

Gravide rusmiddelavhengiges opplevelse av den kommunale rusomsorgen



Universitetet
i Stavanger

DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET

Institutt for sosialfag

Master i sosialfag våren 2021

Student: Camilla Kjemhus

Veileder: Gurli Olsen

**MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG
MASTERGRADSOPPGAVE**

SEMESTER: Våren 2021

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Camilla Kjemhus

VEILEDER: Gurli Olsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Gravide rusmiddelavhengiges opplevelse av den kommunale rusomsorgen

EVT. Engelsk tittel: Pregnant drug addicts experience of the municipal drug care

EMNEORD/STIKKORD: Gravide, rusavhengighet, sosialarbeidere, kontaktetablering, autonomi og relasjoner

ANTALL SIDER: 75

Stavanger 01.06.2021

Camilla Kjemhus

I forbindelse med elektronisk innlevering, kommer jeg til å reservere med mot å offentliggjøre mastergradsoppgaven på universitetets nettsider

Forord og takk

Takk til mine fire informanter som stilte opp og delte sine egne erfaring og kunnskap om området. Informasjonen som ble meddelt under intervjuene ga meg ny og bedre kunnskap, som bidro til å gjøre oppgaven innholdsrik og helhetlig.

Takk til min veileder Gurli Olsen, som har veiledet meg i denne prosessen. Takk for din tilgjengelighet, konstruktive tilbakemeldinger, oppmuntrende ord og at du hadde troen på meg og oppgaven. Så tusen takk for hjelpen.

Takk til leder og kollegaer, som har hørt på mine refleksjoner omkring motgang og medgang i denne prosessen, dere har heiet og støttet med den største forståelse og tålmodighet, som i travel jobbhverdag har det gitt meg stor motivasjon.

Kjære familie og venner, uten dere hadde dette blitt to lange år. Men dere har gitt meg tid og rom for skole og eksamensperioder med den største støtten. Den aller største takken går til mann og barn som har levd med meg, dere har gitt meg rom, smil og forståelse for at kone og mamma må gjøre «lekser», samt vist forståelse for at tiden ikke strekker til som det vanligvis gjør. Jeg er heldig!!

En stor takk fortjener mitt søskenbarn, Jeannett Hansen som har stått ved min side gjennom hele prosessen med veiledende ord, motivasjonstaler, støtte, tilbakemeldinger, diskusjoner, lærdom og tilstedeværelsen gjennom to år. Uten deg så er jeg usikker på om jeg hadde levert en masteroppgave. Veiledningen du har gitt meg er jeg evig takknemlig for.

Så, igjen tusen takk for alle som har bidratt, støttet og løftet meg frem og opp i denne perioden.

Sandnes 1. juni 2021

Camilla Kjemhus

Å være sterk

Å være sterk er ikke
å løpe raskest
å hoppe lengst eller
løfte tyngst

Å være sterk er ikke
alltid å vinne
alltid å ha rett eller
alltid å vite best

Å være sterk er å
se lyset når det er som mørkest
slåss for noe man tror på
selv om man ikke har
flere krefter igjen
se sannheten i øynene
selv om den er hard

- Naja E. Jensen -

Sammendrag

Formålet med studien er å utvikle kunnskap om hvordan gravide kvinner med rusmiddelavhengighet opplever kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen. Sosialarbeideren både gir omsorg og udøver kontroll overfor gravide kvinner med rusmiddelavhengighet og det er behov for mer kunnskap om hvordan denne praksisen erfares av målgruppen. Det finnes lite teori på dette området, hvor teorien ofte er rettet mot hvordan samfunnet og sosialarbeidere kan og skal ivareta det ufødte fosteret. Det er store mangler på studier som fokuserer på den gravide rusmiddelavhengige, og det foreligger derfor et behov på en utbredt studie med hensikt om å etablere en økt forståelse om oppfølging av gravide rusmiddelavhengige i den kommunale rusomsorgen. I den forbindelse er studiens problemstilling følgende:

“Hvordan opplever gravide med rusmiddelavhengighet kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen?”

For å besvare denne problemstillingen vil diskusjonen baseres på tre forskningsspørsmål; (1) “Hvordan opplever gravide rusmiddelavhengige den informasjonsflyten de må forholde seg til i møte med den kommunale rusomsorgen?”, (2) “Hvordan opplever gravide rusmiddelavhengige sammenhengen mellom forventninger og autonomi i kontaktetableringsfasen?”, og (3) “På hvilke måter har relasjonen mellom gravide rusmiddelavhengige og sosialarbeider betydning for behandlingsforløpet?”. Oppgavens diskusjon baseres på fire dybdeintervjuer med informanter med erfaring med kontaktetablering i den kommunale rusomsorgen. Datainnsamlingen, tidligere forskning og teorier om håndtering av gravide rusmiddelavhengige skal danne grunnlaget for å diskutere problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål.

Studiens analyse viste at gravide rusmiddelavhengige opplever at kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen er generell og kontrollerende. Det er for lite tilpasning til den enkelte brukeren, og fokuset baseres mer på fosteret enn brukeren. I tillegg tydeliggjøres det et behov for en bedre samhandling mellom de ulike instansene brukeren må forholde seg i løpet av graviditeten. Samtidig viste også analysen at kontaktetableringen med den kommunale

rusomsorgen oppleves som en brobygger for brukeren, hvor brukeren får motivasjon og støtte fra sosialarbeideren til å gjennomføre et rusfritt svangerskap. Konklusjonen kan brukes som et verktøy til sosialarbeidere til mer kunnskap og veiledning for hvordan sosialarbeidere kan bruke helsetjenestens rammeverk på en best mulig måte i en allerede krevende og utfordrende tid.

Liste over definisjoner

Autonomi: Autoritet til å bestemme over eget liv, hvordan en person evner til å bestemme over sine egne handlinger og grunnlaget for egne handlinger, samt ha ansvar for eget liv (Sagdahl, 2019).

Neonatal Abstinenssyndrom: Abstinenssyndromet er med symptomer fra mange organsystemer som mange nyfødte utvikler etter å ha vært eksponert for opioider i svangerskapet (Helsebiblioteket, 2012).

Primærdata: Er innsamling av data som gir et klart svar på en avgrenset og aktuell problemstilling (Sundbye & Nisted, 2017).

Rus: Brukes for å beskrive en generell tilstand av eufori også betegnet som oppstemthet, enten av kjemiske stoffer, naturopplevelse, musikkopplevelser, forelskelse eller nært sagt hva som helst (Nesvåg, 2018, s.22).

Rusmiddelavhengighet: Hvor den enkelte har et sterkt ønske om å innta rusmidler og har av den grunn vanskeligheter med å kontrollere egen bruk. Den enkelte brukeren opprettholdere inntak av rusmidler, selv om bruker er kjent med de skadelige konsekvensene samt prioritere rusinntak foran andre forpliktelser og aktiviteter (Folkehelseinstituttet, 2019).

Rusmiddelmisbruk: Alt inntak av illegale rusmidler (Biong & Ytrehus, 2018, s. 15)

Rusmidler: Blir omtalt som illegale rusmidler (narkotika), vanedannende legemidler og alkohol (Nesvåg, 2018, s. 22).

Rusmisbruker: Er en person uhensiktsmessig anvender et rusmiddel på en måte som ikke anses som samfunnsmessig akseptert eller bruker andre midler for å oppnå en ruseffekt som ikke er akseptert av det omgivende samfunnet (Waal, u.å).

Sekundærdata: Sekundærdata også kalt «skrivebordsdata» er datamaterialer som allerede eksisterer (Sundbye & Nisted, 2017).

Sosialarbeider: Sosialarbeideren er en profesjoner hvor en både skal utøve samfunnsmessig styring og kontroll samtidig som en skal utøve medmenneskelig solidaritet, slik som en gjør i barnevernet og sosiale tjenester (Levin, 2004, s.11).

Liste over forkortelser

| Forkortelse | Forklaring |
|--------------------|---|
| HOT § 10-3 | Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 |
| ALM | Styrker og begrensinger i egen kunnskap og ferdigheter |
| MI | Motiverende intervju |
| WHO | World Health Organization – Verdens helseorganisasjon |
| ICD-10 | International Classification of Diseases |
| LSD | Lysergsyredietylamid – et hallusinogent rusmiddel |
| FAS | Fetal Alcohol Syndrom |
| FASD | Fetal Alcohol Spectrum Disorder |
| NAS | Neonatal Abstinenssyndrom |
| Lar | Legemiddelassistert rehabilitering |
| Fact | Flexible Assertive Community Treatment |
| STC | Systematic Text Condensation (Norsk: Systematisk tekstkondensering) |
| Fo | Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernpedagoger, vernepleiere og velferdsvitere |

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUKSJON | 11 |
| 2. TIDLIGERE FORSKNING | 12 |
| 2.1 STUDIENS HENSIKT OG FORMÅL | 14 |
| 2.2 PROBLEMSTILLING OG TILHØRENDE FORSKNINGSSPØRSMÅL | 15 |
| 2.3 AVGRENSING AV OPPGAVEN | 16 |
| 2.4 OPPGAVENS STRUKTUR..... | 16 |
| 3. OPPGAVENS KONTEKST..... | 17 |
| 3.1 SANDNES KOMMUNE OG AVDELING RUS OG AVHENGIGHET | 17 |
| 3.2 HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN § 10-3..... | 18 |
| 3.3 VEILEDER OM TVANGSTILTAK..... | 19 |
| 4. TEORETISK PERSPEKTIV | 20 |
| 4.1 TERMINOLOGIFORSTÅELSE..... | 21 |
| 4.2 SOSIALT ARBEID..... | 24 |
| 4.3 AUTONOMI | 26 |
| 4.4 RELASJONENS BETYDNING I SOSIALT ARBEID..... | 26 |
| 5. FORSKNINGSMETODE | 27 |
| 5.1 INNSAMLING AV TEORI..... | 29 |
| 5.2 INTERVJU..... | 29 |
| 5.2.1 Utvalg av informanter | 30 |
| 5.2.2 Gjennomføring av intervjuer | 31 |
| 5.3 TRANSKRIBERING..... | 34 |
| 5.4 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER..... | 35 |
| 5.5 RELIABILITET OG VALIDITET | 35 |
| 5.5.1 Validitet | 36 |
| 5.5.2 Reliabilitet | 36 |
| 5.6 FORDELER OG ULEMPER MED VALGT METODE | 37 |
| 5.7 BEARBEDRING OG ANALYSE AV DATA..... | 38 |
| 5.7.1 Helhetsinntrykk..... | 38 |
| 5.7.2 Meningsbærende enheter..... | 39 |
| 5.7.3 Kondensering..... | 39 |
| 5.7.4 Syntese | 39 |
| 6. RESULTAT AV ANALYSE..... | 40 |
| 6.1 GRAVIDE KVINNERS SÅRBARHET | 40 |
| 6.1.1 Oppsummering av funn..... | 44 |
| 6.2 DELTAKELSE OG MEDVIRKNING I EGEN PROSESS | 44 |
| 6.2.1 Oppsummering av funn..... | 46 |
| 6.3 RELASJONEN OG TRYGGHET I SAMARBEIDET | 46 |
| 6.3.1 Oppsummering av funn..... | 49 |
| 7. DRØFTING | 49 |
| 7.1 HVORDAN OPPLEVER GRAVIDE RUSMIDDELAVHENGIGE DEN INFORMASJONSFLYTEN DE MÅ FORHOLDE SEG TIL I MØTE MED DEN KOMMUNALE RUSOMSORGEN?..... | 49 |
| 7.2 HVORDAN OPPLEVER GRAVIDE RUSMIDDELAVHENGIGE SAMMENHengen MELLOM FORVENTNINGER OG AUTONOMI I KONTAKTETABLERINGSFASEN?..... | 53 |
| 7.3 PÅ HVILKE MÅTER HAR RELASJONEN MELLOM GRAVIDE RUSMIDDELAVHENGIGE OG SOSIALARBEIDER BETYDNING FOR BEHANDLINGSFORLØPET?..... | 56 |

| | |
|---|-----------|
| 8. AVSLUTNING | 59 |
| 8.1 KONKLUSJON | 60 |
| 8.2 AVSLUTTENDE ORD..... | 61 |
| REFERANSER..... | 62 |
| VEDLEGG | 69 |
| VEDLEGG 1: INFOSKRIV TIL INFORMANTER..... | 69 |
| VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA TIL INFORMANTER | 72 |
| VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE | 73 |

1. Introduksjon

Graviditeten er en betydningsfull periode i alle gravide kvinners liv. Det er i denne perioden man forberede seg til å bli mor. Den psykologiske graviditetsprosessen består av flere endringer og tilpasningsprosesser, slik at man er klar for å ta imot det kommende barnet. Dette omtales også som mødringsprosess (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Som gravid er det flere ting man må forholde seg til i henhold til egen helse og barnets helse, denne mødringsprosessen skjer gjennom flere faser i graviditeten (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Når det blir stadfestet graviditet og man kommer i kontakt med det offentlige helsevesenet, så har de ansvar å tilby den gravide åtte svangerskapskontroller som et frivillig tilbud. Hvor den enkelte kvinnen ønsker oppfølging er valgfritt, og det er mulig med oppfølging hos fastlegen, jordmor, helsestasjonen eller gynekolog (Helsedirektoratet, 2018).

Hvilke problemstillinger oppstår når man er gravid og har rusmiddelavhengighet i tillegg? Først og fremst er det viktig å tydeliggjøre at rusmiddelavhengighet og graviditet ikke er forenelig med hverandre (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Det å ha en rusmiddelavhengighet i seg selv er stigmatiserende, men å være gravid i tillegg til å ha en rusmiddelavhengighet byr på nye utfordringer. Gravide med rusmiddelavhengighet kan i starten ha vansker med å omstille seg fra å ha hovedfokus på seg selv og rusen til å følge opp det fosteret har behov for. Flere gravide med rusmiddelavhengighet oppdager at de er gravide sent ut i svangerskapet, og når symptomer på svangerskap oppstår døyver de bare med mer og hyppigere rusing, noe som kan fører til dårlig skyldfølelse (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Dårlig skyldfølelse er en av årsakene til at rusing oppstår (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Samtidig er det også viktig å huske på at enten om man har eller ikke har en rusutfordring når man er/blir gravid ønsker de fleste som oppdager graviditet å ivareta fosteret (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 39).

Når det blir oppdaget graviditet av en kvinne som har en rusmiddelavhengighet har instanser som barnevernet, jordmortjenesten, fastleger og politi meldeplikt til den kommunens helse- og omsorgstjeneste (Lorvik & Hansen, 2021, s. 231). Kommunen har etter Helse- og omsorgstjeneste loven kapittel 10 ansvar for å følge opp gravide kvinner med en rusmiddelavhengighet og kvinner hvor det er mistanke om en rusmiddelavhengighet. Det er ikke før ansvarsfordelingen i den kommunale helsetjenesten er fullført at kvinnen blir kontaktet.

Prosessen er laget for å skjerme kvinnen for å måtte forholde seg til flere instanser og personer på en og samme tid i løpet av en kort tidsperiode. Når den gravide kvinnen blir kontaktet av den kommunale helsetjenesten, får hun informasjon instans(er) og hvilken (sosialarbeider) hun skal forholde seg til videre i svangerskapet. Det er denne fasen studien skal omhandle: hvordan man kan ivareta de gravide med rusmiddelavhengighet og samtidig opprettholde et rusfritt svangerskap.

2. Tidligere forskning

Et dypdykk inn i sekundær data knyttet til gravide rusmiddelavhengige, viser at forskningen er mangelfull. Mye av den forskningen som er tilgjengelig har et generelt svangerskapsfokus, herunder fokus på fosterets utvikling og hvilke konsekvenser fosterets tilstand medfører dersom mor inntar rusmidler under svangerskapet. Faglige veiledningsskriv, som “Fagteam rus: iverksettelse av kontaktetablering og hjelpetiltak for gravide rusmiddelavhengige, eller ved mistanke om rus og graviditet”, i veileder for “Fagteam rus: samarbeidsrutine med jordmor og helsesøster ved graviditet og rus” og i ressurshefte for kommunene “Hjelp til gravide og småbarnsfamilier med problematisk bruk av rusmidler”, har et begrenset fokus på hvordan gravide med rusmiddelavhengighet selv opplever denne fasen. Det blir også veldig tydelig når man gjennomfører et dypere søk i det norske lovverket som blir anvendt av helsepersonellet. Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 er det lovverket som brukes i denne sammenheng har fokus på hvordan helsetjenesten skal bidra til å best ivareta fosteret, og det vektlegges ikke hvordan den gravide rusmiddelavhengige skal bli ivaretatt.

Til tross for at det foreligger begrenset med litteratur om gravide med rusmiddelavhengighet med fokus på kvinnen, er det enkelte studier som er relevante til studien. I 2019 ble det publisert en forskningsartikkel med mer fokus på kvinner og rusmiddelavhengighet i svangerskapet er Jennette McGrory, Jan Breckenridge og Jane Mowll. Forskningsartikkelen bygger sitt teoretiske bakteppe i en casestudie som omhandler engasjementet mellom sosialarbeiderne og kvinner som bruker alkohol og andre rusmidler under svangerskapet. Studien er fra perioden 2000-2016. Studien fremhever utfordringer og muligheter ved å engasjere, inkludere og imøtekomme behov for kvinner med rusmiddelavhengighet under og etter graviditet, gjennom endring, individuelle

behandlingsplaner, koordinering og god samhandling mellom sosialarbeideren og bruker (McGrory, Breckenridge & Mowll, 2019).

En annen relevant forskningsartikkel som ble publisert i 2017 ble skrevet av Monica Nordenfors og Ingrid Hojer. Denne studien har fokuset rettet mot gravide kvinner som har rus og alkoholmisbruk kombinert med støtten de mottar under graviditeten og tidlig barndom. I denne studien er det 17 kvinner som blir intervjuet mellom 21- og 40 år i en tidsperiode fra 2009-2010. Studien viser til stigmatisering av kvinner med rusmiddelavhengighet og lav selvtillit blant denne klientgrupper. Slike funn har en enorm betydning for hvordan man imøtekommer og utformer støtte basert på kvinnene sine behov. Det å vise respekt og ikke være fordomsfull når man arbeider som sosialarbeider med denne klientgruppen har vist seg til et vellykket oppdrag (Nordenfors & Hojer, 2017).

Borgestadklinikken gjennomførte i perioden 2011-2014 en kartleggingsundersøkelse blant kvinner innlagt på tvang ved Borgestadklinikken. I undersøkelsen ser man at lovens sekundærmål ble til en viss grad oppnådd. 74 % av de som fullførte svangerskapet og som var innlagt på tvang fortsatte i videre behandling. Undersøkelsen viser også barna som ble født under mors opphold på Borgestadklinikken hadde en gjennomsnittlig fødselsvekt, når mor hadde et opphold på mer enn 20 uker før fødsel. Av 39 kvinner beholdt 26 (67 %) omsorgen for barna sine etter fødsel, hvor 81 % var førstegangsfødende (Kristiansen, 2015, s.7). Artikkelen til Hanan Koleib (2012) viser til at flere internasjonale undersøkelser tilsier at bruken av tvang kan gi gode resultater og være et godt alternativ til behandling, det er avgjørende at kvaliteten på behandlingen, innholdet og oppfølgingen i etterkant av et tvangsvedtak har en stor betydning.

