

# **«Det krever mer, enn å bare bli rusfri»**

Helsepersonellens erfaringer av meningsfull hjelp til gravide  
rusmiddelavhengige kvinner.



**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i Rus og psykisk helsearbeid 2017-2019**

**Masteroppgave 40 studiepoeng**

**Marita Helen Wehus**

**Veileder: Ingunn Studsrød**

**31.Mai 2019**

UNIVERSITETET I STAVANGER  
MASTERSTUDIUM I RUS OG PSYKISK HELSE  
MRPMAS-1 18V

SEMESTER

(Vår 2019)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Marita Helen Wehus

VEILEDER: Ingunn Studsrød – Professor ved instituttet for sosialfag

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVEN:

Norsk tittel: «Det krever mer, enn å bare bli rusfri»

Engelsk tittel: «It requires more than just being drug-free»

EMNEORD/STIKKORD:

Gravid, rusmiddelavhengig, helsepersonellet, relasjonsbygging, tverrfaglig samarbeid, tvang, frivillighet eller frivillig tvang, god nok- rusfri mamma, meningsfull hjelp.

ANTALL SIDER: 78

STVANGER

MAI 2019.

## Forord

Takk til mine seks informanter som har stilt opp til intervju og delt av sine gode kunnskaper og erfaringer på området. Og ikke minst takk til deres ledere som fikk meg i kontakt med dem. Informasjonen dere medelte under intervjuene, ga meg masse ny kunnskap som har vært med på å gjøre oppgaven helhetlig og innholdsrik.

Takk til min veileder, Ingun Studsrød som har veiledet meg og fulgt meg opp gjennom hele denne prosessen. Du har motivert meg og hatt troa på meg. Tusen takk for fantastisk hjelp.

Takk til min mamma, pappa og søster, mine venner og min kjæreste, som har gitt meg positiv støtte gjennom hele prosessen og som har vist forståelse for at tiden min ikke strekker til som den vanligvis gjør.

Takk til min venninne Veronica H for tilbakemelding og motivasjon og til min venninne Terese for gode diskusjoner og oppmuntring, samt en takk til min kollega.

Takk til min arbeidsgiver som ga meg permisjon i mai måned, slik at jeg kunne ha fullt fokus på skole.

Så, igjen takk til alle som har støttet meg og løftet meg opp gjennom denne prosessen.

## Vær varsom, kjære menneske....

Det er så lett å dømme  
Når en annen gjør no` galt...  
Vi kneiser let med nakken  
Ter oss "riktig og normal..."

Vær varsom, kjære menneske,  
Når du skal gi din dom,  
Så kanskje du blir mildere  
Når du får tenkt deg om...

Ved neste kryss I livet  
Kan det hende det er du  
Som snubler litt og faller  
Før du skjønner du må snu...

I stede for å håne  
Kan du rekke ut ei hand,  
Så kanskje turen bremses  
Før den ender helt på "bånn"

-Anne Heidrum-

# Innhold

Forord.....	2
Vær varsom, kjære menneske.....	3
Sammendrag .....	7
Summary.....	8
1.0 Innledning .....	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.2 Studiens formål .....	10
1.3 Studiens avgrensning .....	10
1.4 Begrepsavklaring.....	11
1.4.1 Helsepersonell .....	11
1.4.2 Pasient .....	11
1.4.3 Graviditet.....	11
1.4.4 Misbruk .....	12
1.4.5 Skadelig bruk.....	12
1.4.6 Rusmiddelavhengighet .....	12
1.5 Studiens oppbygning.....	13
1.6 Forforståelse.....	13
2.0 Kunnskapsgjennomgang .....	13
2.1 Rus, historie og politikk .....	13
2.2 Utdfordrende for samfunnet, ulike profesjoner og den enkelte .....	15
2.3 Rus på både godt og vondt.....	15
2.4 Vedlikeholdsdose fra staten .....	16
2.5 Lovgrunnlag .....	17
2.5.1 Spesialisthelsetjenesteloven .....	17
2.5.2 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	17
2.6 Etikk og rettigheter.....	19
3.0 Teoretiske referanserammer .....	19
3.1 Tidligere forskning.....	20
3.2 Ulike rusmidler og deres påvirkning på både mor og barn.....	21
3.2.1 Tobakk.....	21
3.2.2 Alkohol.....	21

3.2.3 Metadon.....	22
3.2.4 Amfetamin.....	22
3.2.5 Benzodiazepiner .....	22
3.2.6 Cannabis .....	23
3.2.7 MDMA .....	23
3.2.8 Andre stoffer.....	23
3.3 Gravide tvangsinnlagte kvinner fra 1996-2010.....	23
3.4 Tverrfaglig samarbeid, gir en helhetlig behandling .....	25
3.5 Teoretiske perspektiver .....	25
3.5.1 Det humanistiske perspektivet.....	25
3.5.2 Holismen «Helhetsforståelse» .....	26
4.0 Metode .....	27
4.1 Vitenskapsteori.....	27
4.1.1 Hermeneutikk .....	28
4.1.2 Fenomenologi .....	28
4.2 Metode og metodiske overveielser design .....	28
4.3 Utvalg av informanter .....	29
4.4 Innsamling av data .....	30
4.5 Gjennomføring av intervjuer.....	30
4.5.1 Pilotintervju .....	30
4.5.2 Individuelle intervjuer .....	31
4.6 Bearbeiding og analyse av data.....	31
4.6.1 Transkribering .....	31
4.6.2 Helhetsinntrykk .....	32
4.6.3 Meningsbærende enheter.....	32
4.6.4 Kondensering.....	33
4.6.5 Syntese.....	33
4.7 Validitet og reliabilitet .....	33
4.8 Forskningsetisk vurdering.....	34
5.0 Presentasjon av funn .....	35
5.1 Frivillighet, tvang eller «frivillig tvang».....	36
5.2 Samarbeid på tvers .....	39
5.3 Å komme i posisjon .....	43
5.4 God nok- Rusfri mamma.....	47

6.0 Drøfting.....	52
7.0 Konklusjon.....	60
Referanser .....	62
Vedlegg 1 .....	66
Vedlegg 2.....	70
Vedlegg 3.....	75

## Sammendrag

Hensikten med denne studien var å utvikle kunnskap om helsepersonellens erfaring av meningsfull hjelp som gis til gravide rusmiddelavhengige kvinner. Formålet med studiet var å finne ut hvilken hjelp helsepersonellet kunne tilby, om hjelpen var tilstrekkelig, hva måtte til for at hjelpen skulle bli meningsfull og hva helsepersonellet erfarte som meningsfull hjelp. Ønsket også å få en forståelse av hvordan det var å jobbe med kvinner som er i denne situasjonen. Hvor mye arbeid helsepersonellet måtte legge i for å nå målene og for at hjelpen skulle bli meningsfull. Studiens problemstilling lyder «*Hva erfarer helsepersonell som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner?*». Metodevalget i denne studien var kvalitativt. Det ble utført seks individuelle intervjuer, med helsepersonell fra en forsterket helsestasjon og to ulike klinikker. Analysemetoden som ble brukt for å analysere datamaterialet, er systematisk tekstkondensering. Analysen identifiserer fire ulike temaer: (1) Frivillighet, tvang eller «frivillig tvang». (2) Samarbeid på tvers. (3) Å komme i posisjon. (4) God nok- rusfri mamma. De fire temaene ble drøftet sammen med tidligere forskning, litteratur og teori. Funnene viser til nødvendigheten av tvang, betydningen og behovet av det tverrfaglige teamet og de ulike profesjonene, samt verdien av tillit, trygghet og stabilitet. Videre viser funnene til behandlingens mål om en meningsfull hverdag som en rusfri mamma. Studien viste at med hjelp kan kvinnen greie det, de kan bli gode nok- rusfrie mødre og med den helhetlige hjelpen bestående av de ulike prosessene erfarer helsepersonellet hjelpen de gravide rusmiddelavhengige kvinnene får som meningsfull.



## Summary

The intention of this study was to gather knowledge about the experiences health care professionals have in caring for pregnant, drug addicted women. The purpose of the study was to expound on the help health care professionals could offer, if that care was adequate, what it takes to make that care meaningful, and what the health care professionals considered as meaningful care. Along with getting an understanding of how it is working with women in this situation, the study examined how much work the health care professionals put into reaching patient goals and how to ensure the care given is meaningful. The main objective of the study was to answer the question: «What is meaningful care for pregnant, drug addicted women, according to health care professional's experiences? » The qualitative approach was chosen as the methodology. Interviews were held with six health care professionals from two clinics as well as a secured institution. To analyze the data, a method of systematical text condensation was used. The analysis identified four different topics: (1) Voluntary, coercion or «voluntary coercion». (2) Interdisciplinary cooperation. (3) To get in position. (4) Good enough – drug-free mother. The four topics were examined with previous research, literature and theories. The results support the necessity of coercion, the significance and necessary use of interdisciplinary teams, as well as the value of trust, safety and stability. The research also showed the treatment objective of a meaningful, everyday life as a drug-free mother. The study indicates that the informants view their jobs as meaningful, and everything they do around these women is meaningful. But it was the entire aggregate caring process that these health care professionals identified as the meaningful care towards the drug addicted women.

## **1.0 Innledning**

I innledningen presenteres valg av tema, formål med studien, avgrensning, studiens oppbygging og forforståelse. Samt en presentasjon av ulike begrep som er sentralt for studien videre.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Temaområdet i denne studien er helsehjelpen som gis til gravide rusmiddelavhengige kvinner. Gjennom studien er det ønskelig å få mer kunnskap om hjelpen helsepersonellet gir, og hva helsepersonellet erfarer som meningsfull hjelp til kvinner i denne målgruppen.

I Norge er det iverksatt tiltak som skal sikre hjelp til gravide rusmiddelavhengige med tett oppfølging fra ulike profesjoner som blant annet jordmor, lege, helsesøster, forsterkede helsestasjoner, sosialtjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette kan enten være behandling ved en innleggelse i institusjon eller ved en poliklinisk behandling (Koleib, 2012).

1. Januar 1996, fikk Norge anledning til å holde tilbake kvinner som er gravide og har en rusmiddelavhengighet, henimot deres vilje, på institusjon gjennom hele svangerskapet. Per i dag finnes denne lovbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven §10-3, men da den trådte i kraft var den å oppdrive under sosialtjenesteloven §6-2a (Wiig, 2013).

