, primärvård, psykiatri, barnhälsovård och socialtjänst. I denna studie avgränsades urvalet till yrkesverksamma inom socialtjänst och specialistmödravård, för att behålla ett tydligt fokus på samverkan mellan vård och socialtjänst samt med hänsyn till studiens tidsramar.

Socialtjänsten utgör en central aktör i arbetet med målgruppen genom sitt ansvar att utreda behov av stöd och erbjuda insatser till den gravida, samt att vid oro inför ett väntat barn samverka och planera inför barnets födelse. Specialistmödravården inkluderades eftersom verksamheten hanterar ärenden med hög medicinsk och psykosocial komplexitet. Genom tvärprofessionellt arbete samlar specialistmödravården kompetens kring både medicinska och sociala aspekter av graviditet i kombination med beroendeproblematik, och har en viktig roll i tidig upptäckt och i samordning av kontroller och insatser.

För att få kontakt med intervjupersoner använde jag flera strategier. Ett av tillvägagångssätten var att göra ett inlägg i Facebookgruppen *"Socionomer"*, där jag efterfrågade tips på verksamheter eller yrkesverksamma med erfarenhet av målgruppen. Genom denna förfrågan fick jag kontakt med en kurator vid en specialistmödravård samt en socialsekreterare som visade intresse av att delta i studien. Kontakten med intervjupersonerna från en av specialistmödravården togs via telefon, där studien presenterades och intresse för deltagande efterfrågades. Det visade sig vara en större utmaning att nå yrkesverksamma inom socialtjänsten. Jag kontaktade flera socialkontor via e-post och telefon. Många återkom med att arbetsbelastningen var för hög och att tid för intervjuer inte fanns. Tre av intervjupersonerna rekryterades genom mitt informella nätverk, vilket innebar att en av intervjupersonerna var bekant för mig sedan innan. De två övriga deltagarna, som rekryterades via informella kontakter, var rekommenderade av personer med stor erfarenhet av målgruppen. Det fanns möjlighet att intervjua en person jag känner väl, men jag valde att inkludera en deltagare jag inte haft kontakt med tidigare istället, för att minska risken för att min relation till deltagaren skulle påverka intervjuns innehåll.

Urvalet var strategiskt (målstyrt) med inslag av bekvämlighetsurval. Det innebär att deltagare valdes utifrån sin relevans för studiens ämne och forskningsfrågor, snarare än slumpmässigt (Bryman et al., 2025). Rekryteringen påverkades dock av deltagarnas möjlighet att delta under studiens genomförande. På grund av tidsramar fanns begränsade möjligheter att välja mellan potentiella deltagare.

5.3 Datainsamling

Tabell 1 ger en översikt över studiens deltagare, deras profession, verksamhet och intervjuform.

Namn:	**Profession**:	**Verksamhet:**	**Intervjuades:**
Helena	Kurator	Specialistmödravård	I grupp
Karin	Kurator	Specialistmödravård	I grupp
Jasmin	Socionomstudent under verksamhetsförlagd utbildning (VFU)	Specialistmödravård	I grupp
Nadia	Kurator	Specialistmödravård	Individuellt

Patricia	Barnmorska	Specialistmödravård	Individuellt
Lina	Socialsekreterare	Socialtjänsten	Individuellt
Naomi	Socialsekreterare	Socialtjänsten	Individuellt
Miriam	Socialsekreterare	Socialtjänsten	Individuellt

Totalt deltog åtta personer: fem från specialistmödravården och tre från socialtjänsten. Sex intervjuer genomfördes totalt. En intervju genomfördes i grupp med tre deltagare och resterande intervjuer genomfördes individuellt. Tre intervjuer genomfördes på plats i deltagarnas arbetsmiljö och tre digitalt via Zoom. Samtliga intervjuer med specialistmödravården ägde rum på plats, medan intervjuerna med socialtjänsten genomfördes via Zoom. Varje intervju varade i ungefär 30-45 minuter. De intervjuer som genomfördes på plats var i regel längre än de som genomfördes på Zoom.

Datainsamlingen inleddes med en intervju med två kuratorer och en socionomstudent under verksamhetsförlagd utbildning (VFU), valdes eftersom verksamheten arbetar med målgruppen och har bred erfarenhet av både medicinska och psykosociala aspekter i arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik. Verksamheten har hela regionen de arbetar inom som upptagningsområde, vilket motiverar att målgruppen är bred och representativ, inte enbart begränsad till lokal nivå. Gruppintervjun kan ha påverkat materialet genom att deltagarna byggde vidare på varandras resonemang och ställde följdfrågor till varandra, vilket sannolikt bidrog till att vissa teman fördjupades på ett annat sätt än i individuella intervjuer. Att intervjun genomfördes i grupp var ett förslag från en av deltagarna. Socionomstudenten (VFU) hade delvis en observerande roll, men inkluderades i urvalet eftersom hen bidrog med reflektioner som tillförde relevanta perspektiv. Att deltagaren var ny i verksamheten kan även ha påverkat samtalet genom att hen förde in iakttagelser utifrån ett mer “färskt” perspektiv.

Samtliga intervjuer genomfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 3) med teman kopplade till studiens syfte, såsom samverkan, etiska avväganden, arbetssätt och metoder. Intervjupersonerna gavs utrymme att utveckla sina resonemang och jag följde upp med fördjupande frågor vid behov. Samtidigt användes intervjuguiden som stöd för att säkerställa att de centrala temana belystes i samtliga intervjuer. Exempel på frågor som ställdes var:

- Vilka aktörer samverkar ni främst med? Hur fungerar samverkan i praktiken?
- Hur brukar det första mötet se ut och hur arbetar ni för att skapa trygghet?
- Vilka lagar och riktlinjer är centrala? → och hur stöttar/begränsar de?
- Hur balanserar man orosanmälan och att inte vilja bryta alliansen?
- Vilka etiska dilemman möter du i arbetet?

5.4 Analysmetod

Analysen genomfördes med en tematisk analys enligt Braun och Clarke (2021) i sex faser:

Bekanta sig med materialet: Arbetet med att analysera det empiriska materialet började redan under transkriberingen. En fördel var att jag själv genomförde intervjuerna och transkriberade dem direkt efteråt, vilket gjorde att jag var väl bekant med materialet innan den mer systematiska analysen drog igång. Därefter lästes intervjuerna igenom flera gånger. Under läsningen skrev jag ner anteckningar och reflektioner om återkommande mönster, skillnader mellan intervjuerna och sådant som stack ut i relation till studiens syfte.

Kodning: Materialet kodades systematiskt utifrån det som var relevant för studiens forskningsfrågor. Kodningen var först induktiv, vilket innebär att koderna växte fram ur materialet. Efter hand gick jag över till en kombination av induktiv och deduktiv kodning, där teori, forskningsfrågor och empiri fick växelverka. Exempel på koder som utvecklades i detta skede var bland annat *tillit*, *allians/äventyra allians*, *skam/skuld*, *stigma*, *relationsbyggande/förtroende*, *tidspress*, *misstro*, *frivillighet/samtycke*, *bryta sekretessen*, *LVM*, *barnets bästa*, *ärlighet*, *motivation* och *flexibelt stöd*. Under kodningsfasen skrev jag också korta memon för att synliggöra och följa hur mina tolkningar utvecklades.

Generera initiala teman: I nästa steg sorterades koderna i kluster och jag arbetade med att se hur olika koder kunde hänga ihop och tillsammans bilda mer övergripande teman. Här började tematiseringen ta form kring två huvudsakliga områden i materialet: *variation i stödsystemet* och *spänningsfältet mellan stöd och kontroll.* Koder som rörde organisatoriska villkor och lokala förutsättningar (t.ex. *tidspress*, *insatser* och *geografiska förutsättningar*) samlades exempelvis under kluster som handlade om variation i stöd. Koder kopplade till relationellt arbete och stigmatisering (t.ex. *tillit*, *förtroende*, *skam/skuld* och *stigma*) samt kontroll- och regelverksfrågor (t.ex. *LVM* och *bryta sekretessen*) sorterades istället in under kluster som rörde balansen mellan stöd, kontroll och allians.

Granska teman: Temana prövades sedan mot transkriptionerna och justerades för att minska överlapp och för att undvika att de blev för breda. Jag granskade temana på två nivåer: dels genom att läsa igenom de kodade utdrag som ingick i varje tema för att se om de bildade ett sammanhängande mönster, dels genom att gå tillbaka till materialet som helhet för att säkerställa att temana fångade det som var centralt för studiens syfte och frågeställningar. I denna fas förfinades temans avgränsningar och underteman växte fram för att tydliggöra olika aspekter av de övergripande temana.

Definiera och namnge teman: I fas fem förfinades temana ytterligare, avgränsades och namngavs. De slutliga temana formulerades som (1) Variation i stödsystemet och (2) Mellan stöd och kontroll: alliansbyggande och stigmatisering. Temana delades därefter in i underteman som tydliggör olika delar av de övergripande mönstren och som presenteras i resultatkapitlet.

Skriva fram analysen: Slutligen skrevs analysen fram med stöd av representativa citat för att göra tolkningarna tydliga och förankrade i materialet. Citat valdes för att visa både återkommande mönster och spänningar eller dilemman, exempelvis hur yrkesverksamma resonerar kring samverkan och organisatoriska begränsningar, samt hur de hanterar frågor om allians, tillit och kontrollinslag i en stigmatiserad kontext.

5.5 Etik

Eftersom studien berör ett känsligt ämne, intervjuades varken den berörda målgruppen eller barn. Studien fokuserar istället på yrkesverksamma som arbetar med målgruppen, vilket innebär att ämnet förstås ur ett professionellt perspektiv och att risken för att den berörda målgruppen utsätts för skada minimeras. Därför har det inte varit av relevans att ansöka om etiskt godkännande från etikprövningsnämnden. Studien har genomförts i enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2024):

Informationskravet innebär att deltagarna ska få tydlig information om studiens syfte, genomförande, vad deltagandet innebär och hur materialet kommer att hanteras. I denna studie informerades deltagarna om studiens syfte och om att intervjuerna spelades in. Samtliga deltagare fick ett informationsblad före intervjun med information om studiens upplägg och hantering av material.