Ved å innhente primærdata fra kvinner som har vært gravide og som har vært i kontakt med den kommunale rusomsorgen er det mulig å analysere hva som har fungerte i oppfølgingen og hva som kan forbedres, videreutvikles og bygges videre på. Analyseringen kan bidra til å gi sosialarbeidere en informert forståelse og kunnskap om hvordan det oppleves fra posisjonen til gravide rusmiddelavhengige. Dette kan bidra til at sosialarbeidere kan utføre arbeidsoppgaver på

en måte som er mer tilpasset kvinnene som går gjennom prosessen. I tillegg hvor det skal være mulig å forholde seg til sosialarbeiderens profesjon, og lovverket som er designet for å ivareta en trygg utvikling for fosteret.

2.1 Studiens hensikt og formål

På bakgrunn av den manglende mengden av forskning på hvordan gravide rusmiddelavhengige opplever kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen, foreligger det et behov for mer data på dette området. Denne studien skal være et forsøk på å tilføye mer forskning på kontaktetableringen mellom gravid som har en rusmiddelavhengighet og den kommunale rusomsorgen, og vise til hvordan prosessen for oppfølging kan endres og forbedres.

Studiens hensikt og formål er at den kommunale rusomsorgen skal få en bedre forståelse om hvordan sosialarbeideren kan bistå og hjelpe gravide kvinner med rusmiddelavhengighet.

Hensikten er å undersøke hvordan gravide med rusmiddelavhengighet opplever kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen og hvordan sosialarbeiderne kan hjelpe dem til å ha en opplevelse av kontroll over egen autonomi. Det skal belyses hvordan kvinner opplever overgangen i henhold til sin egen autonomi samtidig adressere hvordan den blir ivaretatt. Dette skal sees i sammenheng med lovverk og tiltak, hvor dette kan oppleves som krevende å forholde seg til, på tross av hensikten. Gjennom å øke og formidle en kunnskap til sosialarbeidere i den kommunale rusomsorgen, vil dette gi en meningsfull hjelp og et forbedret grunnlag når man skal bistå kvinner som er gravide med rusmiddelavhengighet.

Bakgrunnen for at jeg har valgt å få mer kunnskap om gravide med rusmiddelavhengighet og deres opplevelse av hjelpeapparatet under graviditeter, er basert på min arbeidserfaring i den kommunale helsetjenesten. I den forbindelse er avd. rus og avhengighet tildelt et formelt mandat og ansvar for å bistå gravide med en rusmiddelavhengighet i kommunen, og sikre at fosterets/barnets fysiske og psykiske helse er ivaretatt. Mestringsenheten ved Avd. rus og avhengighet er tildelt ansvar for å følge opp kvinner som blir gravide, samt ha et overordnet ansvar for å koordinere med andre instanser i helsetjenesten. Det har vært gjennom min arbeidserfaring at jeg har sett hvordan kvinner opplever manglende kontroll av sin egen autonomi når de blir plassert inn i et system. Det er flere instanser som den gravide

rusmiddelavhengige må forholde seg til, noe som kan være krevende for enhver gravid uavhengig av problemer med rusmiddelavhengighet. Det blir nevnt i rapporter og veiledere at den kommunale rusomsorgen skal prøve så langt det er forsvarlig å gi frivillige hjelpetiltak, da i henhold til oppfølging.

2.2 Problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål

I forhold til nevnt formål og hensikt med studien, så vil studiens problemstilling være følgende:

“Hvordan opplever gravide kvinner med rusmiddelavhengighet kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen?”

I et forsøk på å spesifisere forskningsstudien så vil problemstillingen opptre som et overordnet spørsmål, mens tilhørende forskningsspørsmål vil gi studien mer dybde. De tre forskningsspørsmålene vil bidra til å gi mer innsikt som danner et bredere grunnlag videre i diskusjonen. Forskningsspørsmålene er som følgende:

1. Hvordan opplever gravide rusmiddelavhengige den informasjonsflyten de må forholde seg til i møte med den kommunale rusomsorgen?
2. Hvordan opplever gravide rusmiddelavhengige sammenhengen mellom forventninger og autonomi i kontaktetableringsfasen?
3. På hvilke måter har relasjonen mellom gravide rusmiddelavhengige og sosialarbeider betydning for behandlingsforløpet?

Forskningsspørsmålene har som mål å få frem hvordan praksis oppleves fra gravide rusmiddelavhengighet sitt perspektiv. Forskningsspørsmålene skal videre ta hensyn til de opplevelsene og erfaringene de informantene sitter med, for å kunne diskutere videre arbeidsmåter for den kommunale helseomsorgen og andre instanser for øvrig.

Dersom studien viser i retning av at kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen ikke svarer til de forventningen man antar, vil det stilles spørsmål til om veiledere og retningslinjer i den kommunale rusomsorgen er tilpasset det behovet som det er ment å dekke opp for. Hvilken betydning har det for den gravide og den kommunale rusomsorgen, i henhold til helsetjenestene og tjenestene vi tilbyr gravide kvinner med rusmiddelavhengighet? Studiens hypotese er at

kjennskapet til problemstillingen er nødvendig for å kunne tilby tjenester av god kvalitet og trygghet for gravide med rusmiddelavhengighet. Ved å studere nærmere denne overgangen for kvinnene, vil det kunne gi kunnskap om hvordan sosialarbeidere kan gi helsehjelp og veiledning på en bedre måte enn det som gjøres i dag.

2.3 Avgrensing av oppgaven

Ut fra studiens problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål er studien avgrenset til å omhandle gravide rusmiddelavhengige og kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen. Tid og kapasitet gjør det nødvendig med avgrensing i oppgaven. Omfanget av gravide rusmiddelavhengige som har vært i kontakt med kommunalrusomsorgen er for stor til å kunne gi et bilde av hvordan hver og en opplever det. Det er derfor tatt en beslutning som innebærer å intervju fire kvinner som har vært eller er gravid, og har erfaring med oppfølging fra den kommunalrusomsorgen. Det primære fokuset i intervjuet vil være startfasen av kontaktetableringen, men berører også litt lengre oppfølgingsprosess. Avgrensningen er satt på grunnlag av erfaring i arbeid med gravide som har en rusmiddelavhengighet.

2.4 Oppgavens struktur

Innledningskapittelet presenterer bakgrunn og hensikten med studien, samt sentrale avgrensinger. I dette kapittelet presenteres også studiens problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål. I neste kapittel skal oppgavens kontekst presenteres med en presentasjon av Mestringsenheten i tillegg til relevant lovverk. I oppgavens teorikapittel så vil det teoretiske grunnlaget for oppgaven presenteres. Dette vil skje i form av en redegjørelse av terminologi i tillegg til en presentasjon av relevante teorier.

Det metodiske kapittelet i denne oppgaven skal ta for seg en beskrivelse av den forskningsteoretiske tilnærmingen som har blitt brukt, og forskningens reliabilitet og validitet skal redegjøres for. Videre skal kapittel seks ta for seg en presentasjon av den innsamlede empirien. Dette skal videre diskuteres i kapittel sju som er et diskusjonskapittel med fokus på å drøfte relevant teori med innsamlet empiri. Resultatet og konklusjonen av oppgaven blir presentert i det åttende kapittelet, som skal opptre som en avslutning på oppgaven.

Til slutt foreligger det en litteraturliste som viser en oversikt over den litteraturen som har blitt brukt i denne oppgaven.

3. Oppgavens kontekst.

3.1 Sandnes kommune og avdeling rus og avhengighet

Sandnes kommune er en by og en kommune på Nord- Jæren i Rogaland Fylke. Sandnes kommune er Norges syvende største by, med 80 213 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, u.å). Mestringsenheten ble etablert i Sandnes kommune, og har i overkant av ti år tilbudt sine innbyggere som har utfordringer med rus- og psykisk helse. Mestringsenheten har et variert tilbud til voksne innbyggere. Tilnærmingen til mestringsenheten er recoverybasert tilnærming til innbyggeren slik at de kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, på tross av sine helseutfordringer. Recoverybasert tilnærming har fokus på personen, ikke helseutfordringene, det å se mennesket er et viktig element i bedringsprosessen til den enkelte for å kunne skape myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål i eget liv (Sandnes kommune, u.å). Mestringsenheten har som mål å bistå innbyggere i Sandnes kommune med og nå sine mål gjennom å støtte innbyggerne i sine egne endringsprosesser (Sandnes kommune, u.å). Avdeling rus og avhengighet er en av syv underavdeling, og det er denne tjenesteavdeling som er relevant for denne studien. Avd. Rus og avhengighet gir hjelp til innbyggere over 18 år, som har rusutfordringer eller utfordringer knyttet til andre avhengigheter. Avdelingen har blant annet ansvar for kartlegging, behandling, oppfølging og koordinering av hjelpetiltak og innsøking til tverrfagligspesialisert rusbehandling. I tillegg har avdelingen ansvar for Lar utdeling, vurdere tvangsvedtak etter Helse og omsorgstjenesteloven § 10-2 og § 10-3, samt oppfølging av gravide som har/ eller har hatt en rusutfordring. Om hjelpetiltakene ikke overholdes blir det vurdert av avd. rus og avhengighet om kvinnene må til Rogaland A-senter ved avdeling gravide og småbarnsfamilie for å kunne opprettholde et rusfritt svangerskap. Rogaland A-senter ved avdeling gravide og småbarnsfamilie er en skjermet avdeling for gravide rusmiddelavhengige plassert etter HOT § 10-3. På denne avdelingen er målsettingen for tilbudet å gjennomføre et rusfritt svangerskap, øke bevisstheten rundt graviditeten og rusutfordringer og skape en evne til mestring av utfordringer knyttet til rus og psykiske helseutfordringer. Under

oppholdet vil Rogaland A-senter er det fokus på relasjonen mellom foreldre og barn, styrke ALM ferdigheter og lage gode planer for tiden etter utskrivning i samarbeid med førstelinjetjenesten (Rogaland – A senter, u.å).

3.2 Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 stadfester kommunens ansvar for å følge opp gravide kvinner med rusmiddelavhengighet. Denne loven gir muligheten til å vedta at en gravid rusmiddelavhengig kan legges inn på en institusjon og holdes tilbake der uten eget samtykke. Dette er et vedtak som kan innføres dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlighet for at barnet vil bli født med skade og frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige (Kristiansen, 2015, s. 9). Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 har noe særdeles særnorsk preg over seg i henhold til andre nasjoner. Denne loven gjør at behandlingstilbud og bruk av tvang overfor gravide rusmiddelavhengige skiller seg ut fra andre nasjoner (Koleib, 2012, s. 31). Det er den kommunale helsetjenesten gjennom den kommunale rusomsorgen som kan fatte midlertidige tvangsvedtak. Den gravide rusmiddelavhengige kan bli innlagt for hele svangerskapet, hvor vedtaket skal revurderes hver tredje måned. Denne vurderingen skal redegjøre for hvorvidt det fremdeles foreligger et lovmessig grunnlag for tvangsinnleggelse på institusjon. Fristen må overholdes av kommunen ellers faller grunnlaget for vedtaket (Kristiansen, 2015; Lundeberg, Mjåland, & Søvig, 2014, s. 9). Ved å bruke lovgivning som grunnlag for vedtak, foreligger det muligheter til å forbedre utviklingsmulighetene og vilkår for det ufødte barnet til gravide kvinner med rusmiddelavhengighet. Noen vedtak gjelder frem til barnet er født, mens det kommer inn nye vedtak som kan innføres dersom barn trenger beskyttelse mot rus i fremtiden.

Hensikten med tvangsloven er at den primært skal verne om fosterets helse, samt motivere kvinnen til behandling for rusmiddelavhengigheten. I tvangsloven presiseres det at kvinnen skal tilbys behandling for sin rusmiddelavhengighet under oppholdet og få hjelp til å bli i stand til å gi god nok omsorg til barnet (Kristiansen, 2015, s.11). For noen gravide med rusutfordringer under svangerskapet er tvang den eneste løsningen for å beskytte det ufødte barnet mot rus, fordi Lov om barneverntjenester (barnevernloven) kan kun tre i kraft når barnet er født. Barneloven og barnevernsloven trer i kraft etter at barnet er født og har som formål å sikre at barn og unge vokser opp under trygge vilkår, samt at barnet får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid dersom

de bor under forhold som kan skade deres utvikling og helse (Barnelova, 1982; Barnevernloven, 1992). Det er anbefalt overfor de gravide å samarbeide med barnevernet før fødsel, men det avhenger av om den gravide samtykker til at barnevernet kan starte undersøkelse før fødsel og tilrettelegge for tiltak etter fødsel (Kristiansen, 2015; Lundeberg et al., 2014, s. 11).

Bruk av tvang på mennesker er et stort og alvorlig inngripe i menneskes liv (Helsedirektoratet, a, s. 11). Men når misbruket ikke avsluttes ved hjelp av frivillige hjelpetiltak må hjelpen endres, og man må bistå den gravide. Samtidig er det viktig når kommunen vurderer tvangsvedtak som nødvendig, i tilfeller hvor omfanget er såpass alvorlig og det er knapt med tid, påser at prosessen blir håndtert raskt, men i et forsvarlig tempo slik at man verner om fosterets helse på en best mulig riktig og forsvarlig måte (Kristiansen, 2015, s. 9).

3.3 Veileder om tvangstiltak

Offentlige føringer og lovverk vektlegger flere sentrale prinsipper, når det gjelder gravide kvinner med rusmiddelavhengighet. Sandnes kommune har i samarbeid med Stavanger kommune og Stavanger universitetssykehus utarbeidet et behandlingsforløp for gravide med rusmiddelavhengighet. Utgangspunktet for behandlingsplanen er helse- og omsorgstjenesteloven. Bakgrunnen for utarbeidelse av behandlingsforløpet er å gi tidlig hjelp til gravide med rusmiddelavhengighet, for å kunne beskytte fosteret mot mors skadelige rusmiddelbruk. Formålet er å forhindre eller begrense sannsynligheten for at fosteret ikke blir påført skade av mors rusmiddelavhengighet, samt gi klarhet i ansvarsforhold og tilby den gravide de nødvendige koordinerte tjenestene som er tilgjengelig. Hensikten med en slik veileder er å bistå sosialarbeidere og andre helsearbeidere i å bli trygge i arbeidet med denne målgruppen, er lære å kunne respektere hverandres roller og ansvar. I tillegg skal de bistå til at et tverrfaglig samarbeid som skal kunne gi de gravide rusmiddelavhengige et helhetlig tilbud (Sandnes kommune, 2020). Det er også utarbeidet samarbeidsrutiner med jordmortjenesten og Avd. rus og avhengighet. Dette er på bakgrunn av at jordmortjenesten er en viktig samarbeidspartner i oppfølging av den gravide rusmiddelavhengige. Da er det vesentlig og ha oversikt over de rutiner som legger føringer i dag. I disse samarbeidsrutinene fremlegges det hvilken instans som har de ulike rollene når det blir stadfestet rusmisbruk av gravide (Sandnes kommune, 2020).

Et sentralt element i det teoretiske perspektivet for denne studien er helse- og omsorgstjenesteloven. Dette er et viktig lovverk som danner grunnlaget for flere vedtak og tiltak for gravide kvinner med rusmiddelavhengighet. I studiens relevans vil hovedsakelig kapittel 10 bli redegjort for, da det handler om bestemmelser som særlige tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Helsedirektoratet sin “Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer” vil derfor komme til nytte som et teoretisk bidrag. Denne veilederen bidrar til å vise helsepersonell hvordan man skal utføre riktig bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelavhengigheter i henhold til lover og forskrifter (Helsedirektoratet, a, s. 2).

Helsedirektoratet har utarbeidet en veiviser for helsepersonell som arbeider i svangerskapsomsorgen. Denne skal brukes av de som følger opp gravide, og skal være en veiviser for at barnet skal få den beste starten på livet. Hensikten med denne veiviseren er å gi helsepersonell en mulighet til å hjelpe kvinner som er gravide med å ha samtaler om levevaner. Dette skal kunne gi den gravide kvinnen autonomi til å ta selvstendige valg tidlig i graviditeten. På den måten skal helsepersonell bidra til økt motivasjon til å ta informerte valg, som skal redusere risikoen for å skade fosteret gjennom graviditeten. Den tidlige samtalen med kvinnen skal skape trygge rammer med forutsetning om et rusfritt svangerskap, ved å anvende motiverende samtaler/motiverende intervju (MI) (Helsedirektoratet, b, s. 6-7). Problemstillinger som tas opp i veiviseren er relevant for studiens forskning, da det settes lys på kvinnens manglende velvilje til å ta de valgene som helsepersonell mener er riktig. Det er i slike tilfeller det er utfordrende for helsepersonell å kunne gi kvinnen den autonomien de ønsker, samtidig som de skal beskytte fosteret i svangerskapet (Helsedirektoratet, b, s.8-10). I hvilke tilfeller helsepersonell skal overta styringen, og hvordan kvinnen opplever den type situasjon, er noe som skal bli videre diskutert i studien.

4. Teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektivet i oppgaven skal bidra til å danne et grunnlag for forståelse. Denne forståelsen skal gjøre det mulig med refleksjon og drøfting av innhentet forskningsmateriale.

Ved å bruke ulike teorier, samt grunnleggende lover og regler innenfor norsk helsevern, skal det være mulig å besvare den nevnte problemstillingen. En del av det teoretiske perspektivet er allerede blitt hentet inn, og vil kort bli redegjort for videre i teksten.

4.1 Terminologiforståelse

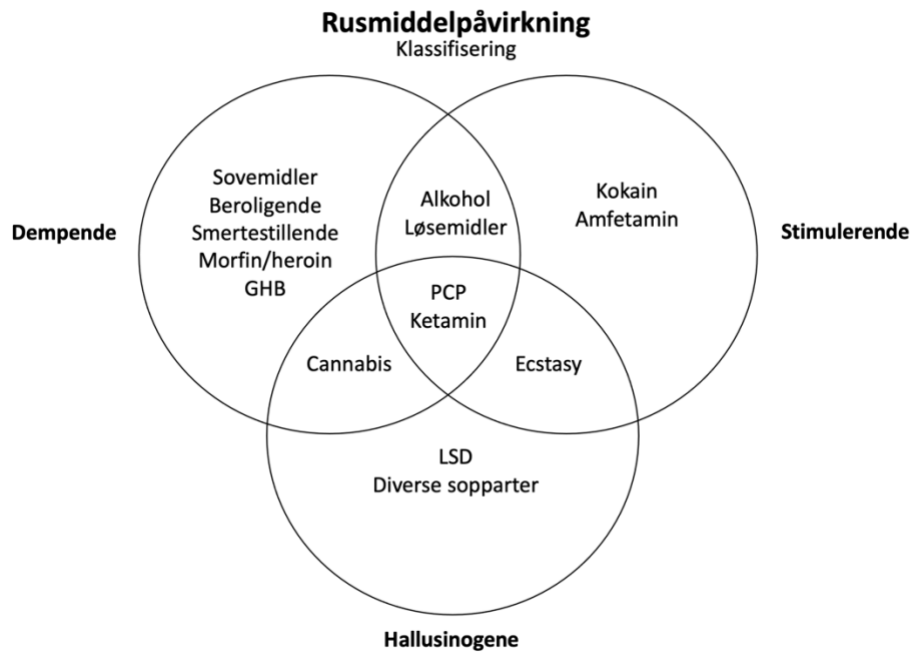
Graviditet

En graviditet varer i cirka 283 dager som tilsvarer omtrent 40 uker, og blir delt inn i første-, andre- og tredje trimester (Blaas & Eik-Nes, 2017, s. 237-238). Når kvinner blir gravide, går kvinnens kropp gjennom store endringer. Graviditeten fører til fysiske endringer på nyrene, hjertet, urinveiene, kretsløpet, skjelettet, respirasjonssystemet, immunologi, blodet og muskulaturen. I tillegg fører graviditeten til psykologiske- og kognitive endringer, som påvirker atferden (Backe, 2010). Når et barn blir unnfanget, starter utviklingen av barnet. Barnet utvikler seg raskt hvor følgende uker blir understreket som holdepunkter i svangerskapet: i uke fem begynner hjertet å slå, i uke ni har hjertet fire kamre og ansiktet begynner å forme seg, i uke tolv vurderes fosteret som et menneske, og de seks siste månedene vokser og modner fosteret seg (Blaas & Eik-Nes, 2017, s. 239-242).

Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet kan forklares som en psykisk- og fysisk forstyrrelse som innebærer en økt toleranse for substanser (rusmidler) over tid. Dette medfører til stadig økning av dosering for å oppnå samme effekt som ved første dose. WHO sitt offisielle diagnosesystem International Classification of Diseases (ICD) brukes som et diagnosesystem og verktøy for å kunne diagnostisere en psykisk lidelse. Dette verktøyet definerer rusmiddelavhengighet (ICD:10) som et avhengighetssyndrom som fremheves av kriterier der tilstanden er preget av et spekter av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener (Helsedirektoratet, e, 2011). Avhengighet medfører en fysisk abstinens, når man ikke tilfører kroppen den substansen som kroppen ønsker, samt at bruken av slike substanser blir prioritert høyest i henhold til andre forpliktelser eller aktiviteter (Helsedirektoratet, e, 2011). Ved kortvarig inntak gir det følelsen av velvære, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse og læringsevner samt nedsatt evne til kritiske vurderinger og økt impuls kontroll. Ved langvarig bruk av rusmidler, blir det til slutt en «normal» i nervesystemet (Brandt & Grenvik, 2010, s. 23).

Rusmidler kan deles opp i tre kategorier; dempende, stimulerende og hallusinogene.



Figur 1, (Brandt & Grenvik, 2010).

Gravide rusmiddelavhengige

Det er ikke ofte man hører om kvinner med rusmiddelavhengighet som planlegger graviditet. De fleste kvinner som driver med aktiv rusing vet hva som innebærer om man blir gravid og evt. hvilke konsekvenser det kan medføre det ufødte fosteret. Kvinner som lever i et miljø hvor aktivt og tungt inntak av rusmidler er tilfellet, viser forskning at dette er et miljø som bærer preg av psykologisk stress, infeksjonsfarer og dårlig ernæring. Når slike faktorer preger kvinnens liv kan det medføre at menstruasjonssyklusen kan bli uregelmessig og i noen tilfeller utebli. Dette kan resultere i uforutsette graviditeter oppstår på bakgrunn av manglende prevensjon eller oppfattelse om at det ikke er mulig å bli gravid ved langvarig bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, c, s. 38). Et svangerskap hos en kvinne med rusmiddelavhengighet blir ansett som et høyrisikosvangerskap som krever tett oppfølging i-, under- og etter svangerskapet sammenliknet med det som anbefales i et ordinært svangerskap- og barselforløp (Koleib, 2012, s. 28). Denne gruppen gravide kvinner vurderes som å ha høyere risiko for komplikasjoner i svangerskapet og ved fødsel som følge av rusmisbruk. Det kan medføre abort, dårlig fødselsvekt, veksthemning

generelt, hjerneskader, for tidlig fødsel, barnet kan etter fødsel ha utfordringer med regulering av kroppstemperatur, sugevansker, høy irritabilitet og gråt (Brandt & Grenvik, 2010, s. 46).

Ruseksponering under svangerskapet er en av mange risikofaktorer som kan påvirke barns utvikling. Derfor er det en vanlig praksis og plassere rusmiddelavhengige under døgnbehandling hvor de overvåkes, støttes og stabiliseres gjennom alternativ medisinering (Lar), eller hjelp til avholdenhet gjennom urinprøvekontroll, nedtrappingsregime og støttesamtaler (Brandt & Grenvik, 2010, s. 46).

Bruk av rusmidler i svangerskapet og konsekvenser for barnet

Det er ingen tvil i at bruk av rusmidler under svangerskap kan medføre stor fare og risiko for fosteret, i henhold til normal utvikling og overlevelse. Det som er vanskelig er å avgjøre hvilke rusmidler og hvor store mengder inntak og i hvilke trimestere som er mest skadelig for fosteret. Videre vil det bli redegjort for hva forskning sier om de ulike rusmidlene og hvilke konsekvenser det har for det ufødte barnet når det er inntak av alkohol, opioider og andre rusmidler gjennom svangerskapet. Bakgrunnen for å fremheve disse rusmidlene er å tydeliggjøre for en gravid rusmiddelavhengig skadene det kan medføre fosteret ved inntak av rusmidler i svangerskapet. Samt hvordan vi som sosialarbeidere kan bistå å hjelpe mor ved å tilby behandling.

Forskning viser at alkohol anses å være det rusmidlet som har størst skadepåvirkning på fosteret. Når den gravide konsumerer alkohol, deler hun det med fosteret (Helsedirektoratet, b, s. 15). Det er ikke kjent hvor mye alkohol som må inntas (nedre grense) før det eventuelt kan gi skade på fosteret. Det er heller ingen studier som tilsier hvor mye alkohol som gir skade, men det er noen holdepunkter som tilsier at mindre enn 12 gram alkohol, som tilsvarer cirka en enhet, kan påføre skade på fosteret (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 42). Det kan derfor konkluderes med at det på ingen tidspunkt under graviditeten er trygt å innta alkohol (Helsedirektoratet, b, s. 15). De skadene fosteret får av alkohol under svangerskapet er veldokumentert i flere rapporter, artikler og veiledere. Fetal Alcohol Syndrom (FAS) og Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) er betegnelser for funksjonsnedsettelse og skader på sentralnervesystemet som har oppstått hos barn som følge av mors bruk av alkohol i svangerskapet (Helsedirektoratet, b, s. 15).

Opioider er stoffer som skaper en rask rusvirkning, sløvhet og velbehagfølelse, hvor avhengigheten skapes fort og toleransen er betydelig. Abstinensene kan derfor være svært

kraftige, hvor de ikke avtar før etter et par dager (Nordlie, 2000, s. 62). Forskning viser at kvinner som misbruker opioider under svangerskapet, har en betydelig høyere risiko for å spontanabortere, det kan føre til en for tidlig fødsel, risikoen for krybbedød øker og barnet kan få lav fødselsvekt (Kompetansesenter rus, 2014, s. 21). Spesielt heroinmisbrukere er ofte hardt nedkjørt, har ernæringsforstyrrelser, kraftige abstinensperioder og høy risiko for overdose. Slike faktorer forsterker risiko for komplikasjoner underveis i graviditeten eller ved fødsel, som surstoffmangel hos fosteret som kan føre til død eller hjerneskader på barnet, Neonatalt Abstinenssyndrom (NAS) (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 47; Nordlie, 2000, s. 62). NAS er en tilstand som oppstår i løpet av de første 72 timene etter barnet er født av den årsak av at det er lang halveringstid på de rusmidlene eller medikamentene som mor har tatt gjennom svangerskapet (Helsebiblioteket, u.å). Det er samtidig vesentlig for helsepersonell å være informert om at når kvinner med slike avhengigheter oppdager graviditeten at det ikke blir en brå stopp av opioider. Det kan i enkelte tilfeller skape en reaksjon i livmor, hvor livmoren får mangel på oksygentilførsel som kan medføre spontanabort eller for tidlig fødsel (Nordlie, 2000, s. 62).

Det er sjeldent en sosialarbeider som kommer i kontakt med en gravid rusmiddelavhengig som kun anvender et stoff. Personer med en rusmiddelavhengighet har gjerne et foretrukket rusmiddel, men blandingsmisbruk er gjerne det som er den mest utbredte formen for misbruk i dag (Slinning, 2004, s. 20). Denne form av rusmisbruk utvikler seg på grunnlag av brukerens desperate behov for inntak av rusmidler, får ikke bruker tak i sitt foretrekkende rusmiddel tar de i bruk det rusmiddelet som er tilgjengelig der og da. Dette medfører til et kaotisk rusinntak og ustabil rusmønster som igjen vil bidra til at behandlingen blir mer utfordrende (Slinning, 2004, s. 20).

4.2 Sosialt arbeid

Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke med en akademisk disiplin (IFSW, 2014). Det er et av få profesjoner der sosialarbeideren både skal anvende samfunnsmessig styring og kontroll samtidig som en skal anvende medmenneskelig solidaritet, slik som en gjør i barnevernet og sosiale tjenester. Dette plasserer sosialt arbeid inn i tre ulike spenningsfelt som er: 1. mellom teori og praksis, 2. mellom hjelp og kontroll, og 3. mellom individ og samfunn. Sosialt arbeid fokuserer på prinsipper om rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for mangfoldet

(FO, 2017). De tre ulike spenningsfeltene er blitt etablert for å synliggjøre at fagfeltet ikke er basert på et enkelt forhold eller en enkelt dimensjon. Sosialt arbeid skal fange opp mennesket som et individ i en gruppe i forhold til samfunnet (Levin, 2004, s. 11-15).

Interaksjonsmodellen av Lawrence Shulman er et verktøy som kan brukes innenfor sosialt arbeid hvor relasjonen mellom bruker og sosialarbeider blir belyst. Dette verktøyet skal bidra for å håndtere spenningsfeltet som sosialarbeideren befinner seg i. Denne modellen er bygget opp på tre grunnleggende antakelser (2003):

- Symbiosen mellom mennesker og omgivelser
- Blokkeringer i forhold mellom individ og mennesker
- Endringsressurser

Antakelsene danner grunnlaget for hvordan sosialarbeidere skal håndtere relasjoner med sine brukere. Modellen brukes for å få kunnskap til hvordan sosialarbeidere kan forstå relasjoner, og hvordan de skal håndtere brukere i en sosial kontekst hvor forholdet blir påvirket av en tidsdimensjon (Shulman, 2003, s. 69).

Det er vesentlig og skille mellom når man utøver hjelp og kontroll under kontrollerte og en forsvarlig måte i sosialt arbeid, samtidig som dette også er fenomener som går over i hverandre. For selv om man ønsker å hjelpe er det samtidig et kontrollaspekt i hjelpen man tilbyr (Levin, 2004, s. 13). Kontroll kan bety to ting: kontroll eller styring. I henhold til gravide rusmiddelavhengige så tar man først kontroll ved å finne ut av situasjonene til den gravide man skal følge opp, det gjør man ved å gjennomføre en samtale med den gravide, man får tatt en urinprøve for å avdekke rusinntak og hvilke rusmidler som har blitt brukt. Ved å få avdekket dette kan man tilby hjelp som er passende utfra de eventuelle funnene man har fått oversikt over og gjennom å opparbeide seg kunnskap av den gravide rusmiddelavhengige og da har kontrollen tatt styringen (Levin, 2004, s. 110). Ved å tilby hjelp til den gravide under kontrollerte forhold kan man kontrollere og raskt avdekke om den gravide inntar rusmidler i svangerskapet, slik at fosteret ikke får mer skade. De gravide kan tidvis oppleve at sosialarbeideren sitter med makten i relasjonen, da det er sosialarbeideren som har siste ordet i henhold til når ting skal skje og

avsluttes i oppfølgingen. Sosialarbeideren har muligheten til å opprette tvangsvedtak, når kvinner ikke overholder et rusfritt svangerskap, i henhold til lover, regler og retningslinjer. Enkelte gravide kan ha vansker med å forstå grunnlaget eller konteksten de egentlig befinner seg i som kan resultere i en følelse av maktovergrep, selv om intensjon til sosialarbeideren er å hjelpe den gravide med å opprettholde et rusfritt svangerskap (Levin, 2004, s. 112-113). Som sosialarbeider er det tidvis vanskelig å balansere dette spenningsfeltet da det er mennesker man skal hjelpe, hvor man skal opprette en relasjon med disse kvinnene, samtidig som man til enhver tid skal forholde seg til et loververk som ikke er tilpasset den enkelte.

4.3 Autonomi

Selvbestemmelsesrett (autonomi) blir sett på som et sentralt prinsipp i sosialt arbeid og blir i vårt samfunn ansett som en grunnleggende verdi. Herunder friheten til å ta egne valg som har betydning for eget liv og egen helse (Lundeberg et al., 2014, s.30). Det sies at å være autonom er å kunne gi seg selv lover og retten til å velge hvordan man vil leve sitt eget liv. Frihet som i likhet med autonomi kan betyr verdighet, autenticitet og uavhengighet. Begrepet autonomi betegner både evnene og en status som impliserer hvert enkelt menneskets rettigheter. Status tilkjennes på grunnlag av brukerens evne, og det å ha status som autonom er at man har autoritet til å bestemme over sitt eget liv. Dette er en status som blir tildelt det enkelte mennesket på grunnlag av å vise evner til å iverksette og kontrollere handlinger. Det å være autonom er å være selvstyrt, samt ha ansvar for sitt eget liv. Dette ansvaret er uavhengig av livssituasjon, da man til enhver tid er ansvarlig for egne handlinger (Svendsen, 2019).

4.4 Relasjonens betydning i sosialt arbeid

Relasjon kan enkelt forklares som forhold, forbindelse, sammenheng og samhörighet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2018, s. 91). Relasjon mellom sosialarbeideren og den rusmiddelavhengige har vist seg å være viktig i behandlingen av mennesker med rusmiddelavhengighet og kan ha en stor betydning i hvordan utfallet av behandlingen og oppfølgingen blir (Biong & Ytrehus, 2018, s.151). Når man ser på relasjonen mellom bruker og sosialarbeider bruker vi gjerne begrepet allianse i tillegg til relasjon. Allianse kan forklares med at det innebærer en positiv følelsesmessig binding, hvor både den gravide rusmiddelavhengige

og sosialarbeideren er enige om målene for behandlingen og at begge parter trekker i samme retning (Kåver, 2012). Når man kombinerer relasjon og allianse blir dette kalt en fellesfaktor, som har en stor betydning uansett hvilken terapiform som anvendes. En god relasjon mellom den gravide og sosialarbeideren forutsetter det i høyeste grad at behandleren viser den gravide oppmerksomhet, anerkjennelse og empati (Marinsen, Falkum, Haavet, & Røssberg, 2018). Et relasjonsarbeid er preget av et samarbeid hvor sosialarbeider og gravide arbeider sammen mot et felles mål og deler av sin kunnskap gjennom åpen dialog. For å få til et godt samarbeid er det viktig at det er god kjemi mellom den gravide og sosialarbeideren. Det er utfordrerne og opparbeide en god relasjon om sosialarbeider/gravid ikke liker hverandre eller ikke har kjemi (Karlsson & Borg, 2017, s. 22). Når man er i en god relasjon mellom den gravide og sosialarbeideren, forutsetter det trygghet. Sosialarbeideren sin oppgave og først og fremst å imøtekomme den gravide på en måte som oppleves forutsigbart og trygt. For å kunne oppnå dette er det vesentlig at sosialarbeideren viser interesse og ærlighet i dialogen og møtene. Den gravide kan oppleve at det blir enklere å bearbeide sine egne utfordringer i de omgivelsene hvor de oppfatter empati og medfølelse fra de rundt seg (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2018, s. 95).

5. Forskningsmetode

I dette kapitlet skal jeg presentere valg av metode og tilnæringsfokus. Valgt metode for datainnsamling skal bli redegjort for, samt beskrive hvorfor den aktuelle metoden skal kunne bidra til å belyse problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene. Videre kommer jeg til å redegjøre for undersøkelsen og intervjuprosessen. Her skal ikke bare valgt metode fremheves, men det er ønskelig og vise til den prosessen som jeg som forsker har vært gjennom, for å kunne evaluere valgt metode. Avslutningsvis skal jeg som forsker forsøke å vise til forskningsprosessen som har blitt anvendt og hvordan datainnsamling skal oppfylle krav til reliabilitet og validitet. I denne oppgaven har jeg anvendt både sekundær litteratur i form av forskningsartikler, faglitteratur, veivisere, kompetansehefter og lovverk i tillegg til primærdata som er samlet inn av forsker selv (Halvorsen, 2014, s.114).

Forskningsmetode kan defineres som en fremgangsmåte for å formidle og frembringe en kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller

holdbare. Forskningsmetode kan fortelle oss noe om hvordan vi som forskere kan gå frem for å fremskaffe oss kunnskap eller etterprøve kunnskap. Forskningsmetode er derfor et nødvendig og viktig redskap i møte med noe som vi ønsker å undersøke nærmere. Forskningsmetode bidrar til å innhente data som er vesentlig for den enkelte studien og bistår med informasjon vi trenger for å undersøke fenomenet vårt (Dallan, 2002, s.71). Når man skal foreta en undersøkelse i en studie kan man skille mellom to forskningsstrategier; en kvantitativ som er basert på talldata eller en kvalitativ metode som er basert på tekstdata. Ser man i dybden på disse to forskningsstrategiene ser man at kvantitativ metode gir en beskrivelse av funn og virkelighet i tall og tabeller, mens kvalitativ metode gir en tekstlig beskrivelse som for eksempel intervju. Kvantitativ forskningsstrategi krever en relativt stor mengde enheter, som er i motsetning til dersom man tar i bruk kvalitativ forskningsstrategi hvor antall enheter og informanter ikke er like avgjørende for fenomenet man studerer. Det som er avgjørende for hvilken forskningsstrategi man velger er forskningsspørsmålet og hva det peker mot. Det er oppgavens problemstilling som danner grunnlaget for valgt forskningsmetode (Grønmo, 2021). I denne studien er kvalitativ datainnsamling den metoden som er mest tilpasset problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål, og det er kvalitativ data som vil gi best grunnlag for å kunne besvare de spørsmålene studien stiller (Ringdal, 2018, s. 24-25).

Kvalitativ forskningsmetode er bidragsytende for å få muligheten til å gå i dybden på et fenomen, noe som er hensikten med datainnsamlingen i denne studien. Den kvalitative datainnsamlingen knyttet til intervju foregår som en casestudie hvor det er gravide kvinner med rusmiddelavhengighet som står som undersøkelsesenheter. Årsaken til valgt metode er på bakgrunn av et analytisk formål, hvor poenget ikke er å generalisere, men et forsøk på å finne særtrekk hos informanter som deltar i forskningsstudien. Data som innhentes skal deretter brukes til å diskutere oppgavens problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål i denne studien (Ringdal, 2013, s. 171). Jeg skal ta i bruk dybdeintervjuer, noe som skal gi meg et datagrunnlag for diskusjon av problemstillingen. Dette skal jeg gjøre i håp om å samle inn informasjon som kan gi mer forståelse om hvordan gravide med rusmiddelavhengighet opplever det norske helsevesenet gjennom lovverk og hjelp og støtte fra sosialarbeidere til helsearbeidere. Intervjuet skal foregå mellom meg som forsker sammen med informanten. På denne måten vil

informanten få muligheten til å være seg selv med et tilbud om å ytre sine ærlige tilbakemeldinger i et trygt miljø hvor de ikke blir påvirket av andre instanser. Den rollen jeg skal ha som forsker blir gjennom min stilling som sosialarbeider. Dette er informasjon informantene vil motta før intervjuet, hvor det nevnes at stillingen som ruskonsulent er motivasjonen for denne studien.