Wiig (2013) viser at, av tvangsinnlagte kvinner ved Borgestadklinikken i 2009 og 2010 så var det nærmere 70 % av kvinnene som valgte en eller annen form for videre frivillig behandling etter endt tvangsopphold. Wiig (2013) konkluderer med at hjelpen som blir gitt til en viss grad ser ut til å fungere. Det både med tanke på å bli en god omsorgsperson og med rusbehandlingen. Gode resultater ved hjelp av tvang, kommer frem i flere undersøkelser på internasjonal basis (referer av Koleib, 2012).

I verden er det 80% av alle landene som utøver tvangs behandling på pasienter som har et rusmisbruk. Tvang kan være uunnværlig for å hindre en mor i å påføre den ufødte babyen skader mens den er i magen eller senskader etter fødsel (Koleib, 2012).

Tvangsparagrafen i helse- og omsorgsloven §10-3, kan holde de som er gravide og rusmiddelavhengige tilbake på tvang gjennom hele svangerskapet. Dette er særegent og en bestemmelse som kun gjelder for Norge (Koleib, 2012). Å foreta et inngrep som tvang overfor et medmenneske, er svært alvorlig. Det er derfor viktig med klare rammer

og å vite hvem som har ansvar for å iverksette slike tiltak. Når en skal finne den beste løsningen for både mor og babyen i magen hennes, er det svært viktig med et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene som samarbeider om behandlingen rundt kvinnene (Koleib, 2012).

Den 23.05.06 publiserte VG en artikkel med tittelen «*Tvangsinnleggelse av gravide rusmisbrukere: Eks-narkoman takker tvangslov for livet*» (Libråten 2006). Artikkelen handler om ei dame som på den tiden var 33 år. Hun startet å ruse seg i 13 årene, første sprøyten ble satt i en alder av 17 år og da hun ble 19 år fant hun ut at hun var gravid. Hun forlot ikke rusmiljøet, men hun ruset seg ikke under svangerskapet. Hun fortsatte å ruse seg i helgene når hun ikke hadde datteren, men en dag gikk det for langt og barnet ble tatt fra henne. Hun ble igjen gravid og i mai 1996 ble hun innlagt på tvang og fortelle i artikkelen «*Jeg hadde bestemt meg for at nok var nok, og graviditeten var nærmest en gave som ga meg hjelp med en gang.*» Etter innleggelsen kommer det frem at hun ikke har ruset seg siden og at hun nå har begge døtrene, dette takker hun tvangsloven for (Libråten 2006).

## **1.2 Studiens formål**

Formålet med denne studien er å få økt kunnskap om hva helsepersonellets erfaringer av meningsfull helsehjelp til gravide rusmiddelavhengige er, i tillegg til å gjøre rede for hva som må til for at hjelpen skal bli meningsfull.

Problemstillingen lyder: *Hva erfarer helsepersonellet som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner?*

Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om hjelpen helsepersonellet gir til gravide rusmiddelavhengige kvinner. Er hjelpen tilstrekkelig, hva må til for å kunne utøve meningsfull hjelp, hva erfarer helsepersonellet som meningsfull hjelp, hvordan skal man klare å holde babyen i magen rusfri, hvordan legges kvinnen inn, hvem er med i det tverrfaglige samarbeidet rundt kvinnene, hvilke utfordringer og muligheter ser helsepersonellet og hva ønsker helsepersonellet egentlig å oppnå med behandlingen av disse kvinnene. Ved hjelp av intervjuguiden som er utarbeidet er det ønskelig å prøve finne svar på dette

## **1.3 Studiens avgrensning**

Studien er avgrenset til helsepersonell som jobber med gravide rusmiddelavhengige kvinner som får hjelp ved en forskrekket helsestasjon eller kvinner som er innlagt på

ulike klinikker. Det er helsepersonellens erfaring av meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengighet kvinner som er i fokus.

## **1.4 Begrepsavklaring**

Her blir ulike begrep som er av betydning for studien videre belyst.

### **1.4.1 Helsepersonell**

Definisjonen av helsepersonell kommer klart fram i helsepersonelloven (hpl) § 3 (Helsepersonelloven, 1999, § 3). Man finner også ut hvem som har status helsepersonell ved å slå opp i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 1-3 Bokstav e (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). I Helsepersonelloven §48 finner vi en rekke yrker som har autorisasjon og som ifølge loven regnes som helsepersonell (Eilertsen 2017).

### **1.4.2 Pasient**

En kvinne som er frisk og gravid, og går til jordmor, defineres etter loven, som en pasient grunnet hun mottar hjelp (Eilertsen 2017). Det er kvinne i denne studien som mottar hjelp og da blir definert som pasientene. Jeg bruker ikke ordet pasient videre i studien, jeg bruker ordet kvinner. Men da kvinnen går under definisjonen som pasient, er dette begrepet greit å forklare. Pasient er et ord med en vid definisjon (Eilertsen 2017). For å definere ordet kan man med hjelp av loven får et klart svar på dette. Slår man opp i pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 a. ser man at en pasient i først omgang er en person som ikke trenger å være sykt, men som helse- og omsorgstjenesten tilbyr eller gir hjelp til eller som personen selv søker hjelp hos (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3.).

### **1.4.3 Graviditet**

En graviditet hos en kvinne varer i snitt 268-269 dager, som tilsvarer ca 40 uker. Graviditeten deles opp i tre, første, andre og tredje trimester (Blaas, 2017). Hos den gravide skjer det store endringer med kroppen under et svangerskap, det omfatter endringer iblant annet nyrene, hjertet, urinveiene, kretsløpet, skjelettet, respirasjonssystemet, immunologi og blodet og muskulaturen. I tillegg til dette skjer også psykiske og kognitive endringer (Backe, 2017). Utviklingen hos fosteret starter tidlig, allerede i uke 8 har hjertet fire kamre og ansiktet har utviklet seg. I uke 12 ser man fosteret som et menneske og etablering av alle organer er i full gang og fortsetter videre med utviklingen hjertes struktur i uke 14 og lungene i uke 36. Det skjer med andre ord svært mye i løpet av en kort periode under et svangerskapet (Blaas, 2017).

#### **1.4.4 Misbruk**

Det er mange ordene å velge mellom når det kommer til rusbruk. Man har blant annet ruslidelse, rusmisbruk, rusproblem, rusmiddelavhengighet og skadelig rusbruk. Videre belyses noen av disse begrepene.

Definisjonen av misbruk menes bruk som overskrider det som er forskrevet av lege eller mer enn det som anses for å være mer enn sosialt akseptabelt (Snoek & Engedal, 2010). Hvis det oppdages bruk av rusmidler og rusmisbruk hos gravide kvinner blir det iverksatt alvorlige inngrep i den gjeldende kvinnes liv. Hennes rettigheter blir da underordnet og rettighetene til babyen i magen blir første prioritet (Wiig, 2013). Dette finner vi også hjemlet i loven, jf Helse- og omsorgstjenesteloven §10-3. Hvor det står skrevet at hvis hjelpetiltak ute i kommunen ikke er tilstrekkelig og omfanget av rusbruken overveier sannsynligheten for at barnet blir skadet eller født med skader skal et slikt vedtak tre i kraft og den gjelden kvinne skal legges inn mot sin egen vilje på en institusjon (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §10-3).

#### **1.4.5 Skadelig bruk**

Med skadelig bruk beskrives skader som både kan være psykiske og somatiske og dette er skader som kan komme av rusmiddelbruk. Skader som nevnes innen psykisk helse kan være angst og depresjon mens det innen somatikken kan det være bruk av sprøyter som kan medføre smittsomme sykdommer som hepatitt, grunnet bruk av andres sprøyter (Evjen, Kielland & Øiern, 2012)

#### **1.4.6 Rusmiddelavhengighet**

Når rusen er ute av kroppen til personer som er rusmiddelavhengige og de ikke inntar rusen, kjenner de på en følelse av meningsløshet og tapt energi. Ruslidelser nedgraderer nemlig nervesystemet og gjør slik at det normale følelseslivet eller energien ikke kan opprettholdes. Dette kan også føre til at rusbruken øker da personer kan ha vanskeligheter med å håndtere stress og ulike følelser, både normale og vanskelige (Føyn & Shaygani, 2010). På samme måte som vann er biologisk nødvendig for kroppen, vil kroppen oppleve denne nødvendigheten med rusen også. Det kan oppleves som noe den må ha og det blir fort viktigere å dekke det behovet enn andre biologiske nødvendigheter som blant annet mat (Føyn & Shaygani, 2010). Det går også utover det kognitive, som nedgradering av frontallappens funksjoner som kan medføre konsekvenser som nedgradering av handlingskontrollen, forståelse av konsekvenser og

sammenhenger, samt at man får en økt forståelse av belønnings impulsivitet (Føyn & Shaygani, 2010).

Selv om det er en rekke ulike ord som blir brukt, er Rusmiddelavhengig, det ordet jeg legger vekk på og har valgt å bruke i denne studien.

## **1.5 Studiens oppbygning**

Videre etter innledningen, kapittel to består av en kunnskapsgjennomgang med relevans til studien. I Kapittel tre presenterer jeg noen teoretiske referanserammer og tidligere forskning. Kapittel fire inneholder valg av metode og steg for steg hvordan jeg har jobbet gjennom den valgte metoden. I Kapittel fem gir jeg en presentasjon av mine fire funn og presenterer disse separat, før jeg går over til drøftingen som kommer i kapittel seks. Etter drøftingen vil kapittel syv presentere hva jeg har kommet fram til og konkluderer med. Videre følger det med en referanseliste, samt tre vedlegg.

## **1.6 Forforståelse**

Malterud (2018) sier, vi alle har med oss en ryggsekk når vi starter en forskning og innholdet i denne sekken kan være med å påvirke studien i en positiv eller negativ retning. Det vi bærer med oss kan hindre oss i arbeide, ved at man har for mye fokus på «bagasjen» vi har med, at vi ikke klarer å fokusere på det nye vi finner. Eller så kan den være med på å løfte oss frem, gi oss ny og frisk energi gjennom nye kunnskaper. I Ryggsekken finner man hypoteser, erfaringer og faglige perspektiv (Malterud, 2018).