Samtyckeskravet innebär att deltagandet ska vara frivilligt och att deltagaren när som helst har rätt att avbryta sin medverkan utan negativa konsekvenser. I denna studie inhämtades samtycke från samtliga deltagare genom en samtyckesblankett. För intervjuer som genomfördes digitalt via Zoom skickades samtyckesblanketten via e-post i förväg. En etisk begränsning är att informationen om deltagarnas frivillighet och rätt att när som helst avbryta sitt deltagande kan ha varit mindre tydligt formulerad muntligt i samband med vissa intervjuer. I efterhand bedömer jag dock att risken för etisk skada var låg, eftersom samtliga deltog frivilligt och hade möjlighet att avstå från att besvara frågor.

Konfidentialitetskravet innebär att deltagarnas identitet och uppgifter ska skyddas så att ingen obehörig kan ta del av materialet och så att enskilda personer inte kan identifieras. Deltagarna informerades om att allt material anonymiseras och att det enbart var jag som hade tillgång till inspelningarna och transkriberingen. Alla citat och referenser till deltagarna i analysen är anonymiserade, vilket minskar risken för att enskilda personer eller arbetsplatser kan identifieras. När namn eller platser nämndes anonymiserades dessa i transkriberingen och ersattes med X. Jag valde även att utelämna detaljer om intervjupersonernas specifika arbetsplatser för att upprätthålla konfidentialitetskravet och minska risken för att enskilda personer eller verksamheter kan identifieras. Alla personnamn i uppsatsen är fingerade för att säkerställa konfidentialitet och skydda deltagarnas anonymitet.

Nyttjandekravet innebär att insamlat material endast får användas för forskningsändamål och inte i andra sammanhang. I denna studie användes intervjumaterialet enbart inom ramen för uppsatsarbetet och hanterades på ett sätt som begränsade åtkomst till materialet.

5.6 Metoddiskussion

Metoden, en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer, fungerade väl för studiens syfte. Den semistrukturerade intervjuguiden bidrog till att de centrala teman som studien avser att belysa behandlades i samtliga intervjuer. Samtidigt gav intervjuguiden mycket utrymme för deltagarna att utveckla sina resonemang. På samma gång upplevde jag att det var utmanande att använda intervjuguiden fullt ut. Det hänger sannolikt ihop med att rollen som intervjuare var ovan för mig. I intervjusituationen kändes det ofta mer naturligt att låta samtalet styras av intervjupersonens utsagor. Det beror också på att intervjupersonerna

bar på mycket erfarenhet och kunde bidra med komplexa och nyanserade berättelser som var svåra att fånga på förhand, i förutbestämda frågor (Bryman et al. 2025). Trots detta bedömer jag att intervjuguiden fyllde sin funktion. Den fungerade som ett stöd för att återkomma till studiens fokus när samtalet gled i väg. Med detta i åtanke, blev den semistrukturerade metoden en fördel för studien, eftersom den gjorde det möjligt att både säkerställa relevans i materialet och samtidigt följa intervjupersonernas egna perspektiv och erfarenheter, snarare än att strikt hålla sig till fasta frågor.

Jag gick in i intervjusituationen med begränsad förståelse kring ämnet. Det kan å ena sidan vara en förtjänst, på grund av en öppenhet och nyfikenhet. Å andra sidan kan bristen på kunskap inom området till exempel innebära mindre nyanserade samtal. Det kan vara svårt att avgöra vilka frågor som är mest relevanta. Ju större kunskap kring ett ämne, desto enklare upplever jag att det är att formulera precisa och mer djupgående frågor. I intervjusituationen kan det dock också innebära en minskad risk för styrning mot mina egna antaganden.

Att intervjua deltagare med direkt koppling till området och målgruppen stärker studiens relevans och trovärdighet eftersom det ger tillgång till praktiknära kunskap. Datainsamlingens former kan ha påverkat studien på olika sätt. En av intervjuerna hölls i grupp vilket kan ha påverkat materialet. Det gav ett rikt material eftersom de byggde på varandras resonemang och gav exempel på varandras utsagor. Dock är det relevant att resonera kring gruppintervjun som format. Trots rik empiri kan det samtidigt påverka hur intervjupersonerna uttrycker sig. Det kan handla om att det finns en dynamik i gruppen som gör att vissa formulerar sig mer försiktigt, undviker kritik eller anpassar sina utsagor efter kollegors perspektiv (Bryman et al. 2025). Det var inget som framträdde från intervjutillfället, men det är viktigt att ta i beaktande. Att vissa av intervjuerna hölls på plats och andra på Zoom kan också ha påverkat innehållet och intervjupersonernas resonemang. De intervjuer som genomfördes på plats var i regel något längre än de som genomfördes via Zoom. Samtidigt går det utifrån det insamlade materialet inte att dra slutsatsen att intervjuerna skilde sig åt i innehåll eller kvalitet beroende på om de hölls fysiskt eller digitalt. Intervjuerna kan ha skiljt sig något i dynamik beroende på om de genomfördes fysiskt eller digitalt, exempelvis avseende möjligheten att läsa kroppsspråk och ställa följdfrågor i stunden.

I intervjun med en intervjuperson som jag hade begränsad tidigare kännedom om var jag medveten om att hålla en neutral och öppen hållning samt att använda intervjuguiden på samma sätt som i övriga intervjuer. Den tidigare kännedomen var emellertid mycket begränsad och bestod enbart i att vi kände till varandras. Om samtalet trots det berörde mer privata ämnen tydliggjorde jag att detta inte skulle inkluderas i analys- och resultatdelen. Sammantaget bedömer jag att den tidigare kännedomen kan ha haft begränsad påverkan på intervjuns innehåll, men den kan samtidigt ha gjort intervjusituationen något mer avslappnad, vilket både kan underlätta öppenhet och kräver uppmärksamhet för att undvika antaganden eller att relevanta följdfrågor uteblir. En potentiell deltagare som jag hade nära relation till exkluderades, eftersom en sådan relation kan öka risken för påverkan i intervjusituationen, exempelvis genom antaganden, mer informella samtal och svårigheter att upprätthålla professionell distans. För att stärka studiens trovärdighet och minska risken för bias inkluderades därför deltagare som jag inte hade tidigare kontakt med.

Det finns en möjlighet att geografiska och organisatoriska skillnader har påverkat studiens resultat. Kommuner har olika resurser och olika förutsättningar att erbjuda insatser, vilket kan påverka hur arbetet med målgruppen bedrivs. Samtliga intervjuer med specialistmödravården

genomfördes i större städer, vilket innebär att materialet främst speglar storstadskontexter. Samtidigt har verksamheterna ett upptagningsområde som sträcker sig utanför stadskärnan, vilket gör att patientgruppen ändå varierar, vilket visar sig i materialet. Analysen visar också att samverkan kan variera beroende på vilket socialkontor som hanterar ärendet, vilket understryker att lokala rutiner och organisering spelar roll för arbetets utformning. Det är därför rimligt att anta att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om exempelvis mindre kommuner eller andra regioner inkluderats. Att rekryteringen delvis byggde på tillgänglighet och gjordes genom bekvämlighetsurval kan ha påverkat studiens överförbarhet. Med mer tid hade urvalet kunnat göras mer systematiskt, med deltagare från fler typer av geografiska och organisatoriska sammanhang.

Urvalets storlek behöver förstås i relation till studiens syfte och de praktiska villkor som påverkade rekryteringen. Bryman et al. (2025) betonar att urvalsstorlek ofta blir en avvägning mellan tid/tillgång och studiens behov. I denna studie möjliggjorde sex intervjuer (med totalt åtta intervjupersoner) ett nyanserat material, men fler deltagare och större geografisk spridning hade troligen kunnat synliggöra ytterligare variationer. För att stärka studiens transparens och minska risken för missförstånd erbjöds samtliga deltagare att ta del av sina transkriberade intervjuer (respondentvalidering) och vid behov lämna synpunkter eller korrigeringar. Alla deltagare uttryckte dock inte behov av att läsa igenom transkriberingen, och inga ändringar efterfrågades.

6. Resultat och analys

I detta kapitel presenteras studiens resultat i kombination med en analys av materialet. Kapitlet är strukturerat utifrån teman som konstruerats med utgångspunkt i empirin och syftar till att belysa variationer i stöd och insatser samt hur yrkesverksamma beskriver mötet med målgruppen i avvägningen mellan stöd/allians och kontroll.

Avsnitt 6.1, *Variation i stödsystemet*, fokuserar på hur stöd och insatser kan variera och vilka organisatoriska och professionella faktorer som kopplas till dessa variationer. Avsnitt 6.2, *Mellan stöd och kontroll: alliansbyggande och stigmatisering,* behandlar hur yrkesverksamma beskriver balansen mellan stöd/allians och kontroll, samt hur detta relateras till skam och risk för stigmatisering.

6.1 Variation i stödsystemet

I intervjuerna framträder återkommande beskrivningar av skillnader i hur stöd och insatser organiseras och genomförs för gravida kvinnor med beroendeproblematik. Intervjupersonerna lyfter variationer kopplade till geografisk kontext, tillgång till samordnade verksamheter och hur samverkan fungerar i praktiken. Dessa skillnader kan förstås som uttryck för ett stödsystem där förutsättningarna för sammanhållet stöd skiljer sig åt, vilket väcker frågor om likvärdighet.

Materialet visar vidare att stödets innehåll och omfattning kan variera beroende på vilken yrkesverksam individen möter. Variationerna tycks delvis kunna förstås utifrån skillnader i hur lagar, riktlinjer och professionellt handlingsutrymme tolkas och tillämpas i praktiken, men också utifrån hur verksamheter är organiserade och hur samverkan mellan dessa fungerar. Sammantaget framträder ett stödsystem där utfallet i hög grad formas i mötet mellan individ, organisation och professionellt handlingsutrymme. Detta redogörs vidare för i de kommande delavsnitten med fokus på geografisk plats, organisering/samverkan och professionella bedömningar.

6.1.1 Geografisk placering som varierande faktor

I en gruppintervju med två kuratorer och en socionomstudent (VFU), inleder Karin, kurator, samtalet med att säga:

> “Verksamhet X" ligger ju under primärvården, där finns BVC - så de har andra möjligheter att följa kvinnor under en längre tid. Här har vi [möjlighet att följa kvinnorna] under graviditeten och lite efter.