5.1 Innsamling av teori

I enhver forskningsoppgave er det viktig å se på tidligere forskning, både for å innhente informasjon om hva andre forskere har konkludert med, og for å implementere ulike perspektiver inn i ny forskning (Hansen, 2015). Prosessen for å videre innhente ytterligere teori, ble gjennomført ved å se på tidligere forskning på områder knyttet til rusmisbruk, kvinners velvære, autonomi og graviditet. Nøkkelen til å finne relevant sekundærdata er korrekte søk som baserer seg på det man ønsker å få informasjon om, i tillegg til å sette de riktige avgrensningene for å begrense søket (Hansen, 2015). Det ble også satt en avgrensning på søket i forhold til når forskningsdataen ble publisert. Årsaken til avgrensningen var for å snevre inn søket, i tillegg til å unngå utdatert data.

Det ble gjennomført et anvendt systematisk søk, med følgende søkeord:

Søk 1: (jordmor* ELLER svangerskap* ELLER helsestasjon*)

Søk 2: (rus ELLER rusomsorg* ELLER rusmisbruk* ELLER rusproblem*)

Begrenset søk basert på utgivelsesdato: 2014 – 2020

Nytt søk med nye søkeord:

Søk 3: (oppfølging ELLER veiledning ELLER omsorg*)

Søk 4: (gravid* ELLER svangerskap* ELLER mor ELLER mødre)

Begrenset søk basert på utgivelsesdato: 2014 – 2020

5.2 Intervju

Den kvalitative datainnsamlingen knyttet til intervju foregår som en casestudie hvor det er en avdeling i Sandnes kommune som anvendes som undersøkelsesenheter. Dette skjer på bakgrunn av

et analytisk formål, hvor poenget ikke er å generalisere, men å gå i dybden på problemstilling. Som forsker ønsker jeg å forsøke å finne uttalelser og opplevelser ved de analyseenheter som kan brukes til å forklare det utfallet jeg studerer i denne studien (Ringdal, 2013, s. 171). Dybdeintervju skal bidra til at man får en dypere forståelse (Halvorsen, 2014, s. 138). Det er et uformelt intervju, som i utgangspunktet skal være ustrukturert og skal følge samtalsens gang. Et ustrukturert intervju er en samtale mellom en forsker og en informant hvor spørsmålene og registreringen av svarene gjennomføres på en systematisk måte. Systematikken i datainnsamlingen bidro til at jeg som forsker fikk muligheten til å sammenlikne besvarelsene fra informantene (Halvorsen, 2014, s. 142). Ved å ta i bruk en metode som baseres på dybdeintervju og ustrukturert intervju så valgte jeg å følge en intervjuguide med åpne svarmuligheter. Dette ga rom for oppfølgingsspørsmål som et resultat av den pågående samtalen. Likevel var det også nyttig med en intervjuguide for å ha en struktur å forholde seg til underveis i intervjuet. Jeg la til rette for improvisering gjennom alle intervjuene, samtidig som jeg kunne bruke intervjuguiden som en plan som skulle bidra til å forsikre at jeg fikk hentet inn den informasjonen som var nødvendig knyttet til problemstillingen og forskningsspørsmålene (Ringdal, 2013, s. 244).

5.2.1 Utvalg av informanter

Utvalget i denne studien var analytisk, det vil si at jeg som forsker er opptatt av å samle inn informasjon og hvor fokuset ikke handlet om at utvalget skulle være representativt (Halvorsen, 2014, s. 155). Utvalget i studien var strategisk utvalg, hvor formålet var å oppnå høyest mulig kvalitativt innhold i den informasjonen som ble formidlet (Halvorsen, 2014, s. 164). Utvalget var basert på en teoretisk utvelgelse som blir mye anvendt i kvalitative studier og anses som en foretrukket utvalgsmetode, det var også ønskelig gjennom en teoretisk utvelgelse at alle respondentene skulle bidra med informasjon om problemstilling i henhold til studien (Halvorsen, 2014, s. 165). Som forsker og valg av tilnærming er man opptatt av å gå i dybden, for å få en helhetsforståelse samt at det primære utvalget var passende stort nok til at jeg som forsker fikk anledning til å kunne bruke tid med hver enkelt informant (Halvorsen, 2014, s. 165). Hensikten med datainnsamling var å få informasjon om hvordan gravide kvinner med rusmiddelavhengighet opplever kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen. Ved at datainnsamlingen gjennom intervju var basert på denne metoden, så ble jeg på bakgrunn av tidspress og kapasitet kun kapabel til å gjennomføre fire dybdeintervjuer. I samråd med min

veileder ble det enighet om at fire informanter skal dekke opp med utfyllende og inngående informasjon i henhold til problemstillingen (Ringdal, 2018, s. 243).

I denne studien så jeg det fordelaktig å anvende arbeidsplassen min for å innhente informanter. Informasjonsuthenting ble begrenset der hvor utfordringer vedrørende lukkede journaler og taushetsplikt medførte at det var begrenset hvem man kunne intervju og hvilken informasjon som vil være tilgjengelig. Gjennom egne observasjoner kan det gi større mulighet for å skaffe seg mer kjennskap til hvordan arbeidsplassen fungerer i henhold til problemstilling. Første steg i å få kontakt med informanter ble gjennom arbeidskollegaer. Ved å sende ut problemstilling og hvorfor det var ønskelig med informanter. Ved å anvende denne metoden for å innhente informanter fikk jeg som forsker anledning til å kartlegge tilgang til informanter (Ringdal, 2018, s. 27). Det var ønskelig å kunne intervju totalt fire kvinner. For studiens reliabilitet er det hensiktsmessig å kombinere mellom rusmiddelavhengige kvinner som er gravide på nåværende tidspunkt, i tillegg til å intervju noen som har fullført svangerskapet. Hensikten med dette er å skape et bilde av hvordan helsevesenet både oppleves på nåværende tidspunkt, i tillegg til tidligere. Antallet vil være regulert etter behov, og ettersom det skal brukes dybdeintervju vil det trolig skape nok tyngde med å velge fire kvinner.

5.2.2 Gjennomførelse av intervjuer

Målet med denne studien var å få mer kunnskap om gravide kvinners egne erfaringer i kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen. På det grunnlaget valgte jeg å ta kontakt med kvinner som har vært gravide som har eller har hatt oppfølging fra avdeling rus og avhengighet i Sandnes kommune. Når jeg kom i kontakt med mine informanter, informerte jeg om hvorfor jeg ønsket å rekruttere dem til min studie. Informantene som jeg var i kontakt med var positive til studien og problemstilling som ble lagt frem til dem. Det var tydelig at de så verdien av en slik studie, da det var nærliggende rundt egne erfaringer. Deretter ble dato satt opp for intervjuene, hvor det ble en del frem og tilbake i henhold til tidspunkt da arbeid og barnepass endret seg. Informantene var på tilbudssiden til å finne nye tidspunkt. Utvalgskriteriene for denne studien var at de enten var eller har vært gravide med oppfølging fra den kommunale rusomsorgen.

Først og fremst skal man som forsker ha grunnleggende respekt for menneskeverd. Dette er for å sikre deltakeren frivillig deltakelse, frihet og selvbestemmelse samt beskyttelse mot skade og sikre privatliv og familie, gjennom hele forskningsprosessen (Ringdal, 2018, s. 60-61). I studien tilfelle hvor utvalget er en sårbar gruppe i befolkningen, er det viktig at forskeren har et åpent sinn og legger vekk eventuelle fordommer. Utvalget som deltar i studien er kvinner som har gjennomgått belastninger over tid og har gjerne en annen synsvinkel på kontaktetablering, ettersom det var de som måtte forholde seg til kontroll og hjelpefunksjonen den kommunale rusomsorgen tilbyr.

Før intervjuer skal utføres og for at man skal oppnå et vellykket intervju er det vesentlig at vi setter oss godt inn i informanten sin situasjon. Det er vesentlig at man har kunnskap om konteksten før intervjuet, slik at forsker skal kunne stille spørsmål til informanten som oppleves relevant til studien (Thagaard, 2018, s. 94-95). Det er videre hensiktsmessig at intervjuet skal utføres i trygge omgivelser og hvor det skapes en tillitsfull og fortrolig atmosfære. I forkant av intervjuene ble informantene informert om prosessen og fikk fyldig informasjon om temaet som studien handler om. Gjennom hele intervjuprosessen forsøkte jeg å være lyttende, støttende og viste sympati slik at det kunne oppleves som en fortrolig situasjon. I tillegg var jeg oppmerksom på informantens perspektiv og kunnskap (Thagaard, 2018, s. 99). Under intervjuet benyttet jeg meg av båndopptaker, slik at jeg forsikret meg om at all informasjon som ble formidlet av informanten ble dokumentert. Etter hvert intervju ble informanten følget opp med en debriefing, hvor det var ønskelig at informanten kom med en tilbakemelding om hvordan hun opplevde intervjuet. Her fikk også informanten mulighet til å komme med spørsmål og tilføye eventuell ny informasjon. Avslutningsvis foretok jeg en kort oppsummering av intervjuet for å kunne kvalitetssikre at det som ble formidlet var riktig fra informanten sitt ståsted (Kvale, Birkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 161).

Intervjuene var individuelle, og foregikk kun mellom meg og informanten. Intervjuet ble gjennomført der informanten følte seg mest komfortabel, de fikk tilbud om å gjennomføre intervjuet ulike steder, men de valgte alle fire og bli intervjuet i eget hjem. Alle informantene samtykket til at jeg fikk bruke båndopptaker under intervjuet. Jeg hadde i forkant av intervjuene laget en intervjuguide (se vedlegg), som ble anvendt under intervjuene. Ettersom valgt metode

var å bruke et ustrukturert intervju ble det stilt en del oppfølgingsspørsmål og spørsmålene ble ikke alltid stilt slik som oppført i intervjuguiden. Alle intervjuene ble avsluttet med at informanten fikk muligheten til å komme med noen sluttkommentarer eller legge til noe som de mente var relevant for studien.

Før alle intervjuene startet og før båndopptakene ble aktivert, ble det en gjennomgang av det informasjonsskrivet som ble utdelt i forkant av intervjuet. Her fikk informantene mulighet til å stille spørsmål dersom det var noe som var uklart, eller noe de trengte en ytterlig forklaring på. Dette ble gjennomført for å sikre at informantene var klar over hva de deltok i, og hvordan prosessen foregikk. Videre måtte informantene skrive under på et samtykkeskjema for å kunne anvende den informasjonen som ble formidlet under intervjuet videre i studien. Da dette var gjennomført, startet intervjuene. Det var på forhånd beregnet omtrent 30 min til hvert intervju. Lengden på intervjuene varierte fra 18 minutter til 31 minutter.

Gjennom intervjuene ble det tydelig at informantene hadde vanskeligheter med å forstå spørsmål og betydningen av spørsmålene. Informantene ba ved flere anledninger om en utdypelse og forklaring på hva spørsmålet gjaldt. Flere av informantene understrekte at hukommelse og faglig kunnskap var blitt redusert ved inntak av rusmidler over en lengre periode, men at de sakte, men sikkert bygget seg opp igjen. Svekket kognitiv fungering er nedsatt hukommelse, reduserte evner til å organisere hendelser samt handle i logiske rekkefølger (Prescott & Tvedten, 2019, s. 18-19). En informant tydeliggjorde at hun følte seg kognitiv svakere enn andre på hennes alder og at dette skyldtes at debutalder for rusinntak har redusert egen kognitive forståelse. Når man da ønsker å gjøre endringer kan det være ekstra krevende om debutalder for rusinntak var i tidlig ungdomsår, da har man gått glipp av en periode i livet hvor man mister nødvendig læring for et godt voksenliv, som for eksempel relasjoner, roller, ansvar og forpliktelser (Prescott & Tvedten, 2019, s. 26). Forskning viser til at langvarig rusmisbruk ofte er assosiert med redusert kognitiv fungering, da rusmidler inneholder stoffer som påvirker fundamentale biologiske prosesser i hjernen. Ved høyt inntak av rusmidler, påvirker det hvordan hjernen fungerer samt bistår til at det er vanskeligere å sette i gang og vedlikeholde endringer (Prescott & Tvedten, 2019, s. 23). Denne informasjon som kom frem under intervjuene av utvalget, har nødvendigvis ikke så stor betydning for studien, men det hadde en påvirkning på hvordan prosessen i selve intervjuet ble

til. Jeg som forsker måtte bruke tid på å forklare hva som var betydningen av spørsmålene og tidvis ta i bruk eksempler for å gjøre informantene forstått med spørsmålet. Likevel var det i de fleste situasjonene hvor spørsmålene ikke ble forstått med en gang var en kort forklaring av selve ordene dekkende nok. Jeg vurderte på et tidspunkt å endre hvordan spørsmålene ble formulert, men resymerte meg frem til at jeg ville ende opp med mer ja eller nei svar enn mer utfyllende svar. Derfor var det mer hensiktsmessig å følge den intervjuguiden som var utgangspunktet, og deretter veilede informantene ved behov.

5.3 Transkribering

Når man overfører intervjusamtale til tekst, skaper det en begrenset rekonstruksjon av intervjusituasjonen. Det blir skrevet at det er en utfordring med overganger fra samtale til tekst, spesielt når samtalen har foregått ansikt til ansikt og deretter blir abstrahert og fiksert til en skiftelig form (Thagaard, 2018, s. 111). I denne studien ble lydopptak anvendt som verktøy, det ga en fyldig dialog mellom forsker og intervjuperson. Ved å anvende lydopptak fikk jeg opptak av hvordan personene svarte, og jeg kunne registrere hvordan vedkommende engasjerer seg, samt se om personen var usikker eller nølende i svarene som blir gitt eller om personen trengte en pause (Thagaard, 2018, s. 111). I etterkant av intervjuet ble opptaket transkribert, hvor de viktigste utsagn ble anvendt i studien. Transkribering av lydfiler blir forenklet når man benytter digital opptaker, da kan man overføre data direkte til datamaskinen. Når man da transkriberer intervjuet kan man som forsker lyttet til filen i tempoet man selv ønsker og man kan skrive inn refleksjoner til hvordan intervjuet utspilte seg (Thagaard, 2018, s. 112).

I etterkant av intervjuene brukte jeg lydopptakene til å transskribere intervjuene. Dette ble gjennomført for å kontrollere at jeg fikk fremstilt det informantene sa under intervjuene på en korrekt måte. Jeg brukte Word som transkriberingsprogram, hvor jeg noterte ned ordrett hva informantene delte i intervjuene. Når jeg var ferdig å transkribere intervjuene så jeg tydelig hva jeg kunne bruke videre i analysedelen i oppgaven og hva som skulle fremstilles i empirikapittelet.

5.4 Forskningsetiske vurderinger

Det ble søkt om godkjenning i Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) etter at prosjektplanene var godkjent. NSD gjør vurderinger i henhold til om personopplysninger er og blir ivaretatt, og håndtert på den gjeldende måten i forhold til lover og forskrifter. For å kunne gjennomføre denne studien kreves det en godkjenning av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknaden ble godkjent og overholdt i henhold til NESH retningslinjer (forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi).

Når man skal bruke intervju som metode er det vesentlig at man gjennom hele studien tar hensyn til de etiske og moralske spørsmål for deretter å reflektere rundt empirien. Det er spesielt fire områder som man må dekke og ta spesielt hensyn til. De følgende temaene er informert; samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale et al., 2015, s. 102-110). Informert samtykke betyr at informanten er informert om og har oversikt over formålet med studien, og hvem som har tilgang til intervjumaterialet. Informanten skal informeres om forskerens rett til at innholdet i studien kan offentliggjøres, samt at informanten når som helst under prosessen kan trekke sitt samtykke til deltagelse (Kvale et al., 2015, s. 104-105). Konfidensialitet i forskning har sin hensikt i hvordan man beskytter informantens anonymitet, som er et krav i forskningen (Kvale et al., 2015, s. 106). Når man foretar en kvalitativ studie stilles det krav til forskeren i henhold til å reflektere over hvilke positive og negative konsekvenser informantene kan påføres ved sin deltagelse i studien (Kvale et al., 2015, s. 107). Forskerens rolle har stor betydning og er avgjørende for forskningskvalitet og de etiske avgjørelsene som blir foretatt under studien. Som forsker må man inneha en forståelse for hvem man selv er i møte med informantene, da i henhold til profesjon man innehar, kjønn, og alder er noen elementer som kan påvirke informantene. Profesjonell distanse til informantene er nødvendig og viktig for å ikke fortolke informantens informasjon feil (Kvale et al., 2015, s. 108).

5.5 Reliabilitet og validitet

Validitet og reliabilitet er måleverdier for hvordan man kan vurdere styrker og svakheter innenfor forskningsarbeid (Ringdal, 2018, s. 93).

5.5.1 Validitet

Validitet omhandler gyldighet og reliabilitet omhandler spørsmål knyttet til måleinstrumentets og resultatenes evne til re-testing (Tjora, 2012, s. 203-207). Ytre validitet peker på at resultatene i et eksperiment kan generaliseres og dermed være representativt om et fenomen i den virkelige verden. Det handler i den grunn om overførbarhet, og i min studie er det utvalget av informanter (Ringdal, 2013, s. 144). Den indre validiteten kan forstås som gyldighet, og dette handler om at forskeren faktisk får mulighet til å måle det man ønsker å måle, og ved å forsikre seg gjennom å ha forstått det riktig (Thagaard, 2018, s.189). Når jeg nå har valgt å studere nærmere på hvordan gravide kvinner med rusmiddelavhengighet opplever kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen, er det for å få mer kunnskap i det arbeidet jeg gjør i min arbeidshverdag. Når jeg leser forskningsartikler, bøker, veivisere og veiledere for hvordan følge opp gravide kvinner med rusmiddelavhengighet, får jeg informasjon om hvordan vi skal få til den gode samtalen med kvinnene. Men spørsmålet mitt blir da, fungerer det? Opplever informantene at de blir hørt i dialog med hjelpeapparatet? For å vite mer om dette må jeg se nærmere på validitet og hva det handler om, er det gyldig og sant.

5.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet beskriver påliteligheten ved målingene man foretar seg, da om samme måleinstrument gir samme resultat ved gjentatte målinger (Ringdal, 2013, s. 96). For å styrke reliabiliteten i det jeg studerer må man tydelig beskrive de stegene man tar i studien på en detaljert og gjennomiktig måte, slik at andre som leser denne studien skal få en god oversikt over hva man gjør og hvorfor (Thagaard, 2018, S. 188). Når man ser nærmere på de kravene som stilles i henhold til å vurdere reliabilitet, er det mindre hensiktsmessig når man bruker metoden kvalitativ forskning, hvor det ikke foreligger strukturerte datainnsamlingsteknikker. Samtidig kan reliabiliteten i henhold til denne metoden av datainnsamling styrkes ved å presentere en beskrivelse av selve forskningsprosessen, i tillegg til å legge ved intervjuguide, noe som er gjeldende i denne studien. I denne studien blir reliabiliteten i stor grad påvirket ved at datainnsamlingen er basert på informanter og det er en stor del av informasjonen som blir innhentet og drøftet videre i studien. Datainnsamlingen i henhold til intervjuene er i stor grad avhengig av åpenhet og i hvilken grad informantene har vært villig til å fortelle sannheten. Det er vanskelig for meg som forsker å evaluere om noen forteller sannheten, og denne typen

datainnsamlingen legger mye vekt på at jeg som forsker har gjort det som var mulig for å hente inn pålitelig informasjon, til tross for risikoen for at informantene kunne lyve under intervjuene og ikke fortelle sannheten. Dette kan påvirke resultatet positivt eller negativt, men det har vært utenfor min evne som forsker å vurdere.