## **2.0 Kunnskapsgjennomgang**

I del én var en gjennomgang av valg av tema, formål, avgrensning, studien oppbygging og forforståelse. Samt relevante begrep for studien videre. Del to består av en liten gjennomgang av rusens historie og politikk gjennom tidene, vedlikeholdsdose fra staten, rusens utfordringer og rusen på godt og vondt. Samt en gjennomgang av noen relevante lover, før del to avsluttes med litt etikk og rettigheter.

## **2.1 Rus, historie og politikk**

Rusmidler er blitt brukt i flere hundre år. Så langt tilbake man kommer i historien, finner man tradisjoner som omhandler rusmidler (Hauge, 2009). Selv 2000 år f.kr i egyptiske og babylonsk kultur er det skrifter som advarer mot en drikkekultur som er overdrevne (Evjen et al., 2012). Rus er brukt i all tid og man har i senere tid fått en

bedre forståelse av hvorfor noen bruker rus, vi ser mer det hele mennesket og ikke bare rusbruken (Ervik & Biong, 2018).

Både privatpersoner, aksjoner og organisasjoner har vært med på å endre rusfeltet, både i praksis og på det politisk synte, over perioden fra 1900-2018.

I 1898 kunne borgere som var drikkfeldige holdes tilbake på tvang i opptil et år i kuranstalt (behandlingshjem), dette grunnet de ble umyndiggjort. Denne loven var gjeldende helt til 1970. I 1907 tredde loven om drukkenskap og løsgjengeri i kraft og straffen den hadde med seg, var enten kuranstalt eller tvangsarbeid. Dette var straffen for jevnlig alkoholbruk (Ervik & Biong, 2018). Tvangsarbeid var ikke en type straff, men det var en behandling for å gjøre bedre mennesker ut av lovbrøyttere. Under denne behandlingen hadde de brevsensur, fangedrakter, personlige eiendeler ble inndratt og de hadde skilt med fangenummer på seg (Ervik & Biong, 2018). Det er ikke før et stykke ut på 1950 tallet man begynner å jobbe med hva som kan være årsaken til at mennesker bruker narkotiske stoffer. Ikke før i 1961 opprettes den først klinikken i Europa, i Hov. Denne klinikken får navnet *Statens klinikk for narkomane (SKN)* (Ervik & Biong, 2018, s 50).

I 1969 opprettes et nytt behandlingssted, Sollia behandlingskollektiv. Denne plassen ble stiftet av personer som tidligere hadde vært innlagt på SKN. I 1913 trådte opiumsloven i kraft, men ikke før i 1985 var målsettingen et narkotikafritt samfunn etter stortingsmelding nummer 13 (Ervik & Biong, 2018). I 1957 ble edruskapsloven fra 1932 endret, nå kunne også narkotikamisbrukere straffes, ikke bare alkoholmisbrukere. Her hadde de noe lik tankegang som i dag, som er at før tvangen kan tas i bruk skal man prøve andre løsninger først. Straffen på 21 år for narkotikaforbrytelser av en svært alvorlig grad ble først endret i perioden 1964-1984 (Ervik & Biong, 2018). Det er først i 1984 strafferammen er nådd 21 år, i 1964 var strafferammen redusert til 2 år. Først ved stortingsmeldingen nummer 66 som kom i 1975, ble man opptatt av helheten bak problematikken. Det var her man begynte å se hele mennesket og ikke bare problemet. Nøkkelen for å lykkes ligger i helhetstenkningen (Ervik & Biong, 2018).

Det kom en ny opptrappingsplan innen rusfeltet i 2015 fra helse og omsorgsdepartementet og den er gyldig fra 2016-2020. De har fem hovedmål som blant annet er at tjenesteapparatet skal være helhetlig, tilgjengelig og variert, andre alternativ

til straffegjennomføringsformer. Man skal prøve å fange opp personer allerede før de utvikler et rusproblem og en håper at brukerinnflytelse og frie behandlingsvalg kan være med på å bidra slik at alle skal få ta del og ingen blir stengt ute av samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s 5-8).

## **2.2 Utfordrende for samfunnet, ulike profesjoner og den enkelte**

Alkoholforbruket til hele 17% av den norske befolkningen anses å være risikofylt, mens en plass mellom 7200 og opptil 10 100 personer har problemer knyttet til narkotiske stoffer. Innleggelses grunnet problemer med alkohol var i overkant av 10 000 personer i 2014 (Biong & Ytterhus 2018). Tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer er omfattende og krever tid, det må være helhetlig og individuelt. Det ligger som regel mere bak enn bare et rusmiddelproblem og det er ofte flere tilleggs lidelser som kroppslige og/ eller psykiske plager. Det kan være relasjonsbrudd, både med venner og familie, økt sykefravær, manglende følelse av livskvalitet og økt dødelighet. Denne gruppen mennesker er en gruppe som ofte er sammensatt av flere enn bare et problem og må med dette ha hjelp fra flere ulike instanser for å få den helhetlige behandlingen som er nødvendig (Biong & Ytterhus 2018). Hele menneske, hele situasjonen og helheten av dette må sees i behandlingen av pasienter med rusmiddelavhengighet. Behandlingen må skreddersys til den enkelte, den må bestå av mange tilnærminger og en sammensatt helhet av både det psykologiske, det biologiske og det sosiale perspektiv (Føyn & Shaygani, 2010). «Doserelatert» rusbehandling, jo lenger behandlingen er jo større er sannsynlighet er det for suksess (Føyn & Shaygani, 2010).

## **2.3 Rus på både godt og vondt**

Rus kan endre adferden både på god og vondt. Man kan ha positive og negative opplevelser av rus. Positive er da du kanskje slapper mer av og du kan få en følelse av lykke, mens negative opplevelser kan gi deg en atferd der du ikke klarer å kontrollere deg selv, tar dårlige avgjørelser og er til en plage for dem rundt deg (Mørland & Waal, 2016). I dagens samfunn finner vi en form for rusmiddel omtrent hvor enn man går, både illegale og legale rusmidler. Apoteket er fullt av ulike medikamenter som for eksempel kan være med på å fremme søvn, dempe smerter, oppmuntre deg eller roe deg ned. Matbutikken hvor du handler mat, selges det lim, alkohol og tobakk, mens det på vinmonopolet også finnes både vin, øl og brennevin. Illegale stoffer er det heller ikke vanskeligheter å få tak i, det er salg på omtrent hvert gatehjørne og der er det heller



ingen åpningstider så fristelsen for en som er rusmiddelavhengig er omtrent umulig å unngå (Hauge, 2009). I det norske samfunn generelt er også forbruket av alkohol økt den siste tiden og dette er trolig grunnet at tilgjengeligheten stadig øker (Frøyland, 2014). Det å ha et rusproblem forekommer ganske så hyppig, det er kun angstlidelser og affektive lidelser man finner mer av innen det psykiske helsefeltet enn hva man gjør med rusavhengighet (Gråwe, 2017). Har man et inntak av rusmidler som er gjentatt jevnlig over tid kan man få en nevroplastisk endring. Det vil si at det kan skje en langvarig endring i strukturen og funksjonen til nevronene selv om rusmidlene er borte fra kroppen, disse endringene kan sitte i flere år (Mørland & Waal, 2016) Etter hvert som rusmiddelavhengigheten utvikler seg, kan sunne og normale relasjoner bli byttet ut med rusmidlene. En kan ofte ende opp med å bytte ut tidligere tilknytninger med nye relasjoner i rusmiljøet. Minnet av tidligere opplevelser, interesser og verdier kan visne vekk da rusopplevelsen blir det som dominerer hukommelsen (Føyn & Shaygani, 2010).

## **2.4 Vedlikeholdsdose fra staten**

I 1965 ble vedlikeholdsbehandlingen introdusert i USA og har i etterkant vært sentra i flere europeiske land. Fra 1970 ha metadonbehandlingen for gravide opioidavhengige kvinner vært en vesentlig behandlingsmetode. Vedlikeholdsbehandlingen har vært med på å stabilisere opioidavhengige gravide til å danne en bedre behandling på medisinsk grunnlag. Metadon som en vedlikeholdsdose hos gravide opioidavhengige kvinner har vært med på å redusere antall fødsler der fosteret er prematurt (Koleib, 2012). Selv om det viser seg å være et godt tilbud, var det først i 1998, det norske stortinget vedtok dette som et nasjonalt tilbud (Ervik & Biong, 2018).

Det fenomenet som er mest omtalt og diskutert i Norge, både med juridiske, medisinske og etiske spørsmål, er vedlikeholdsbehandlingen av Subutex/Buprenorfin eller metadon som gravide kvinner mottar når de er med i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Dersom kvinnene selv ønsker nedtrapping av Subutex/Buprenorfin eller metadon under svangerskapet, er det opp til dem, men det er ikke anbefalingen fra helsedirektoratet. Dette mener helsedirektoratet selv om babyen trolig vil bli født med abstinenser grunnet medfødt med metadonavhengighet og går under der de kaller for «Metadonbarn» (Koleib, 2012)

7500 pasienter mottok legemiddelassistert rehabilitering i 2015, i Norge (Ervik & Biong, 2018). Over 300 barn er født av mor som har vært på LAR medisin under

svangerskapet i Norge. Hele 55 «Metadonbarn» ble født i 2008 og året før var det 27. I åren framover kan man i Norge forvente mellom 30-60 «Metadonbarn» i løpet av et år (Koleib, 2012).

## **2.5 Lovgrunnlag**

Det er spesielt tre paragrafer i to forskjellige lovbestemmelser jeg tenker er viktig å trekke frem i dette forskningsprosjektet og som er fint å få en litt bedre forståelse for. Dette er paragrafer som omhandler innleggelse på frivillig basis eller tvang. Den ene av lovbestemmelsene er særegen for Norge og gjelder kun gravide rusmiddelavhengige kvinner, hvor de to andre lovene gjelder for både menn og kvinner. (Koleib, 2012).