Karin synliggör hur geografisk kontext påverkar tillgången till stöd, bland annat genom skillnader i organisering och samlokalisering. Hon beskriver en specialistinriktad mödrahälsovårdsmottagning i en storstad som är organisatoriskt placerad under primärvården

och samlokaliserad med barnavårdscentralen (BVC). En sådan struktur kan möjliggöra längre kontakt över tid och mer sammanhållen samordning av insatser. (Nordenfors & Höjer, 2017). Vikten av sådan samordning tydliggörs även i Rangmars et al. (2018) studie. Studien visar på att barn till föräldrar med beroendeproblematik som växer upp i områden där samverkan mellan specialistvård och BVC saknas, riskerar sämre, långsiktig utveckling. När barn efter födseln remitteras vidare till en vanlig BVC nära hemmet som saknar den specialiserade kunskap (som funnits under graviditeten) minskar tillgången till resurser såsom extra hembesök, specialistremisser och samverkansmöten.

6.1.2 Fragmenterad vård och samordning av stöd

I materialet framträder organisering som en avgörande förutsättning för samverkan och kontinuitet: när stödet är fragmenterat flyttas samordningsansvaret till den gravida, medan samlokalisering kan minska både avbrott och belastning. Intervjupersonerna beskriver att stödets sammanhållning påverkas av hur vård och socialtjänst organiseras lokalt. Nadia, kurator i ett tvärprofessionellt team på en specialistmödravård, beskriver målgruppen som komplex och menar att detta ställer höga krav på samverkan mellan flera professioner. Denna typ av organisering som Nadia menar är nödvändig, kan förstås med Suns (2004) begrepp "one-stop shopping", där olika yrkesgrupper samlas i en gemensam verksamhet för att minska fragmentering och skapa kontinuitet för individen. För att en sådan samlad struktur faktiskt ska fungera i praktiken krävs dock mer än att professioner samlas i samma verksamhet. Nordenfors och Höjer (2017) betonar att det organisatoriskt behövs en stabil struktur och kontinuitet i personalgruppen, där de professionella både har den kunskap som krävs och goda sociala färdigheter. Detta blir särskilt relevant i arbetet med målgruppen, eftersom samverkan inte bara handlar om formella möten och rutiner, utan också om relationer mellan professioner och hur trygghet och tillit byggs över tid, både inom teamet och gentemot den gravida.

Som kontrast beskrivs ordinarie vård ofta som fragmenterad, vilket kan innebära flera parallella kontakter och ett stort ansvar att samordna dessa läggs på individen. I praktiken betyder det att patienten förflyttas mellan olika instanser. När barnmorska, socialarbetare och medicinska professioner samlas i samma verksamhet kan stödet i stället organiseras mer sammanhållet (Sun, 2004). Miriam (individuell intervju), som är socialsekreterare i en mindre stad, resonerar som Nadia – det finns ett behov av mer specialiserade enheter där olika professioner samlas på ett och samma ställe. Hon säger:

> Jag tänker läkare, psykologer, socialsekreterare – ett paket på samma ställe så att kvinnorna som redan är jätteutsatta inte behöver ha olika kontakter på olika ställen. De ska kunna komma till ett ställe, sätta sig ner och där alla runt om jobbar tillsammans med kvinnan för att hitta lösningar framöver – och det behövs överallt tänker jag. För de är tufft för de här att behöva berätta sin historia, och sen gå till nästa ställe och berätta sin historia. Och så ställer den personen en fråga, vad gör socialtjänsten och så kanske personen inte vet, och så kommer personen till socialtjänsten och får frågan: vad gör vården? Istället för att man sitter tillsammans och pratar.

Miriams beskrivning synliggör vad fragmenterad vård kan innebära. Kvinnor behöver återberätta sin historia och förklara sin situation gång på gång och hantera många kontakter samtidigt. Att bördan på redan utsatta kvinnor skulle minska – med färre vårdkontakter att hålla reda på, ligger i linje med forskning som visar att multidisciplinära verksamheter som erbjuder ett brett och samordnat utbud av stödinsatser till både mödrar och barn är mest effektiva, särskilt när insatserna sätts in tidigt. Då minskar kvinnors sårbarhet och risken för återfall under barnets första levnadsår (Nordenfors & Höjer, 2017).

Sammantaget visar 6.1.1 och 6.1.2 att tillgången till samordnade och specialiserade insatser blir beroende av lokala och organisatoriska förutsättningar, vilket väcker frågor om likvärdighet mellan olika geografiska områden. Detta kan förstås i linje med Lipskys (2016) teori om gräsrotsbyråkrater, där stödet formas i mötet mellan yrkesverksam och individ men samtidigt begränsas av organisatoriska villkor, vilket påverkar vad som faktiskt går att erbjuda.

6.1.3 Olika professionella perspektiv och varierande bedömningar

Samtidigt framträder ur empirin att samverkan inte enbart är en organisatorisk fråga, utan också en professionell och tidsmässig utmaning. Nadia, kurator, menar att det tvärprofessionella samarbetet samtidigt innebär betydande utmaningar, eftersom de involverade professionerna ofta har olika ingångar, perspektiv och förståelser av varandras uppdrag, vilket kan försvåra samordningen av insatser. Nadia (individuell intervju), som arbetar som kurator, upplever att vårdpersonal kan ha en annan förståelse för socialtjänsten än vad hon själv har, utifrån sin socionombakgrund:

> Jag kan ju inte påstå att jag är någon expert i SoL[4] eller LVM[5], men vi vet hur förutsättningarna ser ut, till exempel för socialt arbete. Eller hur en aktualiseringsprocess kan se ut. Vi får en känsla för när det inleds en utredning och vi förstår det byråkratiska arbetet mer än vad de andra professionerna gör ibland. Det kan vara en utmaning – att man har höga förväntningar. De andra professionerna kan ha högre förväntningar på socialtjänsten än vad som kanske är rimligt. Ja, det skulle jag säga är den största utmaningen.

Det Nadia beskriver handlar om att olika professioner i hennes tvärprofessionella team inte alltid har samma bild av socialtjänstens uppdrag och möjligheter. När förväntningarna skiljer sig åt kan det uppstå frustration och en krock. Naomi (individuell intervju), som är socialsekreterare i en mindre kommun, upplever liknande. Att ha olika perspektiv kan vara en utmaning för samarbetet. Hon lyfter att samarbetet med psykiatrin kan vara svårt när förståelsen för beroendeproblematik kombinerat med

[4] Socialtjänstlag (2025:400)

[5] Lag (1980:870) om vård av missbrukare i vissa fall

psykisk ohälsa varierar. Naomi uttrycker att personer med så kallad dubbeldiagnos ofta har en omfattande psykisk ohälsa och betonar att beroendeproblematik och psykisk ohälsa behöver behandlas parallellt. Fortsättningsvis upplever Naomi att vården kan ha en skild uppfattning om hur det ska gå till. Att en person behöver vara nykter och drogfri innan det går att ta itu med den psykiska ohälsan, eller att den psykiska ohälsan är ett resultat av beroendeproblematiken. Hon tillägger att hon inte har medicinsk kompetens och att vården sannolikt har goda skäl för sina bedömningar, men understryker samtidigt att problematiken är komplex och att insatser därför behöver ske parallellt från flera håll. Detta ligger i linje med Suns (2004) studier, som visar att beroendebehandling som inte samtidigt adresserar samsjuklighet har betydligt lägre chans att lyckas.

Intervjupersonernas utsagor visar hur skilda förståelser och prioriteringar mellan verksamheter kan försvåra samarbetet, särskilt när insatser behöver ske parallellt. I praktiken kan det förstås som att olika perspektiv kan påverka både timing och innehåll i stödinsatser.

6.1.3.1 Tidslogiker och "olika klockor"

Olika verksamheter förhåller sig till tiden på olika sätt. Tidpunkten för när personen skrivs in i specialistmödravården sätter ramarna för hur mycket tid som finns och vad som är möjligt att uppnå. Patricia, barnmorska (individuell intervju):

> De ser jätteolika ut när det kommer, det kan vara alltifrån att de plussar på stickan vilket kan vara jättebra, då har vi mycket tid på oss. Men det kan också vara att vi har inskrivningar i vecka 32, man är ju gravid till vecka 40 och då har vi lite tid på oss, så får vi jobba på så gott vi kan.

Naomi, socialsekreterare, beskriver ett annat exempel som tydliggör en tidslogik på socialtjänstens sida. Hon berättar om en klient som hållit sig nykter under graviditeten men fick återfall efter att barnet fötts, efter att en omvälvande händelse ägt rum i hennes liv. Hon sökte stöd och socialtjänsten gick in med öppenvårdsinsatser. Det finns en tidsram på fyra månader som socialtjänsten behöver utreda inom, men Naomi beskriver att man i vissa fall kan skynda på processen och gå in snabbare. I det här fallet fick vuxenenheten till en god samverkan med barnenheten, där även barn- och mödravårdscentralen var med. När resurserna kunde samordnas menar Naomi att klienten fick stöd på rätt sätt och kunde hålla sig nykter och drogfri.

Utifrån Patricias och Naomis utsagor framträder en spänning mellan graviditetens fasta tidslinje och myndigheters organisatoriska tidsramar (t.ex. utredningstider). När dessa tidslogiker krockar kan det uppstå glapp i planering och uppföljning. Medan en synkronisering, som i Naomis exempel, gör det möjligt att få insatser på plats snabbt och mer samordnat. Detta ligger i linje med Suns (2004) resonemang om "olika klockor". När socialtjänst, mödravård och beroendevård arbetar utifrån skilda tidtabeller riskerar stödet att bli fragmenterat och fördröjt, men när verksamheterna går ihop kan det bli lyckat (Sun, 2004).

6.1.3.2 Bedömningar och organisatoriska ramar

I materialet framträder att det professionella handlingsutrymmet ofta handlar om att påverka hur snabbt och på vilket sätt insatser kan komma på plats, snarare än att fritt välja mellan insatsalternativ. När socialtjänst och vård har fungerande samarbeten kan processer ibland påskyndas, medan organisatoriska krav och beslutsordningar i andra fall skapar tröghet. När verksamheter kan mötas och se varandras mål och prioriteringar beskriver Nadia det som ett "solskensexempel". Hon berättar om en situation där insatser kom på plats på mycket kort tid och där personen snabbt kopplades ihop med relevanta kontakter. Nadia betonar att detta är ett exempel på när samverkan med socialtjänsten fungerat särskilt väl och när personen blivit tagen på allvar. Hon beskriver det som att man ibland "ger personen lite gräddfil", det vill säga att processen skyndas på när man ser helheten – exempelvis när ett barn är på väg och personen är motiverad att ta emot stöd. När socialtjänsten kan uppfatta detta och möta personen därefter, menar Nadia, att utfallet kan bli riktigt gott.