5.6 Fordeler og ulemper med valgt metode

Jeg er utdannet vernepleier, med 10 års arbeidserfaring innen psykiske helse og rus. Jeg har selv gjennomført to graviditeter, har selv ikke noen personlige erfaringer med rusmidler. Men selv om jeg ikke har hatt eller har en rusmiddelavhengighet, så har jeg mine egne erfaringer som kan påvirke studien. Jeg har fulgt opp flere gravide rusmiddelavhengige som har kommet i kontakt med den kommunale rusomsorgen, som har gitt uttrykk for frustrasjon og mangel på egen kontroll. Hvor de gravide ikke føler seg hørt eller tatt seriøst i forhold til egne meninger og synspunkter. Min bakgrunn, mine erfaringer og oppfølginger av gravide med rusmiddelavhengighet, vil også kunne prege min studie. Det at jeg er bevisst på at mine forståelser anser jeg som viktig da det kan prege studien og få et negativt utfall.

Jeg anser at en av de største fordelene er at jeg som forsker arbeider med gravide som har en rusmiddelavhengighet, og har god kjennskap til den brukergruppen som jeg ønsker å intervju. Ved at jeg arbeider med denne brukergruppen har det gitt meg stor tilgang og erfaringer med hva og hvordan kvinner opplever den problemstillingen som jeg skal studere. Andre fordeler er at det er lite tidkrevende for meg som forsker og finne, samt ha tilgang til informanter. Da jeg som forsker alt er kjent med hvem og hva jeg har tilgang til igjennom min arbeidsplass.

Det som kan anses som en ulempe, er min posisjon som forsker hvor jeg arbeider med gravide rusmiddelavhengige. Dette kan føre til at jeg som forsker kan ha en underbevissthet som gjør at jeg ikke har evnen til å vurdere eller ta beslutninger som ikke går i favør studiens problemstilling. Ved at jeg bruker informanter fra min egen arbeidsplass og personer jeg selv har bistått i denne fasen av livet, kan jeg som forsker være personlig knyttet til informanten. Dette kan være en ulempe som gjør at det er lett å ta informantens side som kan medføre til at man mister objektivitet. Som forsker må jeg igjennom hele prosessen ta stilling til og sikre at ulempene ved å anvende kjente informanter ikke overskygger prosessen og målet med denne

studien. På den måten kan studiens resultat ikke blir skjevt eller feilaktig fremstilt, på grunn av at jeg som forsker ikke klarte å ta riktige avgjørelser i henhold til hva som var best for oppgaven.

Fordelen med å anvende kvalitative intervjuer med denne brukergruppen er at jeg som forsker fikk muligheten til å gå mer i dybden samt forsøke å virkelig finne svar på spørsmål som var knyttet opp til min problemstilling og de følgende forskningsspørsmålene. Gjennom et strategisk utvalg gir det mulighet til å få informanter med personlige erfaringer med problemstillingen, som bidrar til å styrke oppgaven. Ser man på ulempene ved å anvende en slik datainnsamlingsmetode, og antall intervjuer, er at det har krevd tid og kapasitet av meg som forsker

5.7 Bearbeidning og analyse av data

I det man er underveis med intervjuet og forsøker å forstå og fange opp hva informanten forteller, er vi allerede i gang med analysen (Thagaard, 2018, s. 151). Analysen av hva som blir formidlet av informanten er en pågående prosess, som er en rød tråd gjennom hele studiet. Det ble gjennomført en ordrett transkriberingsprosess av hvert intervju med den enkelte informant, deretter ble teksten lest inngående for å få en god oversikt over innholdet som var notert og hva som skulle brukes videre i studien (Thagaard, 2018, s. 151).

Jeg valgte å anvende Kirsti Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering (STC). For å tolke og analysere intervjuene som er gjennomført og transkribert. Systematisk tekstkondensering er en pragmatisk metode som anvendes i analyse av kvalitativ data (Malterud, 2017, s. 97). Malterud sin analysemetode «klesvasken» blir brukt som utgangspunkt for å analysere de fire intervjuene som er gjennomført, som består av fire følgende trinn (2017):

1. Helhetsinntrykk
2. Meningsbærende enheter
3. Kondensering
4. Syntese

5.7.1 Helhetsinntrykk

For å bli kjent med materialet som var blitt tilgjengelig gjennom intervju, leste jeg nøye gjennom de transkriberte intervjuene gjentatte ganger. Dette gjorde jeg for å finne sammenhenger som samspilte med min problemstilling. Deretter valgte jeg ut temaer som var

relevante for min problemstilling, gjennom relevante beskrivelser, erfaringer og opplevelser informantene hadde som kunne bistå til diskusjonsdelen i studien (Malterud, 2017, s. 99).

5.7.2 Meningsbærende enheter

I den andre delen av analysen valgte jeg bort materialer som ikke var ønskelig å anvende videre i studien, og jeg rettet ytterlig fokus på det som vil belyse problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene. Jeg hadde ved første trinn sett på ulike temaer som kunne diskuteres, men valgte å sortere ut tre av dem som var direkte knyttet til studiens forskningsspørsmål som jeg ønsket å se nærmere på. Jeg lagde et system med fargekode for hvert enkelt tema samt få en bedre oversikt over hva den enkelte informant hadde meddelt for å videre ved et senere tidspunkt kunne utvikle og justere (Malterud, 2017, s. 100-102).

5.7.3 Kondensering

I den tredje delen av analysen sorterte jeg den informasjonen som ble tydelig i trinn to. Her ble også material som ikke hadde relevant meningsbærende enheter lagt til siden. Det materialet som jeg da satt igjen med var det som var mest relevant til studien, og derfor det jeg trakk med videre i empiridelen av studien. Videre i analysedelen så undersøkte jeg hvilken informasjon jeg hadde markert som relevant, hvilket tema informasjonen tilhørte og hvor de informasjonen skulle plasseres og prioriteres i empiridelen (Malterud, 2017, s. 105-106). Dette er blitt gjort ved at jeg leste nøye gjennom informasjon som er transkribert flere ganger. Den informasjonen som ble presentert i empiridelen var i form av utsagn, som ble på best mulig måte behandlet så tekstnært som mulig, med innspill fra mitt faglige perspektiv og ståsted.

5.7.4 Syntese

I analysen sitt siste og fjerde trinn skal teksten fra intervjuene re-kontekstualiseres. Ved bruk av en fortolket syntese laget jeg en sammenfatning av funnene i analyseprosessen. Funnene ga meg både ny og bedre kunnskap og forståelse om temaet. Funnene ga også et bedre innblikk i informantenes opplevelser og egne erfaringer av kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen, noe som er direkte knyttet til studiens problemstilling (Malterud, 2017, s. 108).

6. Resultat av analyse

Analysen viste at de gravide med rusmiddelavhengighet understreket særlig tre forhold av betydning for hvordan de opplevde kontaktetableringsfasen med den kommunale rusomsorgen. For det første forteller informantene om opplevelsen av sårbarhet i møte med hjelpeapparatet. For det andre påpeker informantene viktigheten av deltakelse og medvirkning. For det tredje understreker de relasjonen som en sentral faktor. I det følgende vil jeg utdype disse tre forholdene mer inngående

6.1 Gravide kvinners sårbarhet

Informantene ga utfyllende og viktig informasjon om hvordan de opplevde kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen. Informantene forteller direkte eller indirekte om sårbarheter i kontakt med hjelpeapparatet. De nevner at de er gravide og i en ny fase av livet som er overveldende følelsesmessig, hvor de også tematiserer følelser som skam og svik. Alle hadde ulike erfaringer og opplevelser om sin innledende kontakt med den kommunale rusomsorgen. Informant 2 og 3 hadde hatt kontakt med den kommunale rusomsorgen før de ble gravide, da de hadde en kjent rusmiddelavhengighet, mens informant 1 og 4 kom i kontakt Avdeling rus og avhengighet via barnevernet og jordmortjenesten i kommunen. Ved mistanke om graviditet og rusmiddelavhengighet er det ulike måter gravide kvinner kommer i kontakt med den kommunale rusomsorgen, noen grunnet tidligere kjennskap, andre fra barnevernet, jordmor, politiet, fastlegen eller at familie og venner sender bekymringsmelding og noen tar kontakt selv. Felles for alle informantene i studien var at de startet en ny type oppfølging da graviditeten var stadfestet. De var ulike i hvilken svangerskapsuke de ble kjent for den kommunale rusomsorgen, som også har vært avgjørende for hvilken type behandling som er blitt tilbudt, men de kom i kontakt alt fra 6 til uke 25. Informant 1 fortalte om sitt første møte med den kommunale rusomsorgen:

«Det var jordmor som sendte melding om at jeg hadde røyket [hasj] og var gravid. Da fikk jeg telefon samme dag, om jeg kunne komme til samme tid dagen etter. Da traff jeg den gamle og nye ruskontakten min. Da var det diskutert frem og tilbake, de mente jeg skulle begynne på prøver, mens jeg mente det ikke var nødvendig. Men så hun jordmoren snakket jeg aldri igjen

med, jeg følte det ble et lite brudd på tillitten på en måte, jeg forstår de gjør slik, når det har vært folk som har rust seg for å sikre at ungen har det bra, men det bør være litt individuelt. Selvfølgelig kan man gå inn til samtale, men for meg som har vært rusfri på alt annet enn hasjen i nå snart fem år blir det å gå på urinprøve 3 dager i uken veldig mye, og man føler seg veldig lite trodd på. Informasjonen var grei (...)”

Informanten berører flere momenter i kontaktetableringsfasen. Først og fremst en opplevelse av tillitsbrudd fra jordmorens side. Deretter en opplevelse av å bli møtt med mistillit fra den kommunale rusomsorgen, herunder ikke individuell vurdering. Ikke noe rom for å diskutere informasjonen som ble gitt. En annen informant tematiserte også at det ble gitt for mye informasjon i kontaktetableringsfasen.

Informant 4 fremhevet ADHD som en problematikk når informasjonen ble meddelt. Det var en utfordring å fordøye og sortere informasjonen, som gjerne heller skulle kommet på et tidspunkt hvor informanten var mer stabil. Likevel kom det frem informasjon i intervjuet som bidrar til studien:

«Jeg er jo helt ute når det kommer sånne ting på grunn av ADHD vet du. Så sånt egentlig ble det egentlig mye info inn og så gikk det ut i det andre sekundet, og jeg fikk det ikke helt med meg, for jeg surrer veldig mye. Så egentlig så bare kom jeg der og gjorde det jeg skulle, og tok imot den infoen jeg trengte og så var det av gårde igjen og livet fortsatte. Så informasjonen kunne nok ha kommet når ting var litt mer stabilisert».

Informant 2 ytrer noen lignende hvor hun sa: *«Jeg forsto ikke all informasjonen som ble formidlet, tror ikke det nådde frem».*

Informantene meddelt her at det ble for mye informasjon, informasjon på feil ‘tidspunkt’. Sitatet til informant 4 viser at den gravide kvinnen gjør det som blir krevd av henne: møter opp til samtale, men får ikke noe med seg. Samtidig som informanten trekker frem sårbarheten med og ha en ADHD-diagnose, som gjør det vanskelig for henne og ta innover seg all informasjonen.

Tre av informantene snakket om skammen og frykten med å komme i kontakt med den kommunale rusomsorgen. Tidligere forskning og erfaringer fra den kommunalrussektoren at det å komme i kontakt med rusomsorgen er skambelagt og et vanskelig steg og ta. Det å bli sett hos den kommunale rusomsorgen eller det at folk får informasjon om at du er i kontakt med rusomsorgen kan oppleves skremmende. Enkelte kan oppleve å bli forhåndsdomt hvor det føles at det sier noe om dem som mennesker og deres evner til å ta de rette beslutningene.

Gjennomgående i intervjuene kommer det tydelig frem at informantene var usikre og redde for hvilke konsekvenser rusmiddelavhengigheten ville medføre. I spørsmål om hvilke følelser som beskriver opplevelsen i kontaktetableringen, svarte informant 1 følgende:

«Irriterende, vanskelig å beskrive følelsene, men det er jo ikke kjekt. Føler seg mistrodd. Når jeg er gravid så slutter jeg med alt, de som kjenner meg vet det er sant. Slik som den gamle ruskontakten min har jo hørt meg si det til mange ganger. Jeg forstår at man ikke alltid kan stole på folk, men om jeg hadde gått på urinprøver frem til jeg var ren, hadde det vært en ting som å sjekke at alt gikk bra og slik. Men det er litt drøyt og ta det ut over hele svangerskapet. For enkelte synes jeg».

De følelsene informant 1 legger frem, er følelser som er bygget på at mennesker som sliter med rusutfordring ofte har en tendens til å ikke være helt ærlige med seg selv eller hjelpeinstansene. Dette gjør at det blir enklere for en rusmiddelavhengig å skyve vekk de som ønsker å bistå og hjelpe. Informantene legger frem at de har også erfart fra tidligere å få konsekvenser ved å fortelle hele sannheten. Dette gjør det derfor skremmende å fortelle om sine egne følelser og frykten rundt det å ha en rusmiddelavhengighet samtidig som å være gravid. Fellesnevner hos informantene som er assosiert med frykt og negative følelser rundt det å være helt ærlig, er at barnevernet skal få tildelt eventuell informasjon som kan være skadelig i henhold til barnevernets syn på informantenes evner til å være en god rollemodell og ansvarlig mor. Selv om følelsene i utgangspunktet er skremmende og negative samt at frykten for å bli mistrodd stod sterkt hos enkelte informanter sier informant 4 at det også ga mening:

“Egentlig så tror jeg gjerne at jeg følte litt på denne skammen at jeg gikk inn der med magen sant, og gjerne noen rundt visste jeg var gravid og kjente den skammen når jeg gikk inn dit, men

ellers gikk det helt fint utenom. Men jeg forsto hvorfor jeg var der. Det gir jo full mening, at det er best og passe på at vi holder oss rusfrie og sånt når vi går gravide, det sier seg jo selv.”

Informanten 4 gir i sitatet uttrykk for skam følelsen er en sentral sårbarhet i oppfølgingen og det å motta hjelp fra den kommunale rusomsorgen er forbundet med skam. Samtidig så det blir beskrevet av informant 4 at kontroll aspektet er nødvendig for å opprettholde et rusfritt svangerskap. Fellesnevneren for første kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen i henhold til informantene er at informasjonen, kan tolkes å bli forstått, men at det forelå et behov for tilpasninger. Tre av fire informanter meddeler at om noe skulle være forandret så er det behovet av hyppighet og antall urinprøver i oppfølgingen. Dette kom tydelig frem i et utsagn fra informant 1, hvor det ble lagt frem innspill på hvordan praksisen kan bedres:

«Kanskje at det ikke var så strengt og at urinprøver kan tas individuelt, se person til person. At noen kan ta dem til dem er rene eller kommet i en samtale. Mye kan sjekkes ut og merkes i en samtale med vedkommende. Man kan lett se om noen har ruset seg mange ganger. De kan være litt åpne for at ting ikke er likt for alle, følte seg satt i en A4 boks. Jeg ble forklart at slik er regelen, og den gjelder for alle. Føler seg urettferdig behandlet, når man sitter der hormonell og alt annet i tillegg. Følte seg veldig lite trodd og satt i en boks, en rusboks på en måte, at du ruser deg og det er stor mulighet for at det kommer du til å gjøre videre».

Videre ble det fortalt av informant 2: *«Jeg mistet mye tillitt til systemet»*. Gjennom dette utsagnet ble det tydelig at selv om kontrollfunksjonen fungerer og informantene avlegger rene urinprøver ikke blir behandlet som enkelt individer, men som en gruppe som muligens ikke klarer å overholde et rusfritt svangerskap på grunnlag av rushistorikk. Derfor overholdes kontrollfunksjonen.

Informant 3 får tydelig frem at det er for mange hjelpeinstanser å forholde seg til i kontaktetableringsfasen samt videre i oppfølgingen av svangerskapet. *«Det hadde da vært bedre å forholde seg til en person i oppfølgingen, en person som kjente meg og kunne tilby meg hele pakken»*. Informant 3 sier videre noe om at den kommunale rusomsorgen var dekkende nok i henhold til hennes behov i svangerskapet, ved å involvere flere hjelpeinstanser ble det

overveldende, sårbart og medførte unødvendig stress: «Jeg følte at ruskonsulentene dekket opp mitt behov i utgangspunktet, for jeg trengte kun en motivator. Noen å prate med». De resterende informantene hadde alle et synspunkt på at det var mer enn nok å forholde seg til den kommunale rusomsorgen. Som informant 4 sier noe om: «Jeg hadde i utgangspunktet nok med å forholde meg til graviditeten, men plutselig så hadde jeg en timeplan som var fullbooket fra mandag til fredag». Det kan oppsummeres i at informantene opplever at oppfølgingen i svangerskapet består av for mange hjelpeinstanser, den kommunale rusomsorgen er dekkende nok samt at det er svært tidkrevende og overholde alle møter og samtaler med de ulike hjelpeinstansene.

6.1.1 Oppsummering av funn

Informantene fremhever det å ikke bli trodd vil bidra til utfordringer i kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen. Det ble gitt uttrykk for opplevelsen av å bli satt i en rusboks for rusmiddelavhengige. Det og til enhver tid måtte bevise sin uskyld er en tung prosess å stå i og noe som jeg vil se nærmere på i drøftingsdelen. Et annet funn er aspektet rundt timing på informasjonsflyten og hva det er nødvendig å informere om i den første fasen av kontaktetableringen. Samtidig skal man ha i bakhodet at man skal gi hjelp til individer og at derfor må individuelltilpassing være sentralt. Det siste funnet som jeg vil trekke ut er kontroll og hjelpefunksjonen vi har som sosialarbeidere og hvordan man kan balansere dette på en måte som både er bra og forståelig overfor de gravide rusmiddelavhengige.

6.2 Deltakelse og medvirkning i egen prosess

Alle informantene understreket viktigheten av reelle medvirkning i egen prosess. Det å få medvirke i egen prosess kan være avgjørende for hvordan utfallet blir for den gravide rusmiddelavhengige. Informantene fortalte om en stabil og ærlig oppfølging fra ruskonsulentene. Informantene beskriver videre at man tidvis kan mangle eierskap og kontroll over egen graviditet. Informant 1 delte en hendelse som hun opplevde som negativ under oppfølgingen:

«Eierskap? Følte ikke jeg hadde så mye jeg skulle ha sagt på en måte. Jeg var jo veldig dårlig den ene dagen, men likevel måtte jeg ta den urinprøven, men en annen dag kunne ikke ruskontakten min ta en urinprøve, men da måtte jeg gå til fastlegen min og ta urinprøven selv.

Da tenker jeg at det er greit når dere er syke, men ikke når jeg er syk. Jeg må allikevel grave meg ut av sengen, dårlig og forferdelig. Urettferdig».

Informant 1 fortalte om sin status og posisjon i oppfølgingen av den kommunale rusomsorgen, og sammenligner det med «resten av samfunnet». I utsagnet hennes blir følelsen av forskjellsbehandlingen tydeliggjort. Flere av informantene opplyser videre om mangel på kontroll, men at ting bare måtte bli slik som det ble for at fosteret skulle bli ivaretatt. Selv om man ikke da ser det selv. Informant 3 forteller om mer eierskap og kontroll over egen situasjon:

«Når jeg ble gravid så hadde jeg kontroll. Jeg har en veldig stor pågangsvilje når jeg blir gravid ser du. Veldig, veldig sta. Vil påstå at jeg hadde kontroll ja, men visste samtidig at det ikke skulle mye til før det kunne bikke feil vei. For jeg var jo fortsatt avhengig av rus, noe som jeg per i dag også er enda. De sier man aldri blir kvitt en avhengighet. Men kontroll hadde jeg, jeg testet meg kjøpesenter bare for å teste at jeg selv hadde kontroll.»