### **2.5.1 Spesialisthelsetjenesteloven**

Spesialisthelsetjenesteloven (sphl) gjelder for spesialisthelsetjenesten. Formålene med denne loven er å sikre kvalitet ved tjenestetilbud, utnytte ressurser på best tenkelig måte, avverge sykdom, fremme folkehelse, tilbud og tilrettelegging av ulike tjenester som må være tilgjengelig for pasienter og passe deres behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §§ 1-1 & 1-2). Under Kapittel to i Sphl finner vi § 2-1 a som er en av de tre paragrafene jeg ønsker å trekke fram. Jf. Sphl § 2-1 a «*Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon...*». Videre i denne paragrafen finner vi et eget ledd for rusmiddelavhengige, som innebærer en innleggelse som er frivillig, jf. Sphl § 2-1 a, fjerde ledd «*Det regionale helseforetaket skal peke ut institusjoner det enkelte helseforetaket som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4*». Dette omhandler frivillig innleggelse som gjelder for både menn og kvinner (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1a).

I siste del i paragrafen over kommer det frem tre paragrafer i Helse- og omsorgstjenesteloven. To av disse, er de to siste paragrafene jeg ønsker å gjøre rede for, §10-3 og §10-4 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Den ene paragrafen omhandler tilbakehold av kvinner på institusjon under svangerskapet og «frivillig tvang» omhandler at man selv samtykker til tvang.

### **2.5.2 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) gjelder helse og omsorgstjenester som kommunen tilbyr. Formålet med loven er å fremme vanskeligstiltes levevilkår, forebygging og likestilling, den sosiale tryggheten må fremmes og mestre, forebygge, tilrettelegge og

behandle lidelser, sykdom og skader. Sørge for at hverdagen i andres fellesskap skal bli meningsfull, bo selvstendig, leve selvstendig. Tilbud av ulike tjenester må være tilgjengelig for pasienter og ha kvalitet på tjenestetilbudene og god samhandlingen, respektere den enkeltes verdighet og integritet og best mulig utnyttelse av ressursene (Helse- og omsorgsloven, 2011, §§ 1-1 og 1-2).

§ 10-3 i Hol, er en paragraf som kunne gjelder for gravide rusmiddelavhengige og denne er særegen for Norge (Koleib, 2012). Denne bestemmelsen tredde i kraft i 1996 (Wiig, 2013) Jf. Hol § 10-3

*«Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig».*

Er det fare for at kvinnen ikke klarer å meste rusfriheten som kan medføre skade på babyen i magen, kan det bli fattet et vedtak på § 10-3 lov om helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at under hele svangerskapet kan kvinnen tilbakeholdes på institusjon. Et slikt vedtak er det fylkesnemnda som har øvrighet til å fatte (Koleib, 2012). Dette innebærer at kvinnen holdes tilbake på en institusjon mot hennes vilje, som medfører at kvinnen holdes tilbake på tvang. Dette utøves for å forhindre skade på babyen og for å hindre senskader. I tillegg til å ta vare på babyen skal man også sørge for at kvinnen og hennes behov blir dekket og at hun mottar en tilfredsstillende rusbehandling. Hun skal også mota veiledning og trening slik at hun kan bli en god nok omsorgsperson for barnet. Selv om kvinnen er innlagt på en institusjon skal hun også følges opp av sosialtjenesten (Koleib, 2012).

Det er også flere rusmiddelavhengige som lages inn og i ettertid signerer og samtykker og overflyttes til innleggelse på § 10-4 i hol. Som ofte kalles for «frivillig tvang». Her må man selv samtykke og skrive under på at man kan bli holdt tilbake ved bruk av tvang i institusjonen i tre uker og opptil tre ganger. Denne informasjonen skal den rusmiddelavhengige være kjent med og ha kunnskap om før han/hun får mulighet til å signere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-4). Ordlyden i bestemmelsen lyder Jf. Hol § 10-4.

*«Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket».*

Velger den rusmiddelavhengige gravide kvinnen å stoppe sitt rusmiddelinntak av fri vilje, kan hun følges opp etter § 10-4 av lov om helse- og omsorgstjenesteloven via NAV sine sosialtjenester. For å ivare ta det ufødte barnet og kvinnens helse, iverksetter sosialtjenesten ulike tiltak som kan hjelpe. Dette innebærer samarbeid med ulike profesjoner som er med på å ivareta svangerskapet, samt iverksette tiltak for å hjelpe kvinnene med å mestre rusfriheten (Kolbein, 2012)

## **2.6 Etikk og rettigheter**

Det er viktig og ikke glemme etikken og mennesket generelt når det kommer til lover og diagnoser. Man skal gjøre det rette og følge lovene og man må stille diagnoser for å kunne hjelpe mennesker, men vi må ikke glemme at de har rettigheter jf Menneskerettighetsloven (mrl) ØSK Art 12, led 1, retten til helse og menneskerettighetsloven (mrl) EMK Art 2. Rett til liv, Art 5. Rett til frihet og sikkerhet og Art 10. Ytringsfrihet. Samt vi skal forholde oss til de fire etiske prinsippene derav å respektere andres autonomi, vi skal gjøre godt mot andre, velgjørenhet og vi skal ikke påføre andre skade og alle skal behandles likt, en rettferdig behandling (Brinchmann, 2012).

Så uansett hvilken diagnose man har, om man tvangsinnlegges eller legges inn frivillig, uansett hvilke valg et menneske har tatt eller tar i livet, så er vi alle like mye verdt og alle skal behandles med respekt og bli tatt på alvor (Evjen et al., 2012).

## **3.0 Teoretiske referanserammer**

I del to, ble det gitt en gjennomgang av rusens historie og politikk gjennom tidene, ulike utfordringer, rusen på både godt og vondt og veldikeholsdosen fra staten. Samt lover av relevans for studien og etikk og rettigheter. I del tre belystes ulike artikler fra tidligere forskning, en presentasjon av ulike rusmidler og deres virkning på både mor og barn, viktigheten av tverrfaglig samarbeid og til slutt presenteres det holistiske og humanistiske perspektiv.

### 3.1 Tidligere forskning

Jeg har søk etter forskningsartikler som har vært relevante for min oppgave i både SveMed +, Idunn og Cinahl. Disse fagdatabasene ble jeg anbefalt å bruke i forbindelse med oppgaven min som er knyttet til helsefag. SveMed+ inneholder nordiske artikler innen helse. Ved databasen Idunn kan jeg søke i over 30 000 artikler og over 3000 artikler ved å søke i Cinahl.

Søket ble begrenset til Engelske og nordiske artikler. Artikkelen går tilbake til 2006, altså de siste 13 årene. Da jeg søkte i nordiske databaser ble søkeord som Gravid, rusmiddelavhengig, tvang og motivasjon bruk, mens i Cinahl brukte jeg pregnancy, substans abuse, motivation, drug abstinence, substance abuse perinalt. Jeg prøvde å sette sammen flere av ordene og søke på dem hver for seg. Jeg fant her flere artikler som hadde relevans for oppgaven min.

I artikkelen til Skotland (2007) kommer det fram at det i Norge ikke finnes en systematisk registrering på de barna som er født av en mor som ruser seg. Det er ikke tilstrekkelig kunnskap om dette enda, hverken hos leger, jordmødre eller på fødestuen. Det blir derfor ikke satt noen diagnose og heller ingen oversikt over hvor mange det faktisk er (Skotland, 2007).

I en annen artikkel skriver Skotland (2015) at det å være nybakt mor er ikke lett for noen, det er en ny start, noe nytt, du har plutselig ansvar for et annet liv, ikke bare ditt eget. Mødre som i tillegg har et rusproblem, krever ofte mer trygging og hjelp. Kvinnene er ofte unge, har mindre penger og gjerne en lav utdanning og har ofte ene og alene ansvar for det nyfødte barnet. Så det krever mer enn å bare bli rusfri (Skotland, 2015)

I artikkelen til Koleib (2012) kommer det også frem at Både mor og barn er i en risikogruppe. Oppfølging av kvinnene både i, under og etter svangerskapet er avgjørende. Oppfølgingen må være tett, tettere enn hos andre gravide. En tverrfaglig behandlingstilnærming anbefales av eksperter. (Koleib, 2012)

En tredjedel av rusmisbrukere er kvinner (Koleib, 2012). Selv da kvinnene er gravide er det fremdeles noen som inntar stoffer som kan være skadelig for det ufødte barnet, deriblant ulike typer medikamenter, alkohol eller ulike narkotiske stoffer (Koleib, 2012). Da noen avhengigheter er så sterke og rusen kan kontrollere så mye i et menneskes liv,

kan den også klare å ta kontroll over den ansvarsfølelsen mor vanligvis har overfor barnet sitt. Den kan blir så kontrollerende at de ikke ser barnets beste og behovet barnet har for at mor ikke skal ruse seg under svangerskapet. Barn kan da starter livet med abstinenser og være rusavhengig når de kommer ut av mors liv. Det å hindre barnet i å bli skadet eller født med abstinenser er i hovedsak det lovhjemmelen jobber ut fra med å tvangsinnlegge rusmiddelavhengige gravide (Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2010).

### **3.2 Ulike rusmidler og deres påvirkning på både mor og barn**

Det finnes en rekke rusmidler på markedet i dag, noen av dem er legale legemidler som legen har forskrevet på resept, noe kommer fra dagligvarebutikken og andre fra vinmonopolet. Men det er også en hel rekke illegale rusmidler. Ulik forskning viser hvordan disse rusmidlene påvirker mennesker generelt, samt hvilken påvirkning de kan ha på babyen i magen og senskader barnet kan få. Her er en kort oversikt over de vanligste legale og illegale rusmidlene og deres virkning.

#### **3.2.1 Tobakk**

Røyk brukes ofte i tillegg til andre rusmidler. Tobakk kan gi sykdommer som hjertesykdommer, astma og kreft. Hos kvinner under graviditeten kan tobakk medføre til abort, blødningsrisiko og fosterdød. Hos babyen i magen kan det medføre at både at lengden og vekten er mindre enn vanlig. Senskader som dysleksi, oppdages gjerne først i skolealder (Teinung, 2012).