Nadias beskrivning av att "ge personen lite gräddfil" kan förstås utifrån Lipskys (2016) begrepp om handlingsutrymme, där etablerade rutiner tillfälligt kan frångås för att möjliggöra snabba insatser. I Nadias exempel framstår prioriteringen som en kombination av professionell bedömning och en upplevd skyldighet att agera snabbt när behoven bedöms som brådskande. Nadia beskriver också att hon med tiden har utvecklat sitt sätt att nå yrkesverksamma inom socialtjänsten. Hon menar att arbetet ibland kan bli "fyrkantigt" på grund av byråkratiska krav, men att man i vissa situationer behöver prioritera det som bedöms vara bäst för barnet. Det kan förstås som en avvägning där formella ramar ställs mot professionella bedömningar i situationer som uppfattas som akuta, och där utfallet delvis avgörs av hur yrkesverksamma tolkar sitt mandat.

Naomi, som arbetar på socialtjänstens vuxenenhet, beskriver att hennes handlingsutrymme påverkas av vilka beslut hon har delegation för och av kommunens beslutsordning. Hon kan själv bevilja öppenvårdsinsatser, men vid mer omfattande insatser, som exempelvis behandlingshem, utreder hon ärendet och lämnar underlag, medan beslutet fattas av socialt utskott.

> Jag upplever ganska ofta att det kan bli konstigt att personer som inte träffar klienten, kan ge avslag på ansökan. Jag vet inte om det är så i alla kommuner, men det är mycket man behöver ta hänsyn till när man tar beslut. Behandlingshem är mycket dyrare än till exempel öppenvårdsinsatser, jag personligen känner att man inte kan sätta ett pris på människors hälsa och mående - men det är ju så verkligheten ser ut. Ibland hade man önskat att man kunde gå in tidigare, men det är fråga om vilka resurser man har.

Naomis beskrivning synliggör hur organisatoriska ramar, prioritering av resurser och beslutsnivåer kan påverka vilka insatser som blir möjliga i praktiken. Även när den yrkesverksamma upplever att behovet är tydligt kan möjligheten att agera snabbt eller "gå in tidigare" begränsas av kriterier, ekonomi och var i organisationen beslutet fattas. Lina, som har lång erfarenhet av arbete inom socialtjänsten, framhåller att handlingsutrymmet ofta upplevs som mindre när man är ny i yrket, och att det med tiden blir tydligare vilket mandat man har, vad man kan säga och inte säga. Hon lyfter även att livserfarenhet och tidigare

möten påverkar arbetet, liksom att själv få barn kan förändra hur man ser på vissa situationer. Detta kan förstås som att kännedom om mandat och arbetssätt underlättar koordinering mellan aktörer, något som ofta utvecklas genom erfarenhet (Sun, 2004). Detta kan dessutom förstås i linje med Molanders (2011) resonemang om förstahandserfarenhet, där yrkesverksamma med mycket erfarenhet fattar andra beslut än någon som inte har det. I Lipskys (2016) termer innebär detta att professionellt handlingsutrymme kan möjliggöra individanpassning, exempelvis hur insatser prioriteras, utformas och följs upp i det enskilda fallet, beroende på hur den yrkesverksamma tolkar och förstår situationen, där denna har liknande situationer i bagaget. Samtidigt kan det begränsas av tillgängliga resurser, delegation och lokala arbetsformer. Detta kan i sin tur bidra till att liknande behov bedöms och hanteras olika beroende på vilken yrkesverksam individen möter.

6.1.3.3 Variation i planering och agerande inför förlossning

Helena och Karin, som båda är kuratorer inom specialistmödravården, beskriver i en gruppintervju att samarbetet med socialtjänsten varierar mellan kommuner och områden, och att det även kan spela roll vem som hanterar ärendet. Helena menar att bedömningar och arbetssätt kan se olika ut, särskilt när oro uppstår inför en förlossning. Även Nadia, kurator på en annan specialistmödravård, lyfter ett återkommande dilemma i arbetet, kopplat till möjligheten att agera i tid vid oro inför ett väntat barn. Hon beskriver att regelverk och rutiner ibland sätter en tydlig gräns, samtidigt som behoven av framförhållning kan vara stora. Nadia uttrycker det så här:

> I vissa delar av vårt upptagningsområde kan man i tredje trimestern[6] göra en orosanmälan där den inte bara “slängs i slasken”. Problemet är att man inte kan öppna en orosanmälan på ett foster, och där skär det byråkratiskt. Men om man kan ta emot information och kanske aktualisera barnet genom föräldern, då kan man börja förbereda för en placering eller utredning direkt efter BB. Det skulle vara väldigt bra, annars möts man av: "Vi kan inte göra en orosanmälan”.

Den formella gränsen, som är att ingen orosanmälan kan göras på ett ofött barn, kan tolkas olika mellan yrkesverksamma. Nadias beskrivning visar hur vissa verksamheter inom regionen har etablerade arbetssätt för att kunna ta emot information och planera inför tiden direkt efter födseln. Medan andra tolkar den gränsen som att det inte går att agera alls förrän barnet är fött. Det kan i sin tur påverka graden av framförhållning inför förlossningen och vilket stöd som hinner komma på plats. Helena beskriver liknande variationer och understryker hur olika det kan se ut i praktiken:

> Vi har ju upptagningsområde i hela regionen så där kan de ju skilja väldigt mycket hur de gör. När man gör en oro för väntat barn så är barnet inte en

[6] Trimester = Uppdelning av graviditeten i tre faser (Karolinska Institutet, u.å.)

> juridisk person än så de kan egentligen inte agera så, men de är en sån röd flagga och de kan börja träffa kvinnan och göra en plan. Och där skiljer det sig väldigt mycket. Vissa jobbar snabbt och vi vet vad som händer efter förlossningen och en del säger: “Nej det är inget barn fött så vi kan inte göra någonting". Då kan personalen här på BB bli väldigt stressade för att det inte finns någon plan – om det till exempel är en kvinna som haft ett aktivt missbruk under graviditeten. Och någon gång har socialtjänsten kommit och omhändertagit barnet på BB och ingen visste om det, inte vi, inte kvinnan.

Handlandet, eller icke-handlandet, kan förstås i ljuset av professionellt handlingsutrymme (Lipsky, 2016). Trots gemensam lagstiftning kan socialsekreterare och verksamheter tolka och tillämpa regelverk olika beroende på lokala rutiner och professionella bedömningar. Både Nadias och Helenas utsaga synliggör hur detta kan ta sig uttryck: vissa socialtjänster agerar tidigt med kontakt och planering inför förlossning, medan andra avvaktar med hänvisning till att barnet ännu inte är en juridisk person. I gruppintervjun framställs konsekvenserna av bristande planering som särskilt påfrestande, både för den gravida och för personalen:

> Karin:
>
> Och då har vi haft möten med socialtjänsten under graviditeten och pratat med dom flera gånger om att det behövs en plan för detta. Så det blir väldigt traumatiskt.
>
> Helena:
>
> Ja, det blir ju ett trauma. Och barnet hade börjat amma.
>
> Karin:
>
> Vi träffade kvinnan efteråt och hon var väldigt traumatiserad av händelsen.
>
> Jasmin:
>
> Och personalen på BB var också väldigt traumatiserad. Då hade socialen sagt att det var en undersköterska som skulle ta barnet från mamman. Jag pratade med undersköterskan, hon sa att det här var det värsta jag varit med om i hela mitt liv. Ingen visste något.

I en senare, individuell intervju, fick Miriam, socialsekreterare i en annan del av landet, ta del av en sammanfattad beskrivning av situationen ovan, och resonera kring hur ett liknande ärende typiskt hanteras i hennes verksamhet. Hon säger:

> Det är väldigt beklagligt. Har vi en person där vi tänker att vi går in med omhändertagande vid förlossning, meddelar vi BB – då har vi ett tätt samarbete med förlossningen så de är medvetna. Kommer denna kvinnan [till

förlossningen] behöver de anmäla till oss så vi är med på banan. Det är ju inte alltid mamman vet det, för vill inte kvinnan ha kontakt med oss kan vi inte påtvinga den kontakten.

Miriams utsaga synliggör att rutiner och samverkansformer kan skilja sig mellan socialkontor, vilket innebär att liknande situationer kan hanteras på olika sätt. I materialet framträder också att bristande planering kan skapa ett abrupt och svårförutsägbart förlopp, både för den gravida och för yrkesverksamma runt personen. Även om det inte går att dra slutsatser om enskilda händelseförlopp pekar intervjupersonernas beskrivningar på att graden av framförhållning och informationsdelning inför förlossningen kan variera mellan verksamheter.

I linje med Staudts (2018) forskning, som visar att tillgång till information och tydlighet kring vad som väntar kan minska rädsla och dämpa ångest hos kvinnor i utsatta situationer, betonar Helena och Karin vikten av information som en trygghetsskapande faktor. De framhåller att det är fördelaktigt att lägga upp en plan med personen, gärna innan förlossningen, och vara tydlig med vad som kommer att hända. Brist på information och rädsla för att förlora sitt barn framhålls som centrala orsaker till att personer med beroendeproblematik undviker att söka hjälp (Staudt, 2018).

6.2 Mellan stöd och kontroll: alliansbyggande och stigmatisering

I materialet framträder att bemötandet från yrkesverksamma har stor betydelse för hur stödet upplevs och om individen väljer att fortsätta ha kontakt med vård och socialtjänst. Ett bemötande som uppfattas som dömande eller präglat av kunskapsbrist riskerar att väcka misstro och skam, medan ett respektfullt och lyhört bemötande kan bidra till trygghet och motivation. I detta avsnitt analyseras därför hur yrkesverksamma beskriver normalisering, frivillighet och motiverande arbete, samt hur kontrollinslag kan förstås i relation till alliansbyggande och stigma.