Selv om informant 3 forteller om kontroll ble det ofte referert til mangel på tillitt, både fra de som følte kontroll over egen situasjon og de som ikke opplevde at de hadde det. Felles for alle informantene var at det var alltid et stort “men” når informanten ønsket gjennomslagskraft for egne synspunkter og perspektiv. Dette kommer tydelig frem i utsagnet til informant 4:

«De hører på meg, men det er jo ikke alt de TROR på føler jeg, hvis jeg sier at det skal jeg takle! Så er det alltid ja MEN hvis du opplever går gjennom en knekk for eksempel. Vil du da takle det? Ja det tror jeg sier jeg, jeg er ganske sikker. For jeg var ikke i tvil på meg selv. I hvert fall ikke i svangerskapet. Da var jeg garantert sikker på at jeg ikke kom til å gå på noe smell. Ja MEN, ja Men ... Så jeg følte de prøvde å få meg til å tro jeg faktisk kunne gå på en smell. Mens jeg avfeide det, fordi det var ikke aktuelt. Følte jeg måtte kjempe for at folk skulle tro på meg».

Hver enkelt informant forteller at de i starten av kontaktetableringen hadde en eller annen uenighet. Likevel klarte ruskonsulentene og informantene å komme til en felles forståelse av hva som var best ut fra den enkelte situasjon. Dette gjaldt hva som kunne forventes, hva som kunne

endres og hvordan dette skulle gjennomføres. Informant 3 beskriver mer detaljert på hva som gjorde at samarbeidet fungerte så bra videre i oppfølgingen:

«Hun har forklart meg ting på en rolig og behagelig måte, farene. Vi var gjerne uenige, men ruskonsulenten klarte på en fin måte å forklare meg (...) Hun forsto meg og mine synspunkter, men samtidig så klarte hun å forklare meg på en fin måte hvorfor hun mente at enkelte ting ikke var så lurt».

Informant 1 hadde et annet viktig poeng som må nevnes. Hun var tydelig på at hun forstod det som ble sagt, og at det ble formidlet av sosialarbeideren på en god måte. Likevel så hadde hun utsagnet: *«var jeg ikke enig i det som ble sagt»*. Dette betyr at det handler ikke bare om å gjøre at gravide rusmiddelavhengige forstår hva som blir sagt, det må også fokuseres på at de forstår hvorfor det er viktig.

6.2.1 Oppsummering av funn

I henhold til deltakelse og medvirkning i egen graviditet, gir informantene uttrykk for mangel på eierskap og kontroll. Funn som også kommer tydelig frem i denne delen er forventinger.

Forventinger til oppfølging, seg selv, men også hvilke forventinger sosialarbeideren hadde til den gravide rusmiddelavhengige. Det blir formidlet av informantene at formidlingsevne til sosialarbeideren er avgjørende, formidlingsevnen bidro til at informantene opplevde mer eierskap og oversikt over egen prosess, både når det var negative eller positive tilbakemeldinger. Informantene hadde behov for en forklaring som var respektfull, tydelig og forståelig, noe som skal diskuteres videre i drøftingskapittelet i oppgaven.

6.3 Relasjonen og trygghet i samarbeidet

Informantene fremhevet relasjonen og trygghet til ruskonsulenten som avgjørende faktorer for at samarbeidet skulle fungere på lang sikt. Ettersom samarbeidet starter opp når kvinnene befinner seg i en ny og ukjent livsfase kan kontaktetableringsfasen oppleves overveldende og skremmende. Informant 4 beskriver betydningen av å ha en god relasjon til ruskonsulenten på følgende måte:

«Det å ha etablert en god relasjon til min ruskonsulent, gjør det lettere å søke støtte i de periodene ting er litt vanskeligere, det er trygt og godt å vite at jeg har noen som tar meg imot når jeg har tøffe valg å stå imot eller gjør feil».

Det tar tid å opparbeide en god relasjon og tillitt mellom to personer, samtidig som man som ruskonsulent skal komme i en posisjon hvor man både må sette grenser og gi en god omsorg, samtidig vise den gravide rusmiddelavhengige anerkjennelse og respekten de fortjener. Dette innebærer også at det vises empati, og at sosialarbeiderne ikke har en dømmende holdning. Dette var noe som ble tydeliggjort at informant 3, hvor de satte pris på *“En ikke dømmende tilbakemelding”*. Å skape denne relasjonen er en krevende prosess, men også viktig og svært nødvendig for å kunne skape en god relasjon og trygget i samarbeidet. Informantene 1 fremhevet:

«Det er lettere og samarbeide med noen som er positive og kjekke, noe som jeg tidvis irriterte meg over og som gjør det vanskelig og motarbeide. Da jeg hadde en plan om å være vanskelig i utgangspunktet. Ruskonsulenten ble som en venninne i oppfølgingen, men det var også tydelig at hun jobbet med meg»

Informanten 3 forteller at ruskonsulenten ble den viktigste relasjonen hun hadde under graviditeten, da ruskonsulenten var der for henne fra starten av og ga støtte og motivasjon til å holde seg rusfri. I motsetning til flere av de andre instansene som var mer på vakt og hadde en mer overfor og ned holdning i henhold til hennes tidligere bakgrunn. Informanten sier noe om det og tidligere ikke ha blitt trodd på, noe som gjenspeilte seg i behandlingen hun tidligere hadde fått når hun ikke var gravid. Dette skapte en utrygghet hos informanten og da ble ruskonsulenten holdepunktet og tryggheten under graviditeten. Informant 3 delte flere av de samme opplevelsene og fortalte følgende:

«Min ruskonsulent klarte å få meg til å kjenne på trygghet, og for meg er trygghet alt (...). På grunn av tidligere rushistorikk og ble ikke tatt på alvor når jeg hadde behov for det. Jeg måtte liksom bli gravid før jeg kunne få den hjelpen jeg hadde behov for tidligere. Men ruskonsulenten

min er en av få jeg stoler blindt på, da hun alltid har vært der og kjemien oss imellom er veldig bra!»

Relasjonen kan også fort bli brutt og informant 2 meddelte hvor fort trygghet og relasjon med ruskonsulent forsvant da hun ble gravid. Informanten 2 hadde over tid hatt oppfølging hos avdeling rus og avhengighet grunnet hennes rusutfordringer før det ble oppdaget graviditet.

«Når graviditeten ble bekreftet, hadde jeg på det tidspunktet ett nært forhold til den ruskonsulenten jeg hadde, veldig åpen og fortalte om problemene mine, men når jeg ble gravid ble jeg veldig frustrert og hadde ingen tanker om å beholde det, skulle egentlig ta abort. Men det jeg ikke visste da, var at jeg var 5 mnd. Ringte med en gang jeg kom ut fra sykehuset til min ruskonsulent og fortalte at jeg var gravid. Jeg var egentlig ruset der og da. Det tar lang tid for at det går ut av kroppen, jeg var veldig frustrert og hun sa til meg at hun ville komme på et hjemmebesøk, hun kom på hjemmebesøk og fortalte til meg hvor strengt det var i oppfølgingen av gravide med rusavhengighet. Urinprøver slo jo ut på kokain, marihuana, benzo, det var ganske mye den slo ut på. Så kommer ruskonsulenten hjem to dager etter på eller en dag, med papirer om tvangsinnleggelse (...). Hun gjorde alt riktig vil jeg si der og da, men tilbake i tid vil jeg nok si hun ikke gjorde det. Men hun fortalte om konsekvensen om jeg ikke leverte en ren urinprøve. Det var tvangsinnleggelse og det var veldig slik at hun nevnte dette her med behandling skulle være et alternativ for meg med tanke på min historikk. Jeg var veldig slik på at nei, det skulle jeg ikke og det hadde ikke gått opp for meg at jeg skulle bli ei mor engang».

Informanten 2 forteller om at hun på det tidspunktet opplevde at hennes rushistorikk og ærlighet ble brukt mot henne, selv om hun i etterkant kan se at det gjerne var det beste valget.

Konsekvensen for denne informanten ble at relasjonen ble brutt og samarbeidet dem imellom ikke lenger kunne fungere. Informanten 2 sa:

«Jeg byttet ruskonsulent, for den gode relasjonen vi hadde bygget opp tidligere hadde vi ikke lenger, noe som hindret meg i å skape en god og trygg relasjon med den nye ruskonsulenten jeg fikk tildelt. Jeg klarte aldri å slappe helt av i frykt for hva som ville bli brukt mot meg, som var en nødvendig og bevisst handling fra min side. Du kan gjerne kalle det en forsvarsmekanisme».

6.3.1 Oppsummering av funn

Det ble tydelig under intervjuene at relasjonen var avgjørende for hvordan informantene klarte å stå i et rusfritt svangerskap. En god relasjon med ruskonsulentene ga dem trygghet og tillitt, noe som igjen ga informantene motivasjon til å stå i vanskelige situasjoner som oppsto. Samtidig ga informantene et innblikk i hvor fort relasjonen kan bli oppløst, om man opplever og bli krenket eller at ærligheten ble brukt dem imot. Dette til tross for at relasjonene i utgangspunktet var veldig bra.

7. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte studiens funn opp mot tidligere forskning og relevant teori for å besvare oppgavens problemstilling: *“Hvordan opplever gravide med rusmiddelavhengighet kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen?”*

De gravide tematiserte sårbarhet i kontakt med hjelpeapparat, viktigheten av deltakelse og medvirkning og relasjonens sentrale faktor i oppfølgingen. Drøftingsdelen vil bli delt opp etter de tre ulike forskningsspørsmålene.

7.1 Hvordan opplever gravide rusmiddelavhengige den informasjonsflyten de må forholde seg til i møte med den kommunale rusomsorgen?

Forskning viser til at kvinner som bruker alkohol eller andre rusmidler under graviditeten ofte må forholde seg til flere instanser i svangerskapet (McGrory et al., 2019, s. 1). Tjenestetilbudet er formet av ulike profesjonsperspektiv og praksisrammer, og det kan stilles spørsmål til om disse behandlingsplanene er koordinert effektivt nok (McGrory et al., 2019, s. 1). Det kommer frem i mine funn at informantene opplever at det å forholde seg til flere instanser og profesjoner, er tidkrevende og uforutsigbart. De ønsket å forholde seg til en hovedkontakt, som brukte tid på å bli kjent med dem og som kunne følge dem opp med hensyn til graviditeten og rusmiddelavhengigheten. Tjenestene i samfunnet i dag er inndelt slik at de ulike tjenestene har ulike ansvarsområder. Hver enkelt tjeneste har ulike fragmenter som skal dekke opp det behovet som er i henhold til graviditet og rusmiddelavhengighet. Gjennom svangerskapet er det ulike stadier man er tilknyttet og i kontakt med de ulike mandatene. Som menneske er vi ikke delt inn i

delar og faser, mennesker er en helhet, hvor sosialarbeidere skal arbeide for et helhetlig syn på mennesket og på hvordan individet og samfunnet påvirker hverandre (Shulman, 2003; Fo, 2002, s. 384). Som sosialarbeider er vi ofte bundet til vårt mandat, som kan påvirke oss i å se hele mennesket man bistår og veileder. Det kommer frem i funn at sosialarbeideren dekket det nødvendige behovet til den gravide rusmiddelavhengige og at det ikke var nødvendig med flere instanser. Det kan diskuteres om tjenestene som blir tilbudt til gravide rusmiddelavhengige er et passende tilbud i henhold til det aktuelle hjelpebehovet. Dette er gjerne kvinner som tidligere har erfart vansker med å forholde seg til hjelpeinstanser og har andre traumer i livet som spiller en rolle i hvordan de opplever og mottar helsehjelp fra flere instanser samtidig. Funn bekrefter at det å forholde seg til graviditeten var overveldende nok. Utgangspunktet for et tverrfaglig samarbeid i denne prosessen er å kunne gi den gravide et helhetlig tilbud, som skal dekke over de behovene som er gjeldende i en graviditet i kombinasjon med en rusmiddelavhengighet (Sandnes kommune, 2020). På den andre siden tilsier forskning noe om utfordringene med koordinerte tjenester, der det nødvendigvis ikke er slik at de ulike tjenestene er klar over forventningene til de andre tjenestene man koordinerer med. Dette kan medføre at man praktiserer tjenester på ulike måter, selv med samme klientgruppe. Ved mangler på klarhet og forventinger av hvordan man praktiserer tjenester, kan det bidra til konflikt og forvirring for denne klientgruppen (McGrory et al., 2019, s. 2). Ved at ting blir praktisert ulikt og formidlet feilaktig kan det gi følgefeil og innvirkninger, som igjen kan medføre til at det utvikles mistillit til hjelpeapparatet. Gjennom en utvidelse av sosialarbeiderens rolle i den kommunale rusomsorgen, hvor de skal dekke opp alle behovene som er påkrevd i en graviditet, krever det mer omfattende kompetanse eller en omorganisering av tilbudet. Enkelte vil si at ved og ikke tilføye slik kompetanse i henhold til hvor krevende arbeid som foreligger, vil være neglisjering av foster/barn av kvinner med rusmiddelavhengighet (Killen & Olofsson, 2003, s. 18). Slike store endringer av tjenestetilbudet og samlet kompetanse i den kommunale sektoren vil medføre store endringer i henhold til hvordan systemet er per dags dato. I utgangspunktet er det et frivillig tilbud å opprettholde kontakten med den kommunale rusomsorgen, som også gjenspeiles i den type oppfølging som blir tilbudt. Dersom den gravide ikke klarer å forholde seg til dette tilbudet, kan en velge å legge seg inn frivillig på Rogaland A-senter eller det blir fattet et midlertidig vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol) § 10-3 av den kommunale rusomsorgen. I saker som omhandler graviditet og rusutfordringer er det avgjørende at det tverrfaglige samarbeidet er velfungerende,

slik at man kan finne gode behandlingsplaner som ivaretar oppfølgingen av både den gravide og det ufødte barnet (Koleib, 2020).

Til enhver tid så balanserer sosialarbeideren med et to-sidig fokus. Selve startfasen av kontaktetableringen handler om rusmiddelavhengigheten hvor sosialarbeiderne har som mål å få oversikt over rusmisbruket, farer og risiko, kontroll og tvang. Det skal handle mindre om selve svangerskapet, hvor fokuset skal rettes mot morsrollen, barnet, fremtiden og praktiske forhold rundt det å bli foreldre. Det kommer frem av informantene at når de oppdaget graviditeten, sluttet de med rus. Avgjørelsen med å avslutte bruk av rusmidler opplevdes som en tøff overgang og hard påkjenning i starten, samtidig som de følte de ble møtt med mistillit fra den kommunale rusomsorgen. Var informantene fast bestemt på å holde avstand fra rus i graviditeten. Det fremkommer i funn at informantene står i en sårbar fase når de avstår fra rusmidler, og rusmiddelavhengigheten har preget hvordan de tidligere håndterte livets vanskelige faser. Dette uttrykkes for å ha bidratt til å gi dem en form for kontroll og trygghet over andre sårbarheter som har vært utfordrende å håndtere. Rusmiddelavhengigheten har tidligere dekket behovet for informantenes velbehag og impulskontroll mens de nå står i en fase hvor flere sårbarheter kommer til overflaten som skamfølelse, angstlidelser og mellommenneskelige relasjoner som nå må håndteres i en allerede skremmende og ny fase i livet. Derfor fører det til at ved å avslutte bruken av rusmidler settes gravide rusmiddelavhengige i sårbare og utfordrende situasjoner. For noen av dem ble graviditeten en redning og starten på et bedre liv og hverdag. Funn viser til at når graviditeten ble oppdaget, endret det hvordan de så på rusmidler og livsstil samtidig som de hadde et ønske om å gi barnet beste mulig utgangspunktet. Allerede her er mødringsprosessen som Lorvik og Hansen (2021) henviser til i gang og når graviditeten blir konstatert, endrer noe seg hos de gravide. Å beskytte barnet fra farer eller ta unødvendige risikoer for å oppnå en ruseffekt, ser ut til å forsvinne. Rusmiddelavhengigheten blir lagt til siden for å gi barnet en så god start som mulig. Når graviditet erkjennes, er det kjent at de gravide tror at barnet vil bidra til endring og at rusmiddelavhengigheten vil forsvinne samt bli i stand til å leve et normalt liv (Killen & Olofsson, 2003, s. 61). Man kan vurdere om man i kontaktetableringen skal aktivt bygge videre på den mødringsprosessen, som alt har startet hos de gravide. Ved å se nærmere på denne delen av graviditeten, kan man gjerne åpne opp for mer eierskap til barnet og egen

graviditet og øke mestringsmuligheter om man retter fokuset vekk fra rusmiddelavhengigheten og retter fokuset på selve mødringsprosessen.

Det å vise sin uskyld, tross rene urinprøver er noe som preger informantene i det kontakten med den kommunale rusomsorgen etableres. Informantene uttrykker at de føler seg mistrodd. Det å bevise noe som tidvis kan oppleves uoppnåelig da de ikke har stort å vise til fra tidligere. Ved å være gravid samtidig som man har en rusmiddelavhengighet er en vanskelig omstilling i utgangspunktet (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Samtidig som at dette er en gruppe som blir stigmatisert, har dårlige erfaringer og lav selvtillit, kan man anta det kjennes enda tyngre og måtte motbevise sin egen rusfrihet overfor hjelpeinstansene (Nordenford & Hojer, 2017). Ved å tilby hjelp er det vesentlig at man som sosialarbeider har det i bakhode når man skal starte en kontaktetablering, hvor man bør være imøtekommende og tilnærmingen bør gjenspeile den gravides særegne behov. Gjennom å respektere kvinnen, og ikke være dømmende ovenfor kvinnen, så vil sannsynligheten øke for at opplevelsen av kontaktetablering blir betydelig større (Nordenfors & Hojer, 2017). Empati og en ikke dømmende holdninger er sentrale elementer for og bygge relasjon (Marinsen et al., 2018; Shulman, 2003).

Tidligere forskning henviser ikke til en nedre grense for inntak av rusmidler, og hvordan det påvirker barnet i magen. Noen holdepunkter finnes det likevel rundt konsumering av alkohol under svangerskapet. Som tidligere nevnt viser forskning at det skal minimale inntak av alkohol til som kan påføre barnet i magen skader (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 42). Slike lave tall kan være grunnlaget for hvorfor sosialarbeiderne har vanskeligheter med å slippe opp antall og lengde på urinprøve av de gravide, selv om den gravide avlegger ren/rusfrie prøver over lengre tid. Når den rusmiddelavhengige kvinnen tar i bruk rusmidler som kan gi skade på barnet, så har sosialarbeideren et lovpålagt ansvar i henhold til faglig kunnskap, juridiske rammer og yrkesetiske forpliktelser å overse at den gravide motstår fristelsen for rus (Fo, 2015, s. 5). Man må som sosialarbeider til enhver tid vurdere det totale risikobildet i henhold til barnet og den gravide psykiske helse, da det er nulltoleranse av rusinntak under svangerskap (Brandt & Grenvik, 2010, s. 32). Dersom det vurderes av sosialarbeideren at det er en overveiende sannsynlighet for rusinntak under graviditeten, har sosialarbeideren rett til å opprettholde urinprøver frem til barnet er født i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (HOT).