#### **3.2.2 Alkohol**

Det vanligst rusmidlet her i landet er Alkohol. Det er lovlig å kjøpe av folk over 18 år, så man tenker ikke at den gi så mye skader, med det er faktisk alkoholen som forårsaker de fleste sykdommer og skader som er rusrelatert (Skjøtskift, 2018). Alkoholen kan gi en stimulerende virkning, men det regnes i første rekke som et middel som skal være dempende. Økt risiko for fosterskade, dødsfall, spontanabort og prematur fødsel er noe av det bruk av alkohol under svangerskapet kan medføre (Skjøtskift, 2018). Teinung (2012) presenterer i tillegg noen andre skadevirkninger, som Føtalt alkoholsyndrom som blir forkortet FAS, som kan medføre et utseende som er avvikende med lavt sittende ører, svak utvikling av overkjeve, kort øyespalte og liten hake. Mens andre kroppslige skader kan være dårlig muskeltonus og motorikk, samt for liten vekst, både i lengde og vekt. I tillegg mental retardasjon og både ytre og indre legemsfeil grunnet skade på nervesystemet. Teinung (2012) tar også med Føtale alkoholeffekter som blir

forkortet til FAE som kan medføre lærevansker, utviklingsforstyrrelse, hjertefeil, hukommelsessvikt, samt legemsfeil i kjønnsorganer, ører, skjelett og øyne (Teinung, 2012). En vet ikke hvor mye eller lite alkohol som skal til for å skade babyen i magen. Alle babyer er forskjellig, og de kan også ha ulike toleransegrense, derfor er det nulltoleranse for inntak av alkohol under et svangerskap (Teinung, 2012).

### **3.2.3 Metadon**

Metadon gis til kvinner som er i legemiddelassistert rehabilitering, LAR. De mottar metadon fra staten selv under svangerskapet, og det går under navnet vedlikeholdsdosen (Koleib, 2012). Skader som metadon kan påføre babyen er blant annet at den motoriske utviklingen kan være forsinket, fosteret kan ha en dårlig vekst, og de kan ha opptil to uker med abstinenser etter fødselen. Senskader som kan komme hos barnet er hyperaktivitet og annet kan være atferdsforstyrrelser (Teinung, 2012).

### **3.2.4 Amfetamin**

Dette er både et legemiddel, samt et illegalt stoff. Hvis det er illegalt så er det amfetaminsulfat eller metamfetamin. Men dersom det omdannes til legalt er dette medisin mot ADHD/ADD. Som legalt middel skal dette være med på å gi ro til pasienter med ADHD/ADD, men som illegalt stoff gir amfetaminene virkninger som rastløshet, redusert søvnbehov, hevet stemningsleie, økt våkenhet, økt selvtillit og oppmerksomhet (Skjøtskift, 2018). Amfetamin bruk under svangerskapet kan medføre prematur fødsel, samt lav vekt ved fødsel (Skjøtskift, 2018). Teinung (2012) beskriver i tillegg neonatale abstinenser, vannhode, medfødt legemsfeil og forsinkelse av den motoriske utviklingen (Teinung, 2012).

### **3.2.5 Benzodiazepiner**

Her finner vi også både legalt og illegale utgaver. Dette er opprinnelig legemidler som forskrives av lege, altså legale midler som blant annet skal hjelpe deg med å sove, dempe angst eller hjelpe mot epilepsi. Men om midlene blir solgt videre til mennesker som ikke har fått de forskrevet av lege, blir dette illegale midler. Virkninger her kan være svekket hukommelse og oppmerksomhet, slørende tale, svekkelse av koordinasjonsevnen og balanseevnen (Skjøtskift, 2018). Skader på babyen kan her være liten hodeomkrets, legemsfeil av urinveier og lunger, skader i sentralnervesystemet, ansikts syndrom og dårlig sugeevne (Teinung, 2012).

### **3.2.6 Cannabis**

Er bedre kjent som marihuana eller hasj, som er et beroligende middel. (Skjøtskift, 2018). Skade cannabis kan påføre babyen er legemsfeil likt føtalt alkoholsyndrom (FAS), sitringer, tidlig fødsel. Mens ved fireårsalderen, tilpasningsvansker, den motoriske utviklingen kan være forsinket, dårlig hukommelse og hyperaktivitet (Teinung, 2012).

### **3.2.7 MDMA**

MDMA er et stoff som er med på å gi en følelse av energi og overskudd, økt våkenhet og er kanskje bedre kjent som ecstasy. Abstinens symptomene er ikke sikre, men trolig ikke livstruende (Skjøtskift, 2018). Skader Ecstasy kan påfører babyen er mangelfull eller deformerte lemmer og klumpfot (Teinung, 2012)

### **3.2.8 Andre stoffer**

Det er en rekke av de andre stoffene som jeg ikke gå så nøye inn på her, grunnet det ikke kommer frem hvilken virkning de har på babyen i magen, men dette er også stoffer som er illegale og ikke bør inntas ved graviditet og amming. Stoffer som Opioider, GHB, GBL og Butanediol (1,4 BD), Kokain og crack, løsemidler som lightergass, bensin, malingsfjerner og lim, en plante som kalles khat, Mefedron («badesalt»), BZP («Pepper») og PMMA («Dødsdop») (Skjøtskift, 2018). Dette er bare noen av de ulike stoffene som finnes på markedet i dag. Men som jeg nevnte i starten av dette avsnitte så er det alkoholen som er verstingen. Man tenker gjerne ikke at alkohol er så ille da dette er legalt i Norge, men det er den som gir det norske land meste omkostninger når det kommer til skader grunnet rusmidler (Skjøtskift, 2018).

## **3.3 Gravide tvangsinnlagte kvinner fra 1996-2010**

I artikkelen til Wiig i rusfag 2013, skriver hun om gravide rusmiddelavhengige kvinner som er tvangsinnlagt i perioden 1996-2010 på Borgestadklinikken. Det omhandler 157 kvinner på 15 år. De har i denne perioden vært innlagt på §10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven, som før var §6-2a i loven om sosiale tjenester. I denne artikkelen presenterer Wiig (2013), en kortfattet oppsummering av utviklingen som har vært på disse 15 årene. §10-3 som er en tvangsparagraf i helse- og omsorgsloven, blir brukt som en ramme på oppholdet, den blir ikke sett på som en behandlingsmåte og den skal hele veien vurderes (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3.). Tvangen brukes i første omgang for å beskytte babyen i magen for skader under graviditeten og senskader. Alle



har likevel personlig frihet, men i en slik situasjon er betydningen av dette underordnet da det er det ufødte barnet som prioriteres. En følger opp rusbehandlingen og hjelper kvinnen på veien til å bli en god nok mor og omsorgsperson for barnet (Wiig, 2013).

Wiig (2013) viser også til en nedgang i bruken av tvangsparagrafen §10-3 etter 2008. Mens den økte fra 1996 til 2006-2008. Antall innleggelse i løpet av denne 15 års perioden har variert noe, antallet økte fra 5 til 15 kvinner per år i løpet av 1996-2008, mens tallet falt ned til ca 10 kvinner pr år i perioden 2009-2010. Wiig (2013) meddeler at NAV reformen komme rundt samme tid som nedgangen av antall innlagte kvinner. Snittalderen på de innlagte kvinnene har i også variert mellom en gjennomsnittlig alder på 27,9 år i år løpet mellom 1996 til 2005, den gikk ned til 25,7 år de kommende to årene. Det tok likevel ikke lang tid før den økte igjen i 2009-2010, hvor gjennomsnittsalderen var blitt 28,3år (Wiig, 2013). Kjent for kvinnene er et blandingsmisbruk av illegale stoffer. Det er 5% av kvinnene som sier de har hatt et rent alkoholmisbruk (Wiig, 2013).

Det er sosialtjenesten som tar slike saker og det er ingen enkel jobb, de skal viderefremidle dette til fylkesnemnda, som vedtar den type tvangsvedtak. Myndigheten til barnevernet trer først i kraft etter babyen er født (Wiig, 2013).

Wiig, (2013) har også tatt med gjennomsnitt av hvor mange uker kvinnene er på vei i svangerskapet når de ble lagt inn. I 1996- 1999 lå dette gjennomsnittet på 25,3 uker da det i dette tidsrommet var 16 innleggelser. Dette gjennomsnittet gikk ned helt frem til 2008. Det var 45 innleggelser i perioden 2006 - 2008 og her var gjennomsnittet på 19 uker, men det ble igjen en økning til 22,3 uker i 2009-2010, basert på 21 innleggelser. Uansett hvor tidlig mor legges inn i svangerskapet, har dessverre barnet ingen garanti for å ikke bli påført skade (Wiig, 2013).

Det er også skjedd en endring når det kommer til at mor får beholde omsorgsretten, denne endringen skjer brått i 2003 (Wiig, 2013). Dette gjelder kvinner som var lagt inn på Borgestad i tidsrommet 1996-2010. I 1996 var det ingen som fikk beholde omsorgsretten, i 1998, var det 1 av 6 som fikk beholde omsorgsretten, i 2002, var det 3 av 14 som fikk omsorgsrett. Det skjedde en endring i 2003 og frem til 2010, her fikk flertallet beholde barnet. I 2004 fikk 10 av 15 beholder barnet, i 2009 fikk 5 av 7 omsorgen og i 2010 er det 6 av 7 som beholder omsorgen for barnet. Ved slike endringer kommer det spørsmål om hva som kan være grunnen til at flere får beholde

omsorgen. Wiig (2013) trekker frem mulige forslag til disse endringene, det undres blant annet om tvangen og behandlingen er blitt bedre, at det er økt innleggelse av frivillig og flere enn før er villig til en behandling som er frivillig etter fødselen. Det kan derimot også være at barnevernet har mindre kapasitet, eller at det er flere førstegangsfødende eller en annen tankegang på hva som er til det beste både for barn og mor. At alle disse mulige faktorene kan være med på endringen skal en heller ikke se bort ifra (Wiig, 2013)

### **3.4 Tverrfaglig samarbeid, gir en helhetlig behandling**

Forutsetningen for at arbeid som utføres i velferdsstaten skal bli både godt og faglig sterkt er det tverrfaglige samarbeidet viktig (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). Tverrfaglig team består av en rekke ulike profesjoner (Willumsen, 2009). Det vil si at ulike instanser og profesjoner samarbeider rundt og om brukeren, klienten eller pasienten for å sikre at han/hun skal få en behandling som er helhetlig. Dette kan til tider være en utfordring å få til i praksis, men det er dette som gir brukere, klienten eller pasienten en behandling som er helhetlig og ønskelig (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). Det er her behovet til hver og en av pasienten skal stå i sentrum, og ressursene som er tilgjengelige skal brukes på best mulig måte (Sælør & Bjerknes, 2018). Det er også viktig å ivareta pasientenes integritet og møte dem med respekt og trygghet (Skoglund & Biong, 2018).