6.2.1 Normalisering och frivillighet

I detta avsnitt används begreppet normalisering både i vardaglig mening (att avdramatisera och sänka tröskeln till stöd) och i foucauldiansk mening (normaliserande makt).

Karin, kurator på specialistmödravården, berättar i gruppintervjun att de arbetar med att normalisera känslan av att söka hjälp för beroendeproblematik. Hon upplever att vissa kvinnor kan bli rädda för att stigmatiseras när mottagningens målgrupp blir tydlig. Samtidigt beskriver kuratorerna att när kvinnorna väl kommer till det första mötet upplever många snabbt en ökad trygghet, vilket kopplas till ett icke-dömande bemötande. Detta kan förstås som att stigma gör steget in i vården laddat, vilket beskrivs i forskning om hur normer kring moderskap påverkar benägenheten att söka stöd (Nordenfors & Höjer, 2017).

Jasmin, socionomstudent (VFU) på samma verksamhet, berättar att de erbjuder extra kontroller med barnmorskor och läkare, vilket för många fungerar både motiverande och trygghetsskapande. Helena beskriver i sin tur att hon i samtalen vill förmedla att kvinnorna har rätt till bra stöd och att personalen är medveten om att situationen kan vara tuff. Hon försöker också normalisera för patienterna att människor har olika bekymmer. Samtidigt belyser Nordenfors och Höjer (2017) att det finns en brist på insatser som är särskilt anpassade för gravida kvinnor med beroendeproblematik, vilket kan utgöra ett hinder för att söka den hjälp som behövs. Föreställningar om den "goda" modern som mjuk, ansvarstagande och omhändertagande skapar en stark kontrast till bilden av den gravida kvinnan med beroendeproblematik (Nordenfors & Höjer, 2017). Nadia menar att denna kontrast kan bidra till starka skuldkänslor och självanklagelser, vilket i sin tur kan göra att vissa kvinnor drar sig undan kontakt med vården:

> Men det är mycket skam och skuld med droger och alkohol under en graviditet, så man anar att de drar sig undan av det skälet.

Sammantaget framstår normalisering och betoning av frivillighet som ett sätt att minska skam och sänka tröskeln till stöd. Hur mötet utformas, hur information ges, hur trygghet byggs och hur stöd presenteras – kan förstås genom Lipskys (2016) teori om gräsrotsbyråkrater och professionellt handlingsutrymme. I situationer där regelverk, resurser och organisatoriska villkor sätter tydliga gränser för vad som formellt är möjligt, blir det relationella arbetet ett sätt att påverka utfallet. Motiverande samtal, betoning av frivillighet och ett icke-dömande bemötande kan då fungera som praktiker som stärker alliansen och minskar risken för att den gravida avbryter kontakten, vilket skapar förutsättningar för att stödinsatser ska kunna ges.

Ur ett foucauldianskt (2017) perspektiv kan normaliserande makt förstås som att normer för "ansvarstagande" moderskap fungerar som en måttstock mot vilken den gravida kvinnans beteende bedöms. I relation till dessa normer riskerar substansbruk att framstå som avvikande, vilket kan förstärka skam och därmed påverka benägenheten att söka hjälp. Samtidigt kan de relationella arbetssätt som synliggörs genom Lipskys (2016) begrepp om handlingsutrymme, exempelvis ett icke-dömande bemötande och betoning av frivillighet, förstås som strategier för att minska de stigmatiserande effekterna av sådan normstyrning, även om stödet samtidigt sker inom ramar som innefattar bedömning och uppföljning.

6.2.2 Bemötande och motivering

Patricia (individuell intervju), barnmorska i ett tvärprofessionellt team tillsammans med Nadia, beskriver att de arbetar för att kvinnan både ska informeras om frivilligheten och faktiskt uppleva stödet som frivilligt. Det första mötet handlar om att informera om vilka insatser som erbjuds. Liksom Karin, som förklarade att många kvinnor är rädda för att stigmatiseras, är Patricia medveten om att verksamhetens koppling till beroendecentrum kan avskräcka vissa patienter. Det är därför viktigt att patienten får komma till mottagningen, få information, kunna gå hem, fundera och återkomma, istället för att känna sig tvingad att vara där. Fokus ligger på vilket stöd de kan erbjuda, att motivera patienten att bli förälder och att titta framåt. Ge stöd så att patienten kan må så bra som möjligt. Nadia understryker att så

länge kvinnan fortsätter att delta i besöken och upprätthåller kontakten, minskar oron drastiskt, även vid fortsatt substansbruk. Liksom Nadia, menar Wright & Walker (2007) att kontakten är viktig. Målet med mödrahälsovården är inte att få kvinnorna att avstå helt från alkohol- och narkotikaanvändningen – men att minimera riskerna. Genom uppmuntran och motivering, ska patienten vilja vara inom vårdsystemet. Nadia säger:

> Så länge man får fortsätta träffas, följa upp via provtagningar och de ändå sköter kontakten med oss och beskriver att de har en ambition att trappa ner, då är det ju bara att fortsätta träffas, fortsätta ha motiverande samtal, återfallsprevention – alltså åtminstone använda det tänket.
>
> Man försöker få dem att gå på återfallsprevention, fortsätta prata om alla olika mediciner och verktyg som finns för att försöka bli nykter och drogfri. Den största oron är ju när man har en pågående kontakt med en mamma som bara försvinner. Det händer ju hos oss. Ibland är det för att de blivit häktade eller prioriterar annat. De kan ha en pågående ADHD som gör det svårt att få struktur, men ganska ofta handlar det om återfall. Så det pratar vi jättemycket om i början av kontakten här – att snälla, hör av er oavsett.

Citatet visar på att personalen genom olika metoder, men framför allt med en stor förståelse för komplexiteten hos patienterna, vill förmedla att de erbjuder en öppen dörr oavsett vad som händer. Nadia nämner ADHD och svårigheter med struktur som en orsak till att patienter försvinner. Av Rangmars et al. (2018) forskning framgår att 38% av mödrarna i specialistmödravården har psykiatriska diagnoser, inklusive neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Genom att erbjuda kontinuerlig kontakt och en ”öppen dörr” bygger personalen en relation där patienten vågar stanna kvar trots återfall eller andra hinder. Hög tillgänglighet från vården, att till exempel kunna få en tid samma dag, kan vara skillnaden mellan att behålla nykterheten eller att återfalla (Nordenfors & Höjer, 2017).

Detta bidrar till den sårbarhet som Staudt (2018) identifierar, att kvinnor med omfattande psykosociala problem har generellt svårare att fullfölja behandling. Samtidigt pekar Staudt (2018) på att inslag av tvång, eller upplevt tvång ur patientens perspektiv, paradoxalt nog kan bidra till att personen stannar kvar i behandlingen. Den yttre press, från till exempel rättsväsendet eller socialtjänsten, kan fungera som motivation till att fortsätta ta emot stöd och behandling. Men för att inte re-traumatisera individen är det viktigt att verksamheter har förståelse för hur myndighetskontakt kan upplevas (Puruunen & Vis, 2019). Många kvinnor har en historik av misstro mot myndigheter, ofta grundad i egna traumatiska upplevelser av placeringar under uppväxten, vilket Nadia lyfter fram som en viktig faktor att ha med sig, i samtalen. Bemötandet fungerar som ett verktyg för förändring. En trygg allians kan motverka tidigare negativa erfarenheter där patienten upplever stigmatisering och dömande attityder (Staudt, 2018).

6.2.3 Flexibilitet, kontroll och allians

I intervjuerna beskriver flera yrkesverksamma ett arbetssätt som präglas av flexibilitet och tålamod i kontakten med kvinnorna. Arbetet kännetecknas av att personalen aktivt tar kontakt och försöker boka nya tider när kvinnor uteblir. Helena, kurator på specialistmödravården beskriver barnmorskornas förhållningssätt:

> Och barnmorskorna spelar jätteviktig roll, mycket trygghet, man kan ringa, det är mycket sms, mycket återbud - det finns en flexibilitet hos barnmorskorna.

Nadia beskriver ett liknande arbetssätt i en annan del av landet:

> Det är ett väldigt högt engagemang här, väldigt mycket kunskap. Jag tycker att vår verksamhet är flexibel: vi hör av oss när någon uteblir, vi ger oss inte. (...) Vi är ihärdiga – vi bokar om, vi ställer in och ställer om.

Tillsammans synliggör utsagorna hur personalen försöker hålla kvar kontakten även när kvinnor uteblir. När frånvaro inte möts med sanktioner utan med återkoppling kan det sänka tröskeln för att komma tillbaka efter svårigheter eller återfall, och därmed bidra till att alliansen, och den tillit den bygger på, kan upprätthållas.

Detta ligger i linje med vad Weber et al. (2021) framhåller som centralt i arbetet med målgruppen: att vård och behandling utformas utifrån samarbete, respekt och acceptans snarare än utifrån institutionella och strikt medicinska riktlinjer som riskerar att förstärka stigmatisering och därmed orsaka skada. Ett sådant flexibelt förhållningssätt kan förstås som ett sätt att motverka behandlingsavhopp. Staudt (2018) visar att avhopp är särskilt problematiska eftersom beroendevård under graviditet kan vara effektiv, men att avhopp avsevärt minskar behandlingens positiva effekter. Samtidigt beskriver intervjupersonerna att vissa kontrollinslag kan fungera som ett praktiskt stöd i vardagen. Nordenfors & Höjer (2017) pekar på att fasta rutiner, som exempelvis övervakade urinprover, kan fungera som en barriär mot sug. Detta bekräftas i empirin av Patricia, som beskriver att provtagning också kan upplevas som ett kvitto på framsteg:

> Det kan vara väldigt motiverande att lämna urinprov, då vill man visa att “titta jag klarar detta, min cannabis-kvot sjunker och det tyder på att jag inte röker längre”.