Anbefalinger fra helsedirektorat oppfordrer til tidlige samtaler med den gravide om alkohol og levevaner. Gjennom en samtale tidlig i kontaktetableringen kan det gi den gravide muligheten til å ta beslutninger og informerte valg fra starten. Det er betydningsfullt for den gravide å få informasjon så tidlig som mulig for å redusere eventuell skade på foster (Helsedirektoratet, b, s. 5). Når man tar en slik samtale er det nødvendig at man som sosialarbeider er forberedt på og kan møte gravide som opplever en slik samtale som belærende og et overtråkk i privatlivet. Det å endre levevaner er nødvendigvis ikke en lett omstilling og noe man som sosialarbeider må ha med seg gjennom samtalen. Under slike samtaler er det anbefalt å bruke motiverende intervju som metode når man snakker om slike sårbare emner. Dette kan ses i lys av den informasjonen som ble hentet ut fra informantene. Resultatet fra intervjuene viser til at det forelå ulike responser til hvordan kvinnene opplevde den informasjonsflyten som kom i starten av graviditeten. For enkelte opplevdes det som informasjonsrikt og nyttig, mens for andre opplevdes det som overveldende da de følte de hadde nok å forholde seg til med å kun være gravid. Dette kan derfor vurderes som at sosialarbeideren må vurdere hver enkelt sak som individuell, og vurdere om den gravide kvinnen er mottakelig for endring eller om det bør prioriteres ved senere møter. Det som er viktig i denne sammenheng i kontaktetableringen er å styrke kvinnens beslutning om endring, og bidra til å finne metoder som kan videreutvikle og styrke denne endringsprosessen (Helsedirektoratet, b, s. 6-8).

7.2 Hvordan opplever gravide rusmiddelavhengige sammenhengen mellom forventninger og autonomi i kontaktetableringsfasen?

Slik som det kom frem fra mine informanter omhandler mye av kontaktetablering om å bli sett på som et individ og ikke som en gruppe mennesker som skal få bistand i en normal «prosedyre». Informantene er tydelige på at de opplever å bli satt i en rusboks med regler som er like og gjeldende for alle som har en rusmiddelavhengighet. Informantene har en forventning om å bli sett på som et enkeltindivid hvor de har et behov for tilpasset oppfølging og som er dekkende i henhold til deres utfordringer. Informantene tydeliggjorde at de ikke ønsker å vite hvordan andre blir fulgt opp, da de selv ønsker å være i fokus. Det fremkommer også fra informantene at forventninger er noe som legger press på hvordan oppfølgingen blir. Informantene har egne forventninger og forutsetninger som kan prege hvordan oppfølgingen utvikler seg. Samtidig som sosialarbeideren har sine forventninger. Ser man nærmere på hvordan informasjonen blir tildelt kan man fort miste den enkelte, informant medelte at all informasjon

som ble formidlet var ikke like lett å forstå samtidig som informasjonen nødvendigvis ikke nådde frem. Prescott & Tvedten (2019) sier noe om ved langvarig rusmisbruk blir hukommelse svekket og evnen til å organisere nedsatt. Rusmiddelavhengige har også vansker med å ta ansvar for både seg selv og for andre, og de mangler ofte struktur på hverdagen og har utfordringer med å forholde seg til de kravene samfunnet stiller (Brandt & Grenvik, 2010, s. 38). Dette er noe man som sosialarbeider må inkludere i kontaktetablering med mennesker som har eller hatt en rusmiddelavhengighet. For å forstå den gravide sine forventinger, er det vesentlig at man har innsikt i hele konteksten, som kan bidra til at sosialarbeideren får mer kunnskap om hvordan man kan jobbe videre med forventningen til den gravide (Shulman, 2003, s. 31). Som sosialarbeider ønsker man å tilrettelegge for at forventningene innfris, men det er slik at man nødvendigvis ikke kan oppfylle alle forventningene som den gravide har. Det er situasjoner som tilsier at man ikke kan innfri alle forventinger og ønsker, men som den gravide dessverre ikke har forståelse for. Da er det sosialarbeidernes arbeidsoppgave å bidra og finne fremtoninger som kan bidra til at den gravide kan få en økende innsikt i egen situasjon og hvilke forventinger som ligger til grunn for at hennes forventingen når frem til tjenesten som hjelper henne (Shulman, 2003, s. 32)

Når rusmiddelavhengigheten tar overhånd og graviditeten ikke er nok til å avslutte rusinntak, er det viktig å bistå kvinnen i å forstå at rusmidler skader ikke bare mor, men også barnet i magen. Her kommer det også inn et dilemma hvor både barnet skal beskyttes, og kvinnens autonomi skal beskyttes. I 1996 trådte det i kraft en lov som belyser dette temaet, som handler om det å beskytte det ufødte liv, Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 10- 3. Her vil jeg trekke fram ett av mine funn som sier noe om hvordan det er å oppleve tvang på bakgrunn av rusinntak under graviditeten. I utgangspunktet er det frivillig å motta hjelp fra den kommunale rusomsorgen, som kan være dekkende nok om de klarer å avstå fra rusen. Om den gravide mot formodning ikke klarer å overholde de retningslinjene som den kommunale rusomsorgen tilbyr, kan den gravide tilbakeholdes i institusjon mot eget samtykke (Kristiansen, 2015, s. 9). Det blir vurdert om mor klarer på egenhånd å ta avstand fra rus i svangerskapet, og dersom mor ikke klarer å nyttiggjøre seg av den hjelpen og det vurderes at fosteret blir utsatt eller påført skade kan den kommunale rusomsorgen fatte et midlertidig tvangsvedtak for å ivareta det ufødte barnet. Det kommer frem fra en informant at tvangsinnleggelse skulle være en alternativ behandling, men ble opplevd mer

som tvang enn et alternativ. De etiske hovedutfordringene ved bruk av tvang er å avveie skadene som kan forebygges med bruk av tvang opp mot skadene og krenkelsene man påfører den gravide ved å iverksette et tvangsvedtak (Fo, 2015, s. 11-12). Ved å iverksette tvangsvedtak, kan man oppleve å miste selvbestemmelsesretten, som er et stort og alvorlig inngrep på menneskers liv (Helsedirektoratet, a, s. 11). Den primære tanken bak tvangsloven er å ivareta fosterets helse, men også motivere den gravide til behandling for sin rusmiddelavhengighet (Kristiansen, 2015, s. 11). Det er ikke nødvendigvis slik at de gravide kvinnene som blir overført på tvang opplever at de blir ivaretatt på lik linje som barnet. Man kan diskutere hvordan dette oppleves for de gravide, når alle rettigheter til egne valg forsvinner og man må forholde seg til hva andre sier. Det ble tydelig i funn at tvang kan oppleves som en stor påkjennelse og i noen tilfeller som et traume som er svært skambelagt. Autonomi og selvbestemmelsesretten handler om at mennesker skal ha friheten til å ta eget valg om liv og egen helse (Lundeberg et al., 2014, s.30), og loven og behandlingen kjemper for det ufødte barnet (Helse & omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3). For å oppnå målet om et rusfritt svangerskap må den gravidens valg og rettigheter komme i andre rekke. Dette strider mot tanken bak autonomi og selvbestemmelsesrett, når den gravide ikke får velge fritt i henhold til egen behandling og oppfølging i graviditeten. I kontakt med den gravide har man den autonome tankegangen med seg, hvor fokuset er rettet mot den gravidens selvbestemmelsesrett, men samtidig i enkelte tilfeller skjønner man at denne tankegangen ikke er dekkende nok og at den gravide ikke klarer å ivareta sitt ufødte barn. For det andre har man loven på sin side Jf (Hol) § 10-3. Funnene mine viser at dersom den gravide kvinnen ikke klarer å tilfredsstille de kravene som den kommunale rusomsorgen tilbyr, er det det ufødte fosteret som kommer i første rekke. De gravide opplever å miste sin selvbestemmelsesrett og føler seg overkjørt av systemet, ettersom de hadde en forventning om at de skal klare og kontrollere endringsprosessen på egenhånd.

Studien av Koleib (2020) viser at opplevelsen av hjelpen endrer seg over tid. Funn viser at i det tidspunktet tvangsvedtaket blir fattet oppleves som svært inngripende og mindre hensiktsmessig i henhold til det aktuelle innblikket den gravide har over egen situasjon. Når informantene får anledning og muligheten til å omstille tankene og prosessen de gjennomgår får de en bedre forståelse over at tvangsvedtaket som er iverksatt av den kommunale rusomsorgen er ment som en hjelp til å kunne avstå fra rusmidler og gjennomføre et rusfritt svangerskap. Selv om

informantene opplevde tvang som traumatiserende i starten, var det tydelig at det var det som skulle til for å gjennomføre et rusfritt svangerskap. Når en kvinne går gravid er det ikke bare hennes liv som står i fokus, men to liv. En kan nødvendigvis ikke ta hensyn til både den gravides autonomi og fri vilje når man skal ivareta barnets rett til liv. Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol) § 10-3 setter barnet i første rekke. Hensikten med denne loven er å trygge barnets rett til liv, helse og frihet. Funnene viser at barnet er første prioritet og mor bare må gjøre det som er forventet i en graviditet. De gravide kan føle seg overkjørt, den gravide blir tatt med tvang og hennes rettigheter om fri vilje og selvbestemmelsesrett over eget liv, blir fra tatt på § 10-3 i hol, hvor en holdes tilbake på tvang i svangerskap. Tvangsinnleggelse skjer ikke om den gravide klarer å overholde retningslinjene til den kommunale rusomsorgen, og unngår å skade sitt ufødte barn. Men i enkelte situasjoner hvor den kommunale rusomsorgen ikke er tilstrekkelig nok, hvor rusuget og abstinenser overtar tankemønster til gravide, må tvangstiltak vurderes og eventuelt iverksettes. Man kan i slike tilfeller gjerne si at vi er heldige som har et lovverk i Norge som er tilpasset for å ivareta det ufødte barnet, slik at det skal få den beste forutsetningen i livet. Bruk av tvang ivaretar gjerne ikke kvinnen selvbestemmelsesrett, men bidra positivt til den fysiske helsen til det ufødte barnet. Selv om bruk av tvang er motsigende i henhold til at mennesker skal være selvstyrt og ha ansvar for eget liv, så viser det at dette er en utbredt metode (Svendsen, 2019). Forskning viser at 80% av verdens land bruker tvang som hjelpemiddel i en eller annen form i behandlingen av rusmiddelavhengighet (Koleib, 2020). Dette kan argumenteres for at det er rett, ettersom at fosteret og den kommunale helseomsorgen, verken har tid eller råd til å avvente en prosess som er høyst usikker, i henhold til å få en god start på livet. Derfor vil et lovverk som setter fosterets helse først, gi valgmuligheter på vegne av fosteret (Killen & Olofsson, 2003, s. 17). Lovverket bør likevel brukes som en veileder hvor det i hver enkelt sak krever tilpasning for å imøtekomme den enkelte brukeren. I denne prosessen er det viktig å være forklarende til kvinnen om hvorfor et eventuelt tvangstiltak blir gjennomført, for å forsøke å gi dem forståelsen for at helsetjenesten ønsker å beskytte barnet.

7.3 På hvilke måter har relasjonen mellom gravide rusmiddelavhengige og sosialarbeider betydning for behandlingsforløpet?

Lossius (2021) sier at rusavhengighet kan erstatte behovet for relasjoner med andre mennesker fordi bruken av rusmidler gir en kjemisk reaksjon som oppstår i hjernen når rusmidler inntas i

kroppen, dette er de samme reaksjonene som man opplever ved nærhet og glede fra andre mennesker. Å komme i posisjon til å skape en god relasjon mellom sosialarbeideren og den gravide, krever innsats og tid fra begge parter. De første møtene handler om å utforske realiteten og ambivalensen i situasjonen den gravide befinner seg i, den gravide kan gå inn i samtalene med ambivalente følelser, hvor man på den ene siden ønsker å beskytte fosteret og har et ønske om å få hjelp i den situasjonen hun befinner seg i men på den andre siden fortsatt ønsker å ruse seg (Shulman, 2003, s. 149). De fleste som kommer i kontakt med den kommunale rusomsorgen, er ikke på frivillig basis, men blir oppsøkt da det er mistanke om rusmisbruk. Selv om man står overfor mandatklienter, er det viktig å huske på at det er den gravide som har kontrollen og at sosialarbeiderne må anse seg som en hjelper i den gravides problematikk (Shulman, 2003, s. 150). Ved å ha en slik synsvinkel på relasjonsbygging, kan det være en svært avgjørende faktor i hvordan relasjonene og samarbeidet utspiller seg videre. Når man er i en startfase i etablering og relasjonsbygging er det vesentlig at sosialarbeideren viser den gravide oppmerksomhet, anerkjennelse og empati (Mariensen et al., 2018). Det som kommer frem i funn er at relasjonen var en viktig faktor for å holde seg unna rusmidler i svangerskapet. I funnene mener informantene at tillitt, stabilitet og trygghet var en sentral faktor i relasjonen mellom dem og sosialarbeideren. Samtidig viser funn at de som har opplevd «svik» fra før, også har problemer med å stole på hjelpeapparatet, de har mistillit til hjelpeapparatet – samtlige som de opplever at hjelpeapparatet har mistillit tilbake til dem. Tilnæringsmåtene sosialarbeideren anvender i startfasen, og hvordan sosialarbeideren opptrer, kan påvirke resultatet bare i løpet av de første møtene (Shulman, 2003, s. 25). Funn trekker frem en tilnærming om hvordan situasjoner ble håndtert, og hvordan det ble gitt trygghet til de gravide rusmiddelavhengige i relasjonen med sosialarbeideren. Ved at sosialarbeideren var tydelig, men samtidig forståelsesfull, i en allerede vanskelig situasjon førte til økt tillitt fra den gravide, som ga en positiv følelsesmessig binding (Kåver, 2012). Samtidig som at relasjonen er en viktig faktor for informantene er det også en balanse sosialarbeideren må arbeide med hele tiden. Relasjonen er et verktøy som kan bidra til at situasjoner kan avverges og forstås bedre, men sosialarbeiderne må evaluere og balansere mellom spenningsfeltet hjelp og kontrollfunksjon (Levin, 2004, s. 112-113). Man er som sosialarbeider tildelt en oppgave og ivareta ett rusfritt svangerskap, og i noen tilfeller kan dette bidra til at relasjonen blir brutt og tillitten til sosialarbeideren ikke lenger er til stede. Ved å stå i situasjoner hvor den gravide er motvillig til tiltak som blir iverksatt er det viktig at

sosialarbeideren tørr og sette grenser og konfrontere den gravide, da deler av hjelpeprosessen er å arbeide seg igjennom den gravides utviklingsproblematikk (Shulman, 2003, s. 166). Som tidligere nevnt, så er det ifølge Shulman tre avgjørende ferdigheter som har en betydning i startfasen; det er å avklare sitt formål, avklare egen rolle samt fange opp klientens tilbakemeldinger (2003, s. 157). Det kan derfor være vesentlig i en startfase å ha en rolleavklaring mellom sosialarbeideren og den gravide, slik at de begge er klar over hvilken rolle de skal ha i samarbeidet videre. Dette kan underbygges av den informasjonen den ene informanten ytret, hvor rolleavklaringen opplevdes som annerledes enn hva utgangspunktet var. Når slike situasjoner oppstår, kan en viktig del av prosessen være at sosialarbeiderne blir passive og hører på hva den gravide har å si, samt gir den gravide muligheten til å ha en åpen dialog om relasjonene. Ved å tillate den gravide en slik mulighet kan det skape rom for videreutvikling og en barriere blir brutt (Shulman, 2003, s. 171-172). Ved at relasjonene mellom den gravide og sosialarbeideren drøftes åpent, kan det gi muligheter for sosialarbeideren til å klargjøre sin todelte rolle mer definert. Dersom sosialarbeideren og den gravide kvinnen klarer å bevare relasjonene dem imellom selv når motvillige tiltak er iverksatt, kan det bidra til både en bedre tillitsrelasjon og arbeidsrelasjon videre (Shulman, 2003, s.154-155). Dette kan også diskuteres å være to sider av samme sak, hvor sosialarbeidere skal komme i posisjon til en god relasjon og hvor de gravide skal bidra og være villige til å skape en god relasjon. Det kan derfor konkluderes med at det er samarbeidet mellom gravide og sosialarbeideren på tvers som bidrar til å bygge opp en god relasjon. Det kan nevnes at i McGrory et al. (2019) fremhever de at graden av samhandling mellom sosialarbeideren og den gravide ofte er en avgjørende faktor for utfallet. Det er flere hensyn til hvordan denne samhandlingen kan etableres. Det vesentlige er at funnene viser nemlig at relasjonen er en sentral faktor for også å holde avstand fra rusmidler. Det å erfare en god relasjon er en av de beste erfaringene en med rusmiddelavhengighet kan oppleve, men den sterkeste gleden er det å bli foreldre. Derfor så anses det som nødvendig å ha fokus hyppig oppfølging, lav terskel for kontakt og relasjonsbygging i oppfølging av rusmiddelavhengige, slik at de kan få følelsen av trygghet når de skal inn i en ny relasjonsbyggingsprosess med kommende barn (Brandt & Grenvik, 2010, s. 29-30) samt være villige til å skape en god relasjon. Det kan derfor konkluderes med at det er samarbeidet mellom gravide og sosialarbeideren på tvers som bidrar til å bygge opp en god relasjon.

8. Avslutning

I denne studien var det ønskelig å finne ut hvordan gravide rusmiddelavhengige opplevde kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen. For å kunne belyse denne problemstilling, ble det anvendt kvalitativt forskningsintervju av 4 kvinner, som hadde vært gravide og i kontakt med den kommunale rusomsorgen under sitt svangerskap. Videre ble funnene av intervjuene sett i lys av tidligere forskning og utvalgt teori som ble presentert i kapittel 4.

Det første forskningsspørsmålet handlet om hvordan gravide rusmiddelavhengige opplever informasjonsflyten som blir gitt av den kommunale rusomsorgen. Å etablere kontakt med gravide som har en rusmiddelavhengighet krever både tid og ressurser fra den kommunale rusomsorgen. Funnene viser at kontaktetableringsfasen er forbundet med skam over egen situasjon og usikkerhet med hensyn til videre forløp. Hvordan situasjoner blir håndtert og formidlet, bør vurderes nøye da hver og en har forskjellige behov og har ulike utgangspunkt for å hvordan de ønsker, og klarer å motta den informasjonen som blir gitt. Det å få tildelt viktig informasjon i starten av en kontaktetablering fungerte for informant 3, men informantene 1, 2 & 4 opplyste om at tidspunktet for når informasjonen ble formidlet er avgjørende for om de klarer å fange opp og ta innover seg den informasjonen som blir formidlet. Tre av informantene har nok med å håndtere graviditeten og mødringsprosessen i startfasen og har utfordringer med å fange opp all informasjon som den kommunale rusomsorgen er pliktet til å formidle. Selv om informasjon er nødvendig og man har i oppgave å vurdere tidspunktet for når denne informasjonen bør bli gitt, kan det konkluderes med at sosialarbeideren har en utfordrende rolle og ansvar ettersom de både skal ivareta den gravide og fosteret.

I henhold til det andre forskningsspørsmålet som gikk på hvordan oppleves sammenhengen mellom forventinger og autonomi. Funn indikerte at forventinger i henhold til oppfølging ikke samsvarte med egne forventinger. Dette kan knyttes opp til mangler på innsikt av egen situasjon eller at tilnærmingen og oppfølgingen ble håndtert på en måte som ikke var slik informantene forventet. Informantene beskrev en følelse av å bli kategorisert i en gruppe ikke som et individ, noe som de uttrykte som urettferdig behandling. Samtidig som at autonomien ble en mangel da

tvang ble vurdert eller vedtatt. Det ble også tydeliggjort for dem at barnet alltid kommer i første rekke noe som resulterte i at de opplevde at selvbestemmelsesretten forsvant i egen graviditet. Det blir tydelig i funn og drøftingsdelen at man i en tidlig fase, må etablere en klarhet i hvilke forventinger som foreligger og at man har en tydelig rolleavklaring. På den måten er de ulike partene innforstått med hvilken rolle man innehar, noe som kan bidra til å unngå rollekonflikter på et senere tidspunkt.