### **3.5 Teoretiske perspektiver**

Jeg ønsker å trekke inn to teoretisk perspektiv som støtter opp om min problematikk i dette forskningsprosjektet. Jeg har i første omgang tatt for meg det humanistiske perspektivet, spesielt med tanke på at en her finner Maslow's behovspyramide hvilket jeg vil se på som en grunnmur for denne problematikken. Deretter ønsker jeg også ta med holismen, en helhetsforståelse.

#### **3.5.1 Det humanistiske perspektivet**

Det humanistiske perspektivet har hovedfokuset på det menneskelige, hvor personen står fritt til egne valg og forming av personlighet gjennom kunnskap og kulturelle uttrykk. Mennesker har ulike behov, hvor behov som lyst skal tilfredsstilles og behov som ulyst skal unnvikes (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Hermeneutikk og fenomenologi er metoder som hører til innen humanvitenskapen. Hermeneutikken er opptatt av at handlingen har en mening og at mennesket er et handlende subjekt. Fenomenologi er litt annerledes og omhandler læren om fenomenet slik at en har et

annet syn på både mennesket og verden. Her er en opptatt av slik ting faktisk er, slik vi ser/opplever det (Haugsgjerd et al., 2009).

Under det humanistiske perspektivet finner vi også Maslow's behovspyramide. Bunnen av denne pyramiden er grunnleggende behov for å overleve, slik som luft, mat, drikke, søvn og lignende. Steg to er trygghet det sentrale prinsipper. Et viktig behov er trygghet, et fritt liv og forutsigbarhet. Steg 3 er knyttet opp mot tilhørighet og kontakt. Dette gjelder spesielt mellom spedbarn/barn og omsorgspersonen. Neste steg er behov for anerkjennelse, bekreftelse og selvrespekt. Det øverste steget er behovet alle mennesker søker og strekker seg mot. Dette er behovet om selvaktualisering, nå sine drømmer, utvikle sine kunnskaper, ferdigheter og talenter (Haugsgjerd et al., 2009).

Om jeg ser på mine fire temaer, mine funn og hva helsepersonell erfarer som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner og setter de opp mot Maslow's Behovspyramide, passer de inn i stegene i behovspyramiden.

### **3.5.2 Holismen «Helhetsforståelse»**

I holismen som også betyr helhetsforståelse ser man hele mennesket og ikke bare deler av et menneske. Mennesket er mere enn bare en fysisk kropp, alle deler av mennesket må sees, ikke bare det vi kan se, men også tanker, skam, livssituasjonen, sårbarhet, ressurser, engstelse, smerter, rett og slett alt som et menneskeliv kan innebære (Odland, 2012)

Ifølge den holistiske tenkningen er det fire ulike dimensjoner man kan ta utgangspunkt fra, for å kunne gi best mulig helhetlig omsorg (Odland, 2012):

1. Fysiske Dimensjon- Sykdommen det enkelte mennesket er rammet av kan hindre han/henne fra å klare å holde på venner, jobb og ivareta sine behov, som kan medføre konsekvenser på livstid (Odland, 2012).

2. Psykiske Dimensjon- Belastninger på kroppen som psykologisk stress kan medføre videre plager, som mental sykdom.

*«Psykologisk stress er et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare» (Odland, 2012, s 26).*

3. Sosiale dimensjon- Sosial og stabil kontakt kan være avgjørende for følelsen av håp og trygghet.

*«Noe av det vi tror inspirerer tro og håp hos pasienter, er overbevisningen om at noen bryr seg om dem»* (Odland, 2012, s 27).

4. Åndelig dimensjon- Valg av livssyn, verdier og religion mennesket tar, samt selvbevissthet og den kvaliteten hver enkelt har er forbundet med denne dimensjonen (Odland, 2012).

Når et helsemessig problem skal løses, sier den holistiske tilnæringsprosessen at vi skal se på pasienten/ brukeren som et medmenneske og se dem som likeverdige (Odland, 2012). Vi kan ikke behandle denne personen som et objekt, noe biomedisinsk menneskesyn gjør, vi må være likestilte, vi skal ha et jeg -du – forhold. Selv om det er en fagperson og en pasient/bruker samtalen skjer mellom, skal vi behandle hverandre som subjekter som har et felles ønske som vi vil nå og det helst til pasientens beste. Dette innebærer kun om brukeren/pasienten er villig til å ta del i samarbeidet (Odland, 2012).

Samme som mine fire temaer bunner i hverandre og tilbake til problemstillingen min, griper disse fire dimensjonen over i hverandre og kan sees opp imot mine fire temaer og min problemstilling (Odland, 2012)

## **4.0 Metode**

I del tre ble det presentert tidligere forskning, hvordan de ulike stoffene kan påvirke både mor og barn, viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet og to teoretiske perspektiv. I del fire presenteres først to ulike vitenskaplige teorier, deretter belystes metodevalget, hvordan dataen ble samlet inn, hvordan intervjuene ble gjennomført, hvordan dataen ble bearbeidet og analysert, validiteten og reliabiliteten og til slutte en gjennomgang av forskningsetisk vurdering.

### **4.1 Vitenskapsteori**

Målet med vitenskapsteorien er å kunne definere kunnskap som både skal være velbegrunnet og sann og i tillegg hvordan denne kunnskapen kan forhandles og brukes i praksis (Olsvik, 2016)

#### **4.1.1 Hermeneutikk**

Hermeneutikk, hva er det? Det er det som skjer når du leser en tekst, da starter den mentale prosessen med å automatisk tolke det du leser. Når du leser teksten så ser du hva som står, men hvordan teksten blir tolket varierer ut ifra hvem det er som leser. Du har din egen personlige mening og interesse om innholdet i teksten og du har også din forforståelse (Olsvik, 2016). Forforståelse vil si den individuelle kunnskap eller tanker du har i bakhodet før du begynner å lese teksten (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). I Hermeneutikken vektlegges det at en kan tolke et fenomen på mange ulike måter og at den egentlige sannheten faktisk ikke eksisterer (Thagaard, 2018).

#### **4.1.2 Fenomenologi**

Til å begynne med var opplevelser og bevisstheten det som sto sentralt i fenomenologien, men etter hvert ble også menneskets livsverden, kropp og handlinger, sentralt i den fenomenologiske tenkningen (Kvale & Brinkmann, 2017).

Fenomenologien ønsker å få en dypere forståelse og mening av erfaringene hos den enkelte (Thagaard, 2018). I Aadland (2009) blir Edmund Husserl tenkning om fenomenologien presentert; Når vi ser en gjenstand, ting eller person, så ser vi det vi ser. Men en del antatte egenskaper blir her lagt til, ved hjelp av bevisstheten vår, som gjør at vi faktisk «ser» mer enn hva vi egentlig gjør (Aadland, 2009). Fenomenologien, ikke i filosofisk forstand, har vært av relevans for utviklingen av kvalitativt forskningsintervju i henhold til forståelsesformens avklaring (Kvale & Brinkmann, 2017).

#### **4.2 Metode og metodiske overveielser design**

Jeg har i denne oppgaven valgt kvalitativ forskningsmetode hvor jeg ønsket å finne ut hva helsepersonellet erfarer som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner. Jeg har i forskningsprosjektet valgt å bruke kvalitativ metode. Denne metoden går ut på at man skal fortolke, beskrive og analysere kvaliteter eller forståelse av informanten vi studerer. Det presenteres i en tekst som en har kommet frem til etter ulike observasjoner eller gjennom samtaler. Metoden jeg valgte å bruke for å komme frem til mine resultater var ved bruk av samtaler, hvor jeg da intervjuet mine informanter. (Malterud, 2018). Intervjuene jeg gjennomførte liknet en vanlig samtale i hverdagen, den fløt ganske fritt og jeg fulgte opp med oppfølgingsspørsmål når jeg ønsket informanten skulle utdype mer. Selv om samtalen gikk ganske flytende hadde jeg en spesiell spørreteknikk som gjorde at intervjuet ble mer profesjonelt. Jeg brukte

også rammene til intervjuguiden som jeg hadde laget i forkant av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2017).

Kvalitativ metode har røtter fra fenomenologisk og hermeneutisk filosofi, hvor også kunnskapsutviklingen representerer denne metoden (Malterud, 2018). Felles for ulike forskningsmetoder innen kvalitativ metode, er at den empiriske tekstdataen, den er systematisk fortolket og har gjerne støtte fra ulike teoretiske perspektiver (Malterud, 2018). Kvalitativ metode kan brukes til å finne ut mer om et menneskes forståelse av opplevelser, forventninger, holdninger, erfaringer, motiver og tanker. Dette gjør at metoden passer godt når man ønsker å utforske bevegelser, samhandling, helhet og utvikling av dynamiske prosesser (Malterud, 2018). Den kvalitative metoden dreier seg i prinsipp om alle slags fenomener som er aktuell for analyse, beskrivelse og fortolke, og det er nettopp dette som er styrken når det kommer til menneskelige erfaringer og samhandling (Malterud, 2018).

### **4.3 Utvalg av informanter**

Da målet med denne studien var å finne ut mer om helsepersonellens erfaring om meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige valgte jeg å kontakte ulike klinikker og forsterkede helsestasjoner i Norge. Når jeg kontaktet dem informerte jeg om at jeg ønsket å rekruttere helsepersonell som kunne stille opp til intervju i forbindelse med denne studien. På den forsterkede helsestasjonen kom jeg i direkte kontakt med jordmor vi e-post og avtalte møte for intervju. Ved de to ulike klinikkene sendte jeg e-post til lederne ved avdelingene og det ble valgt ut informanter som lederne mente passet til utvalgs-kriteriet mitt. Deretter ble dato for gjennomføring av intervju satt. Utvalgs-kriteriet til denne studien var helsepersonell som jobber med, har jobbet med eller som har god kunnskap om denne problematikken.