Miriam lyfter dessutom att vissa kvinnor själva efterfrågar drogtester eller utandningsprov som ett aktivt stöd för att kunna upprätthålla sin nykter- och drogfrihet. I stället för att enbart

fungera som en kontrollmekanism kan dessa inslag därmed bli ett verktyg som hjälper kvinnorna att stå emot sug och återfall. Nadia menar att det ofta sker ett skifte över tid i hur kontrollerna upplevs. Inledningsvis kan täta kontroller väcka frustration, men efter att barnet föds kan samma kvinnor, som tidigare uttryckt missnöje, i stället göra vad som helst för att behålla kontakten med mottagningen och få fortsatt råd och stöd. Detta illustrerar ett skifte från att kontroll upplevs som en övervakning till att den uppfattas som en del av en allians. När kontrollen sker inom ramen för en förtroendefull relation kan den transformeras till en form av inre kontroll, där kvinnan inte vill svika sig själv eller den personal som har stöttat henne. Denna inre kontroll drivs av den mänskliga relationen snarare än av rädsla, vilket ligger i linje med Nordenfors och Höjers (2017) resonemang.

Provtagning och uppföljning kan förstås som en form av examination. Kvinnans kropp och beteende synliggörs, mäts och jämförs med en norm (Foucault, 2020). Normen blir inte bara medicinsk i form av provsvar, utan också moralisk och social genom föreställningar om den "ansvarstagande" gravida modern. I en sådan praktik kan kontroll samtidigt fungera som stöd och bära på en normaliserande värdering. När disciplinär makt internaliseras blir den som mest effektiv – inte genom yttre sanktioner, utan genom att individen börjar reglera sig själv i relation till det som framstår som önskvärt (Foucault, 2017). I empirin kan detta förstås som att provtagning och uppföljning gradvis omtolkas från kontroll till ett stöd i kvinnans egen självreglering, där "att klara proverna" blir ett sätt att leva upp till både egna mål och normativa förväntningar. Samtidigt kan examinering och dokumentation också skapa ett "fall", där avvikelserna blir centrala i hur kvinnan förstås och bemöts (Foucault, 2017).

När kontroll utövas med transparens och empati kan den alltså fungera som ett verktyg som hjälper kvinnan att hålla kursen mot sitt mål – en trygg och drogfri framtid för sitt barn. Samtidigt kan det uppstå en gräns när kvinnan inte samtycker till de frivilliga insatserna, vilket kan tvinga yrkesverksamma att överväga andra alternativ i syfte att skydda både modern och barnet. Detta riskerar att bryta alliansen som personalen varit noga med att bygga upp. I empirin framträder detta som ett tydligt etiskt dilemma och pekar även på ett juridiskt glapp i systemet.

6.2.4 Alliansbrytande åtgärder vid oro

Utifrån intervjuerna beskrivs övergången från ett alliansbyggande arbetssätt till mer ingripande åtgärder, såsom orosanmälan och i vissa fall tvångsvård enligt LVM – som ett av de svåraste etiska dilemman, och som riskfyllda moment i arbetet. Detta betonas av yrkesverksamma inom både specialistmödravård och socialtjänst.

I detta avsnitt avser orosanmälan en anmälan till socialtjänsten om oro bedöms finnas för det väntade barnet. LVM förekommer i materialet som en åtgärd som i vissa fall aktualiseras (av socialtjänst) när frivilliga insatser inte bedöms vara tillräckliga. Det finns en gemensam ståndpunkt i hur yrkesverksamma ser på dessa ingripande åtgärder: att de kan vara nödvändiga för att skydda barnet, men samtidigt innebär en tydlig risk för att relationen till kvinnan skadas och att kontakten bryts. I gruppintervjun resonerar Karin, kurator inom specialistmödravård, och Jasmin, socionomstudent (VFU), kring hur en orosanmälan kan påverka relationen:

Karin:

> När man ska göra en orosanmälan finns risken att bryta en allians med patienten, som kanske vill byta mottagning eller känner att förtroendet för oss försvinner. Det är verkligen en balansgång. Jag försöker ofta, för att det inte ska bli en orosanmälan att motivera personen att ta emot stödinsatser och att det har hänt att jag tillsammans med patienten ringt socialtjänsten. Så att de blir en ansökan från personen själv, så de kommer inifrån.

Jasmin tillägger:

> Någon gång har vi diskuterat, om man ska vänta kanske så får de gå den sista kontrollen, så det får de gjort. Om de [patienter] bara lämnar barnmorskan kan det också bli farligt för barnet. Så då gör man fortfarande anmälan men väntar efter den sista kontrollen.

Citatet synliggör hur yrkesverksamma försöker parera att agera utifrån oro och samtidigt skydda den kontakt som etablerats för patienten och de ofödda barnets bästa. Karins strategi, att tillsammans med kvinnan ta kontakt med socialtjänsten, ger individen kontroll och minskar upplevelsen av yttre kontroll. Jasmins tillägg synliggör vilka konsekvenser en orosanmälan kan få och att bedömningen ofta innebär att flera aspekter måste vägas mot varandra samtidigt. Ett potentiellt brytande av alliansen kan exempelvis påverka möjligheten att genomföra viktiga kontroller för barnets hälsa, eller leda till att kvinnan avbryter kontakten med vård och stödinsatser och därmed "försvinner" ur systemet. Sammantaget visar intervjupersonernas resonemang på hur en orosanmälan kan göras så att utfallet med patienten och de ofödda barnet blir på bästa möjliga sätt. Lina, socialsekreterare, beskriver dilemmat på liknande sätt i en individuell intervju:

> Sen är de ju svårt, kommer de fram oro som rör barnet måste vi göra en orosanmälan och de är inte helt lätt, för jobbar man upp ett förtroende, kanske de ibland inte går hela vägen och man måste göra en orosanmälan och då bryter man relationen som man har. Relationen är så viktig för att kunna säga vissa saker. Och att man kanske står fast, även om klienten blir arg, står man kvar och ringer och kollar hur klienten har haft det. Det tar ju tid att bygga relationer och skapa tillit.

Linas utsaga synliggör hur relationen i sig skapar ett handlingsutrymme: när rutiner och lagstiftning kräver ett ingripande blir sättet man kommunicerar, följer upp och "står kvar" centrala verktyg i arbetet. Samtidigt beskriver Lina att ett ingripande kan få en annan betydelse över tid, även om det upplevs som alliansbrytande i stunden:

> Och ibland är klienterna jättearga på en, om de blivit tvångsvård och vill inte ha med en att göra när det kommer ut därifrån men sen om de väl blir tumult igen i livet

> ringer de och säger snälla, för de kan se att de man gjort har man gjort av god vilja och även om de inte kan se de i stunden men efteråt kan de.

Citatet pekar på att alliansen kan vara skör men också långsiktig: reaktionen i stunden behöver inte vara detsamma som hur insatsen förstås i efterhand. Miriam, socialsekreterare i en annan del av landet menar fortsättningsvis på att man genom en öppenhet om vilka lagstiftningar som finns (som LVM[7] och LVU)[8], och en löpande dialog om sina bedömningar, kan undvika att anmälan kommer som en chock. Att hålla det hemligt är det som raserar tilliten. I materialet framträder också att vissa verksamheter hanterar LVM-processer genom särskilda organisatoriska lösningar. Miriam beskriver att hennes förvaltning valt att låta ett begränsat antal handläggare ansvara för LVM-utredningar, dels för att underlätta för övriga handläggare, dels för att skydda den relation som byggts upp i det ordinarie arbetet:

> Så var det då, för att underlätta för de andra handläggarna. De kom inte så ofta in en LVM-ansökan, och gjorde det, de blev ofta mycket stress och tog mycket tid. Så att det var för att underlätta och för att de skulle kunna ha kvar alliansen, inte de som står bakom att man [klienten] låses in. Men det ser olika ut i olika kommuner men vi är en rätt stor förvaltning, så därför valde man att ha specifika handläggare för att frigöra utrymme så de kunde jobba med de andra klienterna. För det tar mycket tid och då behöver man skjuta undan de andra klienterna.

Genom att låta särskilda handläggare arbeta med LVM kan den ordinarie socialsekreteraren i högre grad behålla en stödjande roll och därmed minska risken för att alliansen med klienten bryts. Miriams beskrivning visar att organiseringen motiveras av resurs och tidslogik. Hon säger att LVM-utredningar tar mycket tid och riskerar att förskjuta annat arbete. Att det “ser olika ut i olika kommuner” pekar på att lokala organisatoriska lösningar kan bidra till variationer i hur LVM-processer genomförs och hur relationen till klienten påverkas.

Sammantaget visar avsnittet hur ingripande åtgärder skapar en spänning mellan stöd och kontroll. För att hantera denna spänning beskriver de yrkesverksamma strategier för att upprätthålla kontakten och tilliten, exempelvis gemensamma kontakter med socialtjänsten, överväganden kring tidpunkt för anmälan och fortsatt uppföljning efteråt. I Lipskys (2016) termer kan detta förstås som hur professionella använder sitt handlingsutrymme för att påverka hur insatser genomförs, även när organisatoriska och juridiska ramar begränsar vilka alternativ som är möjliga.

[7] Lag (1988:870) om missbrukare i vissa fall (Riksdagen, 2025)

[8] Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (Riksdagen, 2025)

7. Diskussion

I detta avsnitt diskuteras studiens huvudsakliga resultat i relation till uppsatsens syfte och frågeställningar. Den här studien har undersökt hur yrkesverksamma inom mödravård och socialtjänst beskriver arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik, med fokus på hur stöd, samverkan och alliansbyggande/kontroll tar form i praktiken. Slutligen presenteras tankar kring vidare forskning.

7.1 Resultatdiskussion

Den första frågeställningen handlade om hur yrkesverksamma beskriver variationer i stöd och insatser och hur dessa kan kopplas till organisatoriska och professionella faktorer. Ett centralt resultat är att det finns variationer i vilket stöd och vilka insatser som kan ges beroende på geografisk kontext. Detta beror på hur verksamheter organiseras lokalt och hur samverkan fungerar i praktiken. När samverkan är bristande, ökar samordningsbördan på kvinnan, som själv måste koordinera vård- och stödkontakter. Empirin visar att en lösning på detta är ett samordnat stöd, där relevanta professioner samlas inom samma struktur och kommunicerar med varandra. Detta kan tydliggöras med Suns (2004) begrepp one-stop shopping och ligger i linje med den tidigare forskning som pekar på att tvärprofessionella och samordnade arbetssätt är effektiva (Sun, 2004; Nordenfors & Höjer, 2017; Rangmar et al., 2018; Puurunen & Vis, 2019). Ur materialet framkommer att bristande kunskap om andra verksamheters uppdrag försvårar samarbetet mellan verksamheter. Olika professionella perspektiv, leder till olika idéer om tid och prioriteringar, vilket kan leda till frustration och vara en utmaning när sammanhållna insatser behövs för bästa stöd. Materialet visar att när yrkesverksamma, både inom samma verksamhet och mellan olika instanser, har fungerande kommunikationsvägar och en tydlig förståelse för varandras uppdrag skapas bättre förutsättningar för samverkan och för att individen ska kunna få rätt stöd. Detta ligger i linje med Nordenfors och Höjers (2017) resonemang om att samverkan kräver stabila organisatoriska strukturer och kontinuitet i personalgruppen, där professionerna har relevant kunskap samt goda sociala färdigheter.