Det tredje og siste forskningsspørsmålet gikk på hvordan relasjonen mellom sosialarbeideren og den gravide rusmiddelavhengige påvirket behandlingsforløpet. Funn viste at relasjonen mellom sosialarbeideren og den gravide er en avgjørende faktor for hvordan forløpet under graviditeten ble. Det trekkes frem viktigheten med å ha en god relasjon når det foreligger episoder og hendelser som ikke er ønskelig under et svangerskap. Ved å ha etablert en god relasjon, har dette bidratt til at ubehagelige opplevelser, informasjon eller vurderinger som har oppstått, blitt opplevd som trygt. Samtidig kan det konkluderes med at man som sosialarbeider må trø varsomt, da relasjonen fort kan oppløses om man ikke håndterer relasjonen med respekt, både for hverandre og hverandres rolle. Det blir tydelig av funn at relasjonen er vesentlig for tillit i oppfølgingen og behandlingen av gravide rusmiddelavhengige.

8.1 Konklusjon

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven var det som skulle danne grunnlaget for å kunne besvare problemstillingen. Problemstillingen hadde som hensikt å redegjøre for hvordan gravide rusmiddelavhengige opplevde kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen. Først og fremst er det mulig å konkludere med at de kvinnene denne studien handler om, er sårbare kvinner som står ovenfor en situasjon som er vanskelig å forholde seg til. Videre så viste forskningsspørsmålene tre ulike aspekter i kontaktetableringen, og det kommer tydelig frem at gravide rusmiddelavhengige opplever kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen som generell og kontrollerende. Med dette menes det at rammeverket for oppfølging oppleves som for generell og for lite tilpasset til den enkelte. Videre så kan det oppleves som kontrollerende med for mye testing, for mange instanser å forholde seg til og negative konsekvenser ved manglende oppmøte. Det kan også konkluderes med at det er gjennomgående i oppfølgingsprosessen at det oppleves ett for stort fokus på rusmiddelavhengigheten, og selve

graviditeten føles nedprioritert. På tross av opplevelsen av manglende autonomi og for lite tilpasning til den enkelte, oppleves kontaktetableringen med den kommunale rusomsorgen som en brobygger. Med dette kan det forklares at relasjonen mellom gravide rusmiddelavhengige og sosialarbeider oppleves som motiverende og støttende i en allerede sårbar situasjon.

8.2 Avsluttende ord

Svaret på problemstillingen fremmer et behov for en forandring i hvordan gravide rusmiddelavhengige skal følges opp av den kommunale rusomsorgen. Det foreligger et behov for å kunne tilpasse rammeverket for oppfølging til den enkelte, hvor det skal foreligge en mulighet for å kunne gi den gravide rusmiddelavhengige mer autonomi. Gjennom et mer tilpasset rammeverk skal det gi muligheter for sosialarbeideren å ta flere valg underveis i oppfølgingen, for å kunne gi den enkelte kvinnen det hun har behov for. Konklusjonen viser også at det foreligger et behov for å strukturere hvordan oppfølgingen av gravide rusmiddelavhengige skal gjennomføres. Det er et behov for å redusere antall instanser som er involvert i prosessen, hvor dette har blitt diskutert til å oppleves for overveldende. Denne studien kan bidra til å informere og belyse sosialarbeidere og helsetjenesten om hvordan gravide rusmiddelavhengige opplever kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen. Informasjonen fra denne studien kan være nyttig som en veiviser i forhold til veien videre og hvordan rammeverket for oppfølging kan endres og forbedres, noe som var grunnlaget til denne studien.

Referanser

- Backe, B. (2010). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (1.utg.). (s. 207-227). Oslo: Akribe AS.
- Barnelova. (1982). Lov om barn og foreldre (barnelova) Hentet (13.01.21) fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (barnevernloven) Hentet (13.01.21) fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.). (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Blaas, H-G. K. & Eik-Nes, S. H. (2017). Embryologi - fosterets vekst og utvikling. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*.(1.utg.).(s.237-244). Oslo: Akribe AS.
- Brandt, A., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Dallan, O. (2002). *Metode og oppgave-skriving for studenter* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen (FO) (2017). Global definisjon av sosialt arbeid. Hentet (28.01.2021) fra: https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid_NO.pdf
- Fellesorganisasjonene (FO) (2015). Yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet (20.04.21) fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk grunnlagsdokument.pdf>

Folkehelseinstituttet (FHI) (2019). Rusbruk lidelser i Norge. Hentet (15.02.21) fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

Grønmo, S. (2021). Forskningsmetode – Samfunnsvitenskap. Store Norske Leksikon. Hentet

(05.05.2021) fra: <https://snl.no/forskningsmetode - samfunnsvitenskap>

Halvorsen, Knut. (2014). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Hansen, T. (2015). Sekundærdata. Strategi- og analyseforeningen. Hentet (05.05.2021) fra:

<http://www.analysen.no/latest-news/item/sekundaerdata>

Hansen, Frid A., Guro Brekke, Egil Nordlie, Norge, Sosial- og helsedepartementet, Norge, Rusmiddeldirektoratet, og Borgestadklinikken. (2000). *Graviditet, barn og rusmidler: prosjekterfaringer til bruk for primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og barnetjenesten*. Oslo; Skien: Sosial- og helsedepartementet: Rusmiddeldirektoratet; Borgestadklinikken kompetansesenter.

Helsedirektoratet. (a) (2016). Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Hentet (26.05.20)

fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer – Veileder.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20-%20Veileder.pdf) /attachment/inline/c399c1b7-d0ef-44a9-af9a-80c018385021:2e78c8bfe086d5bf644ee8fcc7e2990c048b6787/Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer – Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (b) (2013). Tidlig samtale om alkohol og levevaner – veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen. Hentet (26.05.20) fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tidlig-samtale-om-alkohol-og-levevaner/Tidlig samtale om alkohol og levevaner – Veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tidlig-samtale-om-alkohol-og-levevaner/Tidlig%20samtale%20om%20alkohol%20og%20levevaner%20-%20Veiviser%20for%20helsepersonell%20i%20svangerskapsomsorgen.pdf) /attachment/inline/dafb88fc-5b95-4f39-baab-2342b0f898de:22f01c5835cc738adb510c4013252500e37fa057/Tidlig samtale om alkohol og levevaner – Veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen.pdf

Helsedirektoratet. (c) (2011). Nasjonale retningslinjer for gravide i legemiddelassistert

rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Hentet (19.01.21) fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/dokumenter-lar-gravide/Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder – Nasjonal faglig retningslinje.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/dokumenter-lar-gravide/Gravide%20i%20legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20familiene%20frem%20til%20barnet%20n%C3%A5r%20skolealder%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf) /attachment/inline/0c509cd5-8da6-47c6-98c3-bad6f1dc0f83:e763f6f3bd055810d85161fe3e417df21f60aca2/Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder - Nasjonal faglig retningslinje.pdf

Helsedirektoratet. (e) (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og

oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser from <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>

Helsedirektoratet (2018). Svangerskapskontroller. Hentet (07.03.2021) fra:

<https://www.helsenorge.no/gravid/svangerskapskontroller/>

Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet (06.05.21) fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

International Federation of Social Workers (IFSW) (2014). Global definition of social work.

Hentet (28.01.2021) fra: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery – Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Koleib, H. (2012). Behandlingstilbud til gravide med rusproblemer. *Rus og samfunn* 03(6), 28-

31. Hentet (19.01.21) fra: <https://www-idunn->

[no.ezproxy.uis.no/file/pdf/55408173/behandlingstilbud_til_gravide_med_rusproblemer.pdf](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/file/pdf/55408173/behandlingstilbud_til_gravide_med_rusproblemer.pdf)

- Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken. (2014). Hjelp til gravide og småbarnsfamilier med problematisk bruk av rusmidler. Hentet (26.05.20) fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/83612-Ressurshefte-for-kommunene.pdf>
- Kristiansen, R. (2015). Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter HOT § 10-3 i perioden 2011-2014- sammenlignet med funnene fra 1996-2010: Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåver, A. (2012). *Allianse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lossius, K. (Red). (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lorvik, M. I. & Hansen, A. F. (2021). Gravide rusmiddelavhengige. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg.). (s. 229-246). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lundeberg, I.R., Mjåland, K., & Søvig, K.H. (2014). *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaring med tvang*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forsknings-metoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McGrory, J., Breckenridge, J. & Mowll, J. (2019). Women who use alcohol and other drugs during pregnancy: exploring complexity of client engagement and their compliance with human service expectations. *Journal of Social Work Practice*, 34 (1), 81-94. Hentet (20.10.20) fra: <https://www-tandfonline.com.ezproxy.uis.no/doi/full/10.1080/02650533.2019.1572079?scroll=top&needAccess=true>
- Marinsen, E. W., Falkum, E., Haavet, O. R., & Røssing, J.I. (2018). *ABS i kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- NAS (Neonatal Abstinenssyndrom) (2012). I Helsebiblioteket. Hentet (07.03.2021) fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/gravide-i-lar/fodsel-og-nyfodtperiode/nyfodtperioden/nas-neonatal-abstinenssyndrom>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiv på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21-42). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nordenfors, M. & Hojer, I. (2017). Mothers with substance and alcohol abuse-support through pregnancy and early infancy. *Social Work in Health Care*, 56 (5), 381-399. Hentet (20.10.20) fra:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00981389.2017.1299072?journalCode=ws-hc20>
- Norske senter for forskningsdata (2020). Må jeg melde inn prosjektet mitt? Hentet (21.10.20) fra:
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Olofsson, M & Lindemann, R. (2003). Rusmiddelbruk i svangerskap og konsekvenser for det nyfødte barnet. I K. Killen & M. Olofsson (Red.), *Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer* (s. 39- 57). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Prescott, P. & Tvedten, T (2019) *Kognitiv terapi i behandling av rusmiddel-problemer: Motivasjon, beslutningstaking og gjennomføring av endring*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogaland- A senter (u.å). Avdeling gravide og småbarnsfamilier. Hentet (15.01.21) fra:
<https://www.rogaland-asenter.no/behandling/behandlingstilbud/avdeling-for-gravide-og-smabarnsfamilier>
- Sagdahl, M. S. (2019). Autonomi – filosofi. Hentet (09.02.21) fra:
<https://snl.no/autonomi - filosofi>

- Sandnes kommune (2020). Fagteam rus: Iverksettelse av kontaktetablering og hjelpetiltak for gravide rusmiddelavhengige, eller ved mistanke om rus og graviditet. Hentet (23.10.20) fra: <https://x08.ksx.no/system.php?item=1097&ok=pm7qn6r039csby2>
- Sandnes kommune (2020). Fagteam rus: samarbeidsrutiner med jordmor og helsesøster ved graviditet og rus. Hentet (23.10.20) fra: <https://x08.ksx.no/system.php?item=1279&ok=pm7qn6r039csby2>
- Sandnes kommune (2020). Målsetting av behandlingsforløpet. Hentet (23.10.20) fra: <https://x08.ksx.no/system.php?item=1107&ok=pm7qn6r039csby2>
- Sandnes kommune (u.å). Rus og psykisk helsehjelp til voksne. Hentet (12.01.21) fra: <https://www.sandnes.kommune.no/helse-sosial/rus-og-psykisk-helsehjelp-for-voksne/>
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykjariboken Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Slinning. (2004). Foster placed children prenatally exposed to poly-substances. *European child & adolescent psychiatry*, 13(1), 19-27. Hentet (23.01.21) fra: file:///Users/camillakjemhus/Downloads/Slinning2004_Article_FosterPlacedChildrenPrenatally.pdf
- Statistisk sentralbyrå (u.å). Kommune Sandnes (Rogaland). Hentet (12.01.21) fra: <https://www.ssb.no/kommunefakta/sandnes>
- Sundby, T. L. M. & Nisted, I. M. (2017). Primære og sekundære datakilder. Hentet (12.04.21) fra: <https://ndla.no/nb/subject:7/topic:1:183191/topic:1:105795/resource:1:93370?filters=urn:filter:433559e2-5bf4-4ba1-a592-24fa4057ec01>
- Svendsen, L. Fr. (2019). Hva er autonomi? Hentet (28.01.21) fra: <https://www.civita.no/politisk-ordbok/hva-er-autonomi>
- Thagaard, T. (2018). *Systematisk og innlevelse: en innføring i kvalitative metode* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Waal, H. (u.å). Forebygging.no: Kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse- og rusforebyggende arbeid. Hentet (15.02.21) fra: <http://www.forebygging.no/spm-og-svar/1-Teorilitteratur/Kan-dere-gi-meg-en-definisjon-av-begrepene-rusmiddel-og-rusmisbruker-pa-forhand-takk/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Infoskriv til informanter

Infoskriv om masteroppgaveprosjekt.

Jeg skal skrive en masteroppgave om gravide kvinner med rusproblematikk og kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen med følgende problemstilling:

“Hvordan opplever gravide kvinner med rusproblematikk kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen?”

Prosjektet gjennomføres av mastergradsstudent Camilla Kjemhus som tar mastergrad i sosialfag tilknyttet institutt for sosialfag ved Universitet i Stavanger. Forventet sluttdato for prosjektet er juni 2021. Prosjektansvarlig/ veileder i masteroppgaven er stipendiat Gurli Olsen med telefonnummer: 94159566 og e-mail: Gurli.olsen@uis.no. Kontaktopplysninger til UiS sitt personvernombud er via e-post: personvernombud@uis.no.

Deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig, og dere kan når som helst velge å trekke dere uten å måtte gi noen begrunnelse for dette. Når det opprettes kontakt med deg kan det gjerne oppleves vanskelig å si nei til forespørselen om å være deltaker i dette forskningsprosjektet ved direkte kontakt. Det er av den grunn mulighet å sende forsker SMS eller brev hvor du informerer at du ikke ønsker å være deltaker i forskningsprosjektet. og dere kan når som helst velge å trekke dere uten å måtte gi noen begrunnelse for dette. Når det opprettes kontakt med deg kan det gjerne oppleves vanskelig å si nei til forespørselen om å være deltaker i dette forskningsprosjektet ved direkte kontakt. Det er av den grunn mulighet å sende forsker SMS eller brev hvor du informerer at du ikke ønsker å være deltaker i forskningsprosjektet. å si nei til forespørselen om å være deltaker i dette forskningsprosjektet ved direkte kontakt. Det er av den grunn mulighet å sende forsker SMS eller brev hvor du informerer at du ikke ønsker å være deltaker i forskningsprosjektet. og dere kan når som helst velge å trekke dere uten å måtte gi noen begrunnelse for dette. Når det opprettes kontakt med deg kan det gjerne oppleves vanskelig å si

nei til forespørselen om å være deltaker i dette forskningsprosjektet ved direkte kontakt. Det er av den grunn mulighet å sende forsker SMS eller brev hvor du informerer at du ikke ønsker å være deltaker i forskningsprosjektet.

Dine rettigheter så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Data blir oppbevart på lukket nettverk med brukernavn og passord, samt lagret på en bærbar enhet utfra UIS sine retningslinjer i henhold til røde/fortrolige informasjon.

“Hvordan opplever gravide kvinner med rusproblematikk kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen?” Er et masterprosjekt som har formål om å undersøke og utvikle kunnskap om hvordan kvinner med rusproblematikk opplever autonomi i kontakt med helsevesenet ved kontaktetablering med den kommunale rusomsorgen, hovedfokuset vil bli den første måneden. Som en del av prosjekt vil jeg gjennomføre individuelle intervjuer med gravide og tidligere gravide kvinner som har hatt oppfølging av Sandnes kommune, Mestringsenheten, avd. Rus og avhengighet.

Jeg skal gjennomføre individuelle intervjuer med 4 deltakere, som vil være utgangspunktet for min analyse av min forskningsoppgave. Jeg vil bruke representanter tilknyttet min arbeidsplass i Sandnes kommune, Mestringsenheten, Avd. Rus og avhengighet. Intervjuet vil ta form av en samtale der jeg stiller noen forhåndsbestemte spørsmål, men det er også anledning for å ta opp andre spørsmål som du som intervjuperson synes er relevante. Intervjuet vil med deres godkjennelse bli tatt opp på lydopptaker, og senere skrevet ut. Ingen direkte personopplysninger (navn, adresse) vil bli oppgitt i oppgaven som vil bli fremstilt. Intervjudeltakerne vil bli anonymisert og kalt kvinne 1, kvinne 2, kvinner 3 og kvinne 4.

Når forskningsprosjektet er avsluttet vil navnelister over intervjupersoner og lydopptak slettes, og intervjuutskriften vil bli kodet slik at direkte og indirekte opplysninger ikke skal fremkomme.

Dersom dere etter å ha deltatt i intervjuet ønsker å trekke dere vil alle opplysninger bli slettet, og informasjon som dere har gitt under intervjuet vil ikke bli anvendt i forskningsprosjektet.

Studien skal meldes til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Hvis dere har spørsmål knyttet til prosjektet eller deres deltakelse kan dere ta kontakt med meg på telefon eller e-post.

Vennlig hilsen

Camilla Kjemhus

Camillakjemhus@hotmail.com

+47 40494397

Samtykke til deltakelse

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet “*Hvordan opplever gravide kvinner med rusproblematikk kontaktetabling med den kommunale rusomsorgen*”. Jeg har fått skriftlig og muntlig informasjon om at deltakelsen i dette prosjektet er frivillig, og at jeg når som helst under prosjektet kan trekke mitt samtykke uten at dette får konsekvenser for meg. Jeg har også fått informasjon om at alle opplysninger som blir innhentet fra meg, blir anonymisert og oppbevart forsvarlig.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *1.juni 2021*.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Planen er å utføre et dybdeintervju av fire kvinner som enten er gravide eller har vært gravid som har hatt oppfølging av jordmortjenesten og den kommunale rusomsorgen igjennom sin graviditet. De utvalgte i studien vil være kvinner som er kjent for Mestringsenheten, avd. rus og avhengighet.

Intervjuguiden er semistrukturert med overordnede temaer, inkludert mulige oppfølgingsspørsmål.

Tema 1: Kontaktetablering

- Kan du beskrive den første kontakten mellom deg og den kommunale rusomsorgen
 - Hvordan ble du kontaktet??
 - Hva var begrunnelsen for at du ble kontaktet? var begrunnelsen for at du ble kontaktet?
 - Hvordan opplevde du kontaktetableringen etc.?, opplevde du kontaktetableringen etc.?,
 - Evt. opplevde du å få for mye eller for lite informasjonen den første måneden om videre oppfølging? informasjonen den første måneden om videre oppfølging?
- Hvilke følelser beskriver din opplevelse av kontaktetablering den kommunale rusomsorgen?
- Er det noe du skulle ønske hva annerledes i den første mnd. i oppfølgingen?

Tema 2: Deltakelse, medvirkning

- Kan du beskrive eller fortelle om en episode/hendelse/samtale eller lignende, hvor du opplevde kontakten som positiv eller negativ?
- Opplevde du kontroll over egen situasjon i denne overgangen/kontaktetableringen?
- Hvordan opplevde du mulighetene for gjennomslagskraft for egne synspunkter og perspektiv?
- Kan du fortelle om hvordan du eventuelt opplevde situasjoner hvor dere var uenige? Og hvordan det ble håndtert?

Tema 3: Tilleggsinformasjon

- Hva anser du som nødvendig og endre på i henhold til tilnærming av gravide med rusproblematikk i svangerskap?
- Har du noen sluttkommentarer eller noe du vil legge til som du mener er relevant?