Jeg brukte internett for å søke opp ulike arbeidsplasser som jobbet med denne problematikken. Informanten som ble rekruttert, kom fra tre ulike arbeidsplasser, en klinikk og forsterket helsestasjon på Vestlandet og en klinikk på Østlandet. Jeg rekrutterte til sammen seks informanter. Fem av disse jobber per i dag med denne problematikken, mens den ene informanten nylig var pensjonert før intervjuet fant sted. Blant informantene var det to jordmødre, to barnevernspedagoger, en vernepleier og en sykepleier med videreutdanning i psykisk helse. Aldersspennet var fra starten av 40

årene til slutten av 60 årene og alle informantene hadde jobbet innenfor feltet over flere år, hvor noen også passerte mer enn 20 års erfaring.

#### **4.4. Innsamling av data**

For å klare å besvare min problemstilling på best mulig måte valgte jeg å ha individuelle intervjuer fremfor fokusgruppe intervju. Jeg valgte dette i og med at jeg hadde informanter fra ulike deler av landet og det var ulike dager informantene kunne stille opp til intervju. Det var ikke noe problem å få tak i informanter til mitt forskningsprosjekt. Alle jeg var i kontakt med, var veldig villig til å stille opp og syntes det var flott at dette temaet ble satt fokus på.

I forkant av intervjuene, sendte jeg ut informasjonsskriv til lederen ved de to klinikkene, samt jordmoren ved den forsterkede helsestasjonen. Disse informasjonsskrivene ga informanten informasjon om bakgrunnen og formålet med forskningsprosjektet, problemstillingen, hensikten med studien, informantens rettigheter, frivillig deltakelse, hva det vil si å delta, samt hva som skjer med informasjonen når forskningsprosjektet er over (Se vedlegg 1). Informantene fikk informasjonsskrivet i forveien slik at de kunne få lese det og få en forståelse av det innebar å stille opp til intervju.

#### **4.5 Gjennomføring av intervjuer**

##### **4.5.1 Pilotintervju**

For å være godt forberedt til intervjuene skulle gjennomføres, hadde jeg et pilotintervju. Jeg hadde på forhånd laget en intervjuguide som var godkjent av min veileder samt av Norsk senter for forskningsdata (NDS) (Se vedlegg 3). Intervjuguiden ble også brukt i pilotintervjuet. Dette ble gjort for å sikre at jeg fikk valide og informasjonsrike svar samt for å teste om spørsmålene var forståelige. Jeg fikk i denne forbindelse også mulighet til å teste ut båndopptakeren, og se hvordan den virket og hvordan lyden var etter opptaket var gjort. Jeg intervjuet en bekjent som hadde mye kunnskap og kjenner godt til denne problematikken. Jeg opplevde at intervjuguiden jeg hadde laget var solid og jeg ikke trengte å bruke underspørsmålene mine for at personen skulle snakke utdypende om hvert av spørsmålene. Et av spørsmålene i intervjuguiden ble fjernet etter pilotintervjuet, da det var nokså likt et annet spørsmål jeg hadde tidligere i intervjuguiden.

## **4.5.2 Individuelle intervjuer**

Intervjuene er individuelle, som vil si at det er kun meg og informanten til stede under intervjuet. Jeg valgte å gjennomføre intervjuene der informanten ønsker at intervjuet skulle finne sted. I denne forbindelse besøkte jeg to ulike klinikker i Norge hvor fem av informantene hører til. Her fikk jeg også omvisning på deres arbeidsplass og gjennomførte intervjuene på informantens kontor. Den ene informanten intervjuet jeg i hennes eget hjem, etter informantens ønske. Alle informantene samtykket til at jeg kunne bruke båndopptaker under intervjuene.

Jeg hadde på forhånd laget en intervjuguide (se vedlegg 2) som jeg brukte under intervjuene. Denne malen fulgte jeg, men siden dette er et semistrukturert intervju stilte jeg en del oppfølgingsspørsmål underveis og fulgte ikke alltid intervjuguidens rekkefølge på spørsmålene. Alle intervjuene ble avsluttet med at informantene fikk meddele informasjon som de mente kunne være nyttig for meg videre i prosessen.

Informanten ble kalt person 1,2,3,4,5 og 6 under intervjuene og i analysearbeidet for å gi meg en oversikt under dette arbeidet. Etter hvert opplevde jeg at det ikke hadde noe betydning å vite hvem som sa hva og valgte derfor å ikke bruke nummer eller fiktive navn i presentasjonen av funnene. Før alle intervjuene startet samt før båndopptakeren ble slått på, gikk jeg gjennom informasjonsskrivet med hver enkelt for sikre at de hadde lest og forstått innholdet. Deretter måtte den enkelte skrive under og samtykket til at informasjonsskrivet var lest og forstått. Da dette var gjort startet intervjuene. Det var på forhånd beregnet ca 60 minutter til hvert av intervjuene. Intervjuene varierte fra 45 minutter til 75 minutter. Etter vært av intervjuene var gjennomført hørte jeg gjennom dem og tok notater.

## **4.6 Bearbeiding og analyse av data**

### **4.6.1 Transkribering**

Når undersøkelsesmetoden består av intervjuer, får man en del rådata som man må jobbe med. Jeg hadde seks intervjuer, der intervjuene varierte fra 45 minutter til 75 minutter og fra 8 til 22 sider med transkriber materialet på datamaskin. Etter intervjuene var gjennomført, fortsetter prosessen, først med transkribering og deretter ble teksten analyseres. Når man transkriberer lytter man samtidig som man skriver og får da en enda bedre forståelse av det informantene ønsker å dele (Malterud, 2018).



Det første som skjedde etter intervjuet var gjennomført, var at jeg satt meg ned, reflekterte og tenkte gjennom intervjuet jeg nettopp hadde gjennomført. Jeg skrev ned de ulike opplevelser og inntrykk jeg satt igjen med. Deretter hørte jeg på intervjuet på båndopptakeren for første gang. Da bare lyttet jeg før jeg senere spiller av båndopptakeren på nytt og startet med å transkribere intervjuene. Transkribere vil si at jeg noterte ordrett hva som ble sagt av både meg og informantene, til og med letter, hosting, kremting og lignende. Jeg ble da enda bedre kjent med materialet.

I denne studien benyttet jeg meg av Malterud, (2018) sin systematiske tekstkondensering (STC) for å tolke materialet jeg satt igjen med etter intervjuene var gjennomført og transkribert. Systematisk tekstkondensering er en metode som er pragmatisk og brukes i analyse av data som er kvalitativ, tematisk tverrgående analyse (Malterud, 2018).

Jeg har benyttet meg av analysemetoden som Malterud (2018) bruker og den kalles for «klesvask» og den består av fire trinn:

- 1) Helhetsinntrykk
- 2) Meningsbærende enheter
- 3) Kondensering
- 4) Syntese

#### **4.6.2 Helhetsinntrykk**

For å bli kjent med materialet som var transkribert og for å finne temaer som samsvarte med problemstillingen min, leste jeg gjennom de transkriberte intervjuene gjentatte ganger. Jeg valgte her ulike temaer ut fra relevante beskrivelser og erfaringen samt opplevelser informantene hadde, som alle ledet tilbake til min problemstilling.

#### **4.6.3 Meningsbærende enheter**

Jeg valgte her bort material jeg ikke lenger mente jeg hadde bruk for og organiserte det jeg ønsket å se nærmere på. Jeg hadde her laget flere ulike kategorier fra hver av tekstene. Jeg valgte meg ut fire temaer. Jeg laget fargekoder til hvert av temaene for og får en bedre oversikt over hva hver enkelt av informantene hadde sagt om de ulike temaene. Da det var gjort laget jeg en tabell hvor jeg fikk frem hvordan hvert av temaene falt tilbake på problemstillingen min. Her satt jeg også alle kategoriene inn under hvert av temaene slik at jeg fikk en god oversikt over alle temaene mine og hvilke kategorier som hørte til under hvert tema.

#### **4.6.4 Kondensering**

Her abstraherte jeg den sorterte informasjonen som jeg fant i trinn to, samt at noe av materialet som ikke hadde informasjon som var relevant ble fjernet. Jeg sorterte videre og fant ut hvor teksten jeg hadde markert med fargekoder hørte til og under hvilket tema teksten skulle plasseres.

Jeg kom frem til fire temaer som var relevant for min problemstilling. For å sørge for at materialet var relevant og passet under det gitte temaet leste jeg nøye gjennom materialet som var plassert under hver av temaene. Gjennom hele prosessen har jeg tatt med utsagn fra informantene, jeg har holdt meg tekstnært samt at jeg tolket tekstene ut fra mitt faglige perspektiv og ståsted.

#### **4.6.5 Syntese**

I analysens fjerde og siste trinn, ble tekstene satt sammen igjen. Ved hjelp av fortolkende synteser sammenfattet jeg funnene som ga meg grunnlag for aktuell kunnskap og forståelse, samt innblikk i erfaringen informantene hadde.

### **4.7 Validitet og reliabilitet**

Validiteten knyttes til tolkningen av den innhentet data, forskerens gyldighet av det de tolker og resultatet av forskningen (Thagaard, 2018). Er kunnskapen gyldig? Dette aktive spørsmålet er det som gjør at man validerer metoden en har brukt. Hele veien må jeg spørre meg selv om metoden jeg har valgt er rett for min problemstilling. For at jeg skal få svar som er gyldig og tilstrekkelige må metoden være rett. Jeg må vite at den gir meg en logisk og rett vei til kunnskapen jeg ønsker å finne ut mer om. Både Begrensninger, muligheter, relevans og konsistens skal avklares ved validering (Malterud, 2018).

Ved reliabilitet skal påliteligheten av forskningen vurderes, samt kontrollere om utførelsen er tillitvekkende. Troverdigheten vurderes også når det kommer til forskning som er kvalitativ, det er et kriterium for prosjektets reliabilitet (Thagaard,2018). Med reliabilitet er man opptatt av om resultatet man får kan gjengis av en annen forsker med samme metode, på et annet tidspunkt. Det å bruke sin egen intervjustil under intervjuet, stille oppfølgingsspørsmål og la informanten komme med innspill underveis i intervjuet, vil gi forskeren bedre betingelser, enn om forskeren blir for opphengt i reliabiliteten. Dette kunne da ha hindret forskeren fra å bruke sin kreative tenkemåte (Kvale & Brinkmann, 2017).