Med utgångspunkt i Lipskys (2016) teori om gräsrotsbyråkrater kan resultaten förstås som att även när det finns en gemensam uppfattning om vilka arbetssätt som är mest effektiva, begränsas yrkesverksammas möjligheter av organisatoriska villkor. När riktlinjer, rutiner eller beslutsordningar begränsar handlingsutrymmet kan variation uppstå beroende på hur yrkesverksamma väljer att agera inom dessa ramar. Antingen följs rutiner strikt, vilket å ena sidan är begripligt eftersom handläggning och bedömningar ofta sker under ansvar och med begränsad information. Att agera “på den säkra sidan” kan då fungera som en strategi för att minska risken för felbedömningar och efterföljande kritik. Utifrån materialet framkommer att yrkesverksamma som har mer erfarenhet kan använda sitt handlingsutrymme mer aktivt och hitta vägar inom ramarna och genom professionella bedömningar se hur processen kan påskyndas. Uttrycket “att ge patienten lite gräddfil” som framkom från en intervju, synliggör hur professionella bedömningar kan variera beroende på erfarenhet och viljan (eller förmågan) att se personen framför. Det intervjupersonen menade var att vid behov kunna frångå rutiner och ge individen något extra, när man ser att det finns ett behov av något som skulle underlätta helhetsbilden, trots att det inte är enligt protokoll. Det kan tolkas som ett uttryck för Lipskys (2016) gräsrotsbyråkratiperspektiv, där yrkesverksamma i praktiken anpassar rutiner utifrån vad som bedöms vara mest rimligt i situationen. Å ena sidan är det precis så här man vill att det ska fungera. Att den yrkesverksamma kan se den individ som

sitter framför – med sin unika livsberättelse, och ger rätt och individanpassat stöd. Detta väcker å andra sidan frågor om likvärdighet, när stödet varierar beroende på vem individen träffar. I det enskilda fallet är det positivt att det finns yrkesverksamma som vill göra allt i sin makt för att stötta och få till en optimal lösning för individen. På en strukturell nivå skapar det en orättvisa för de personer som inte har turen att möta den erfarna, villiga yrkesverksamma. Detta kan bekräftas i Molanders resonemang (2011) om att bedömningar under obestämda villkor kan leda till variation, även när yrkesverksamma agerar samvetsgrant, vilket är en del av handlingsutrymmets bördor.

Tidigare forskning visar att riskerna för barn som exponeras för alkohol och droger, både före och efter födseln, är omfattande och kan medföra såväl medicinska som sociala konsekvenser (Greenough & Kassim, 2005; Killén, 2009; Nordenfors & Höjer, 2017). Mot den bakgrunden framstår tillgången till rätt stöd och motiverande insatser under graviditeten som särskilt viktig (Rangmar et al., 2018), eftersom det påverkar både moderns och barnets välbefinnande. Samtidigt indikerar studiens resultat att kvaliteten i stödet delvis kan bli beroende av vilka yrkesverksamma individen möter och hur det professionella handlingsutrymmet används. Om ett stödsystem i praktiken blir beroende av "att ha tur" i möten riskerar det att bli ett strukturellt sårbart stödsystem där variation grundas på geografiska områden och vilka yrkesverksamma man möter.

Den andra frågeställningen handlade om hur yrkesverksamma beskriver balansen mellan stöd/allians och kontroll i mötet med målgruppen. Ett centralt resultat är att en förtroendefull allians tycks vara avgörande för att kontrollinslag ska uppfattas och fungera som en del av stödet. För att få till en stark allians betonar yrkesverksamma ett icke-dömande bemötande. Intervjupersonerna enas kring att de har en stor medvetenhet kring att målgruppen har benägenhet att känna skam och stigmatisering. Det går i linje med tidigare forskning som visar att moderskap och föreställningar om den "goda" modern kan förstärka skam och göra att kvinnor med beroendeproblematik undviker att söka hjälp (Nordenfors & Höjer, 2017; Weber et al., 2021). Yrkesverksamma beskriver en rädsla inom målgruppen, för att bli kategoriserad, dömd och stigmatiserad. Empirin visar att betoning på frivillighet, motiverande samtal och tydlig information används för att skapa trygghet i relationen till patienten/klienten. Detta gäller både yrkesverksamma inom socialtjänst och specialistmödravård. Båda verksamheter betonar att flexibilitet och tillgänglighet är två centrala aspekter av arbetet, som lägger en trygg grund för en stark allians. Resultaten från studien visar att kontrollmoment kan vara nödvändiga för att minska risker för modern och för barnet, men samtidigt kan de uppfattas som granskande och därmed påverka tillit och benägenhet att söka eller fortsätta ta emot stöd. Dessa kontrollinslag, såsom provtagning för substanser samt uppföljning, kan få olika betydelser över tid. Materialet visar att kontrollinslag som till en början upplevdes påfrestande och frustrerande, senare kan integreras i en förtroendefull relation och istället fungera motiverande. Detta synliggör att kontroll inte enbart är en yttre mekanism, utan också kan bli en del av en stödjande struktur när den är transparent.

Vi kan med Foucault (2017) förstå hur kontrollmoment kan vara både stödjande och samtidigt bära på en problematisk dimension. Provtagning kan exempelvis förstås som en form av *examen*, där kvinnan görs synlig och bedömningsbar i relation till normer. I en sådan praktik finns en risk att kvinnan reduceras till ett 'fall' som mäts, kategoriseras och jämförs med det som definieras som normalt. I bästa fall kan provtagningar i kombination med en stark allians leda till upplevd struktur och motivation hos kvinnan. Men det finns en risk för att samma praktik leder till en förstärkt känsla av skam och stigmatisering, för en målgrupp

som dessutom redan bär på mycket stigma (Weber et al. 2021). På detta sätt kan stödinsatser och kontrollmoment förstås som sammanflätade: samma praktik kan både möjliggöra trygghet och motivation och bära på en normaliserande dimension. När kontrollmoment integreras i en allians kan de dessutom bidra till självreglering, där individen anpassar sitt beteende i relation till både egna mål och normativa förväntningar. Den yttre press, från till exempel rättsväsendet eller socialtjänsten, kan å ena sidan fungera som motivation till att fortsätta ta emot stöd och behandling. Men för att inte re-traumatisera individen är det viktigt att verksamheter har förståelse för hur myndighetskontakt kan upplevas (Puruunen & Vis, 2019), vilket bekräftas som en viktig del av arbetet utifrån materialet.

Lipskys (2016) teori om gräsrotsbyråkrater bidrar till att förstå hur balansen mellan stöd och kontroll formas i mötet mellan yrkesverksam och individ. När formella ramar och resurser sätter gränser för vad som är möjligt blir det relationella arbetet ett sätt för yrkesverksamma att påverka utfallet. Bemötande, information, flexibilitet och timing blir därmed uttryck för handlingsutrymme. Även när insatsernas innehåll är begränsat kan sättet de genomförs på, påverka tillit och benägenhet att fortsätta öppna upp för stöd och hjälp. Resultaten visar att stöd och kontroll inte är två separata logiker utan som praktiker som ofta samexisterar i samma arbetsmetoder. En relation med stöd och allians för att kunna använda mer kontrollerade inslag, som i längden är positivt för modern och barnet. Alliansen blir med andra ord en slags förutsättning för att kontrollmoment ska kunna fungera stödjande. Samtidigt kan kontrollmoment bli alliansbrytande när de upplevs som ensidiga eller när de kopplas till mer ingripande åtgärder. Det innebär att arbetet präglas av en kontinuerlig avvägning mellan att skydda barnet och att upprätthålla kontakt och tillit. I materialet framträder flera återkommande avvägningar. Dels handlar det om att väga behovet av uppföljning och riskminimering mot risken att kontrollinslag väcker skam och leder till avbruten kontakt. Dels handlar det om avvägningen mellan transparens och timing. När och hur information om bedömningar, orosanmälan eller andra åtgärder kommuniceras för att skydda både barnet och den relation som byggts upp med modern.

Utifrån den identifierade kunskapsluckan vet vi relativt mycket om risker med substanbruk för gravida samt rekommenderade arbetssätt. Vi vet mindre om hur stödet fungerar i praktiken. Studiens resultat visar att tillgången till samordnade insatser varierar beroende på lokala organisatoriska förutsättningar och hur samverkan mellan verksamheter fungerar. Resultaten visar även att möjligheten att skapa ett sammanhållet stöd i hög grad påverkas av bemötande och relationellt arbete, där en förtroendefull allians framstår som central för att kontrollinslag ska kunna fungera stödjande. Sammanfattningsvis bidrar studien därmed med kunskap om hur organisatoriska villkor och professionella avvägningar formar stödet i praktiken.

7.2 Framtida forskning

Forskning om stöd till gravida kvinnor med beroendeproblematik behöver fortsätta att utvecklas för att stärka praktiken inom både specialistmödravård och socialtjänst. Studiens resultat visar att stödinsatser och samverkan påverkas av organisatoriska villkor och professionella avvägningar, vilket motiverar vidare forskning om hur olika organisatoriska modeller och samverkansformer påverkar likvärdigheten i stödet. Därtill finns ett behov av studier som inkluderar målgruppens egna perspektiv. Intervjuer med gravida och nyblivna mödrar kan fördjupa förståelsen av hur bemötande, kontrollmoment och kontakt med olika instanser upplevs, samt hur detta påverkar benägenheten att söka vård. Sådan forskning behöver genomföras med särskilda etiska överväganden. Slutligen vore jämförande studier

mellan kommuner och regioner värdefulla för att analysera geografiska skillnader i tillgång till specialiserade och samordnade insatser, och därigenom bidra med kunskap om vilka strukturella förutsättningar som behövs för ett mer jämlikt stöd.

8. Referenser

Berman A.H, Wennberg P, Källmén H (2017) *AUDIT & DUDIT Identifiera problem med alkohol och droger* [PDF] https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/audit-dudit-identifiera-problem-med-alkohol-och-droger.pdf

Beroendecentrum Stockholm. (u.å.). *Vad är beroende?* Region Stockholm. https://www.beroendecentrum.se/fakta/vad-ar-beroende/

Bryman A, Clark T, Foster L, Sloan L (2025) *Samhällsvetenskapliga metoder* (4 uppl.). Malmö: Liber.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (u.å.). *Hur definieras alkohol-, narkotika- och tobaksberoende inklusive substansbrukssyndrom?* https://www.can.se/fragor-och-svar/allmant-om-droger/hur-definieras-alkohol-narkotika-och-tobaksberoende-inklusive-substansbrukssyndrom/ [2025-11-26].

Choi, S., Stein, M. D., Raifman, J., Rosenbloom, D. & Clark, J. A. (2022). Motherhood, pregnancy and gateways to intervene in substance use disorder. *Health & Social Care in the Community*, *30*(4), e1268–e1277. https://doi.org/10.1111/hsc.13534

Foucault M, (2017) *Övervakning och Straff: Fängelsets födelse.* Lund: Arkiv Förlag

Frank, J., Andreasson S., (2024). *Alkohol – riskbruk, skadligt bruk och beroende*. https://lakemedelsboken.se/terapiomraden/beroendesjukdomar/alkohol---riskbruk-skadligt-bruk-och-beroende/ [2025-11-26].

Greenough, A., & Kassim, Z. (2005). Effects of Substance abuse during pregnancy: Current topics and opinions. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(5), s. 219–224. https://doi.org/10.1177/146642400512500510

Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer: Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Stockholm: Studentlitteratur AB

Kuo, C., Schonbrun, Y. C., Zlotnick, C., Bates, N., Todorova, R., Kao, J. C. & Johnson, J. (2013). A qualitative study of treatment needs among pregnant and postpartum women with substance use and depression. *Substance Use & Misuse*, 48(14), s. 1498–1508. https://doi.org/10.3109/10826084.2013.800116

Lipsky, M. (2016). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* (30th anniversary ed.). New York: Russell Sage Foundation.

Magnusson, Å., Hjelm, A.-B., Carlén, C., Lundgren, K. & Ihsan Sarman, M. (2014). *Graviditet i samband med beroende*. Kunskapsstöd för vårdgivare, Region Stockholm.

https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-kunskapsstod/beroende_narkotika_doping/regionala-kunskapsstod/graviditet_narkotika_doping_beroende [2026-01-08].

Molander, A. (2011). Efter eget skön: om beslutsfattande i professionellt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, *18*(4). https://doi.org/10.3384/SVT.2011.18.4.2460

Nationalencyklopedin (u.å) missbruk. https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/missbruk [2025-12.17].

Nordenfors, M., & Höjer, I. (2017). Mothers with substance and alcohol abuse—Support through pregnancy and early infancy. *Social Work in Health Care*, 56(5), s. 381–399. https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1299072

Puurunen, K. & Vis, J.-A. (2019). Pregnancy as an opportunity for trauma-intervention among women who are addicted to substances. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *28*(3), s. 281–296. https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1332703

Rangmar, J., Lilja, G., Köhler, L., & Reuter, A. (2018). Children who face developmental risks due to maternal addiction during pregnancy require extra medical and psychosocial resources. *Acta Paediatrica*, 107(6), s. 101–105. https://doi.org/10.1111/apa.14407

Regeringen (2022) *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025*. Skr. 2021/22:213, Socialdepartementet. https://www.regeringen.se/contentassets/4e3f6172f23a4564a8f2604a206e0323/en-samlad-strategi-for-alkohol--narkotika--dopnings--och-tobakspolitiken-samt-spel-om-pengar-20222025-skr.-202122213

Region Skåne. (2024). *Maria mödravård – patientinformation*. https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/patientinformation/maria-modravard/broschyr-maria-modravard---patientinformation.pdf

Region Uppsala (2021) *Alkohol och graviditet, vårdprogram för barnmorskemottagningar i Region Uppsala och Specialistmödravården Akademiska sjukhuset*. https://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&docId=DocPlusSTYR-11468&reference=DocPlusSTYR-11468 [2025-12-10].

Nilsson, R. (2008). *Foucault: En introduktion*. Égalité.

SFS 2025:400. Socialtjänstlag. Svensk författningssamling.

Socialstyrelsen: *Identfiera alkoholbruk, narkotikabruk, rökning och snusning,* https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/oversikt-graviditet/identifiera-alkoholbruk-narkotikabruk-rokning-och-snusning/ [2025-12-13].

Staudt, M. (2018). Best practices for enhancing substance abuse treatment retention by pregnant women. *Best Practices in Mental Health*, 14(2), s. 49-59.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2016) *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*.

https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.579faedc17f2aa863e3480e/1646036391099/Sexuell-reproduktiv%20h%C3%A4lsa.pdf [2025-12-16].

Weber, A., Miskle, B., Lynch, A., Arndt, S., & Acion, L. (2021). Substance use in pregnancy: Identifying stigma and improving care. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 12, 105–121. https://doi.org/10.2147/SAR.S319180

Wright, T. E., & Walker, J. R. (2007). Management of women who use drugs during pregnancy. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(2), 114–118. 10.1016/j.siny.2007.01.001

Wåhlin, S. (2012). *Alkohol – en fråga för oss i vården*. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur

1177 Vårdguiden (2024) *Droger och graviditet* https://www.1177.se/Skane/barn--gravid/graviditet/livsstil-och-halsa-under-graviditeten/droger-och-graviditet/ [2025-11-26].

9. Bilagor

Bilaga 1 - Informationsbrev

Informationsbrev	**Bilaga 1**
Projektets arbetstitel **Professionella om arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik**	**Datum:**
Studieansvarig/a: (student/er) **Matilda Nordström** **nordstrom.matilda@gmail.com**	**Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000** **Utbildning: Socionomprogrammet** **Nivå: Grundnivå**

Informationsbrev Bilaga 1

Syftet med studien är att undersöka hur arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik går till. Vilka insatser och metoder som används. Få en förståelse för kvinnornas situation genom de professionellas erfarenheter. Undersöka hur samverkan mellan socialtjänst och mödravård fungerar i praktiken. Förstå hur professionella hanterar de etiska avvägningarna mellan barnets behov och moderns rätt till självbestämmande.

Studien genomförs med hjälp av intervjuer på ca 30-60 minuter, med yrkesverksamma inom mödravård och socialtjänst.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Materialet förvaras så att det bara är åtkomligt för oss/mig som är undersökningsledare. I rapporteringen av resultatet i form av en examensuppsats på Malmö universitet eller i annan form av publicering kommer informanterna att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer.

Du tillfrågas härmed om att delta i denna undersökning.

Bilaga 2 - Samtyckesblankett

MALMÖ UNIVERSITET

Samtycke från deltagare i projektet	Bilaga 2

Projektets arbetstitel: **Professionella om arbetet med gravida kvinnor med beroendeproblematik**	**Datum:** 11/12-2025
Studieansvarig/a: **Matilda Nordström** **nordstrom.matilda@gmail.com**	**Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000** **Utbildning: Socionomprogrammet** **Nivå: Grundnivå**

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

MALMÖ UNIVERSITET

Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:

Datum: ……..

Deltagarens underskrift: ……

Bilaga 3 - Intervjuguide

Inledning
Kan du kort beskriva din roll och dina arbetsuppgifter?
Hur kan en typisk arbetsdag se ut?

Målgruppen
Vilken typ av beroendeproblematik möter ni oftast?
Hur ser kvinnornas livssituation i regel ut (psykisk hälsa, relationer, boende, ekonomi)
Vilka behov är vanligast hos kvinnorna – medicinska, psykologiska, sociala?
Hur arbetar ni för att skapa tillit?
Finns det ofta en redan etablerad kontakt med socialtjänsten

Arbetssätt och metoder
Hur ser processen ut från remiss/anmält behov till insats?
Finns det några specifika metoder ni arbetar utifrån?
Vilka lagar och riktlinjer är centrala? → och hur stöttar/begränsar de?
Hur arbetar ni med motivation? → och vad påverkar motivationen?

Samverkan
Vilka aktörer samverkar ni främst med? Och hur påverkar det arbetet, kvinnan, planeringen och förlossningen?
Vilka rutiner eller strukturer finns för samarbete?
Hur fungerar samverkan i praktiken?
Hur hanterar ni när en kvinna avböjer insatser?
Rutiner eller situationer där samverkan fungerat särskilt bra?
Vilka utmaningar ser du?
Hur upplever du socialtjänstens/specialistmödravården olika arbetssätt och beslut?

Etiska avväganden
Hur pratar ni om drogtester, och hur påverkar det relationen mellan er och kvinnan?
Vilka etiska dilemman möter du i arbetet?
Hur resonerar ni när barnets behov krockar med kvinnans autonomi?
Hur pratar ni om LVU när det blir aktuellt?
Hur balanserar man orosanmälan och att inte vilja bryta alliansen?
Hur pratar ni om drogtester, och hur påverkar det relationen mellan er och kvinnan?

Insatser före och efter födseln
Vad behöver utredas tidigt under graviditeten?
Hur planerar ni stöd för det ofödda barnet tillsammans med andra aktörer?
Är det något som saknas i dagens rutiner eller resurser?
Hur länge har ni kontakt efter födseln?
Hur arbetar ni med kontinuitet och trygghet under graviditeten, förlossningen och tiden efteråt?
Hur upplever du att det påverkar kvinnorna?

Specifik barnmorskor

Hur skiljer sig de medicinska kontrollerna här från den "vanliga" mödravården?
Vilka medicinska risker är vanligast hos kvinnor med beroendeproblematik?
Hur hanterar ni situationer där barnet riskerar abstinens vid födseln?

Avslut
Är det något viktigt vi inte berört?
Finns det någon fråga du tycker borde ingå?