Intervjuene ble gjennomført med en avslappet holdning til intervjuguiden, da jeg hadde god kjennskap til den. Informanten svarte på spørsmålene i intervjuguiden, men fikk også snakke fritt og legge til ting om de syntes det var av relevans for min oppgave. Jeg fulgte opp både svarene informanten kom med til intervjuguiden, det de svarte til mine oppfølgings spørsmål og det som de sa utenom. Jeg hadde følelsen av at både spørsmålene i intervjuguiden og oppfølgings spørsmålene var gode og ga meg relevante svar som kunne knyttes opp til min problemstilling.

#### **4.8 Forskningsetisk vurdering**

Mennesket har både verdier og normer og når en skal gjennomføre en kvalitativ studie med intervju, må man kjenne til både de etiske utfordringene og de norske forskrifter og lover. Dette for å beskytte menneskets helse og rettigheter, samt fremme den enkeltes respekt (Malterud, 2018). For å sikre deltakernes sikkerhet og trygghet, har blant annet Helsinkideklarasjonen, forskningsetikkloven, personopplysningsloven og helseforskningsloven bestemmelser som kan bidra (Malterud, 2018). For å få mulighet til å gjennomføre studien måtte jeg søke Norsk senter for forskningsdata (NSD), som ga prosjektet mitt en ferdigvurdering og behandlingen av prosjektet mitt kunne starte (Se vedlegg 3).

Informantene jeg intervjuer her er helsepersonell, som arbeider med gravide rusmiddelavhengige kvinner og som deler sine tanker og erfaringer på området. Dette medfører strenge krav når det kommer til samtykke, informert samtykke (Malterud, 2018).

Det er fire hovedkomponenter som kan beskrive kravet når det kommer til informert samtykke. Det første er kompetanse, her skal informanten selv klare å ta valget om han/hun vil delta i undersøkelsen eller ikke. Dette er frivillig og uansett hva informanten velger skal ikke det medføre noen konsekvenser (Jacobsen, 2015). Frivillighet er det andre kravet, noe som kanskje kan virke simpelt. Dette betyr å velge uten press, det er ingen andre som skal presse deg eller si sin mening, det er kun ditt valg (Jacobsen, 2015). Rett til full informasjon er krav nummer tre, dette må igjen til for at du skal kunne vite hva du svarer frivillig ja/nei til å delta på. Her skal det deles ut et informasjonsskriv som skal inneholde; hvem som har ansvar, hvor du kan henvende deg for spørsmål, hvorfor akkurat du blir valgt ut til å delta, hva det innebærer å delta, hva skjer med informasjonen du deler, dine rettigheter og informasjon om at deltakelsen er

frivillig (Se vedlegg 1). Informasjonsskriv med samtykke ble delt ut på forhånd slik at alle informanten kunne lese dette. Jeg valgte derimot å ikke dele ut intervjuguiden på forhånd, da dette kunne medført at informanten forbereder seg og ville dermed kunne påvirket oppgavens validitet. Det er på grunnlag av dette viktig at man ikke gir ut for lite, men heller ikke mer informasjon enn det stilles krav om (Jacobsen, 2015). Det fjerde kravet er forståelse, så selv om informanten mine sa de hadde lest og forstått informasjonsskrivet og ønsket å skrive under samtykket, gikk jeg gjennom hele informasjonsskrivet sammen med dem muntlig. Dette gjorde jeg for å sikre meg at det var forstått, før dem fikk signere samtykket (Jacobsen, 2015). Jeg informerte også informanten om at opptaket fra båndopptaket ikke ville bli hørt av andre enn meg, og at det ble slettet etter sensuren på forskningsprosjektet. Transkribert material vil kun jeg og veilederen min se, mens de anonymiserte funnene vil komme frem i det ferdigstilte forskningsprosjektet. Dette blir gjort for å gi informanten en sikkerhet og trygghet rundt den informasjonen han/hun deler (Slettebø, 2012)

## **5.0 Presentasjon av funn**

I del fire var det en gjennomgang av vitenskapsteori, valg av metode, utvalg av informanter og innsamling av data, samt en beskrivelse av gjennomføringen av intervjuene, hvordan dataen ble analysert og bearbeidet, validiteten og reliabiliteten og til siste en gjennomgang av forskningsetisk vurdering. I del fem vil jeg presentere funnene mine og introdusere de fire temaene hver for seg.

Analysene viste at helsepersonell erfarte at det er flere forhold som er avgjørende for å kunne gi meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige. Tematisk omhandlet dette fire ulike, men sammenvevde temaer; tvang, frivillighet eller «frivillig tvang», samarbeid på tvers, å komme i posisjon og god nok- rusfri mamma.

Prosessen startet først med at kvinnene må legges inn, deretter er det teamet rundt dem som skal være med på å gi dem en helhetlig behandling. Det er helsepersonellens jobb å kjempe for å komme i posisjon hos kvinnene og med dette er målet å hjelpe de til å bli en god nok rusfri mamma. De fire prosessene er mine hovedfunn, i tillegg til det som helsepersonellet beskriver at må til for at hjelpen til de gravide rusmiddelavhengige kvinner skal bli meningsfull.

## 5.1 Frivillighet, tvang eller «frivillig tvang»

Informantene gir utdypende informasjon om kvinner de møter og hvilket innleggelses stadium de er på. Ved innleggelser har informantene møtt kvinner i ulike alder, den yngste som blir nevnt var 15 år, og den eldste var over 40. Det er ulikt hvilken svangerskapsuke de kommer inn i, men de kommer inn i alt fra uke 6 til 36. Det er sjeldent de kommer så tidlig som i uke 6, men det har forekommet. Men kommer de i uke 36 er det nesten for sent, det er ikke mye man kan gjøre for barnet på de få ukene, hevdet informantene. Hvis moren legges inn for sent, blir barnet født med abstinenser. Gjennomsnittet for når kvinnene kommer inn er mellom uke 16-22, litt forskjellig fra de ulike plassene, men det ligger i gjennomsnitt her. Det er ulike måter kvinnen kommer i kontakt med de ulike klinikkene, noen tar kontakt selv, mens andre blir fanget opp av ruskonsulenten, jordmor, lege, venner eller familie som sender en bekymringsmelding eller andre som jobber i kommunen. Noen legger seg inn frivillig, andre tvangsinnlegges og noen legger seg inn frivillig og skriver under på den paragrafen som omhandler «frivillig tvang». En av informantene fortalte:

*«Dem som kommer inn på tvang, da blir det jo, somregel et akutt vedtak, etter lov om helse og omsorgstjenester §10.3. Det er jo den tvangsparagrafen for gravide rusmisbrukere. Så kan de da bli lagt inn på § 10.4, altså lov om helse og omsorgstjeneste. Det er en kontrakt som du skriver under på mellom pasienten og klinikken. Der de forplikter seg til frivillig tvang, det betyr at vi kan holde dem tilbake, altså loven sier at vi kan holde dem tilbake 3 uker x 3 ganger. Men på en gravid som da for eksempel stikker av, så får dem ikke to sjanser til, da blir det i praksis gjort om til en tvangssak. Men det er jo en paragraf som blir brukt på alle og ikke bare gravide. Det er kun §10.3 som er spesielt for gravide på tvang da. Og så har vi da frivillig innleggelser da § 2-1 lov om spesialisthelsetjenesten»*

En av informantene fremhevet at det er uvanlig med tvangshandling av gravide i andre land det er naturlig å sammenlikne med, og at Norge er et unntak når det gjelder tvangshandling av gravide:

*«Norge er jo det landet som har en paragraf i forhold til gravide, i forhold til tvang. Danmark jobber med den paragrafen, for å få tvangsinnlagte eller om de skal være frivillig, Sverige har ikke det, nei. Mens Norge er alene om det, å ha en sånn lov. Og*

*jeg tror det er helt avgjørende å ha en lov og kunne beskytte det ufødte liv... barnet. Beskytte det mot rus i svangerskapet, det er kjempeviktig»*

Flere av informantene fortalte dessuten at det er mindre tvangsinnleggelses og flere frivillige innleggelses av gravide de siste årene, men årsaken for endringen har de ikke noe helt klart svar på.

*«Og det ser jo ut som at det er en dreining, mer og mer mot frivillig innleggelses. Ja, så kan en jo tenke, om det er så veldig frivillig, fordi vi vet jo ikke hva det handler om, gjør de en bedre jobb der ute, greier de å fange dem opp og motivere til å legge seg inn? I kommunen, er det det som skjer eller er det det at fler og fler vet at hvis de ikke samarbeider og legger seg inn, så har de tvangsparagrafen som ligger der som en trussel eller at barneverntjenesten på en måte tvinger dem litt til for dem er redd for å miste barnet sitt. Så, så det er nok en sånn frivillig tvang i det, ja. Så, men det er jo bra, det er jo bra utgangspunkt at dem kommer inn her frivillig da».*

Informantene fortalte at noen innser at de ikke klarer dette uten hjelp, andre har ikke oppdaget graviditeten før sent i svangerskapet og har ruset seg hele veien. Noen har klart å lure seg «under radaren», men om de oppdages blir det som oftest en tvangsinnleggelse. Den ene informanten fortalte at kvinnen som regel får flere sjanser til å legge seg inn frivillig, men om de ikke gjør det ender det med tvang og tvangen kan være brutal for mange.

*«De på tvang kommer jo ofte så fort de får tak i de på en måte. Ja for da har de som regel fått tilbud om frivillig som de har takket nei til, kanskje en og to og tre ganger. Og da tar de saken så fort de dukker opp til en avtale, så blir de kjørt hit, da blir det jo formidlet tvangsvedtak til det da. Noen vet om tvangsvedtaket i forkant og er forberedt på det...»*

Mens for andre kan dette være en traumatisk opplevelse;

*«Dem som kommer på tvang da, det er jo jenter som ikk ..., dem vet jo ikke om at dem blir tvangsinnlagt. Det er en traumatisk opplevelse for dem, for da kan ambulansen bare stå på utsiden av døren og si «ja nå må du pakke tinga dine, vi skal ditt». Og da ... det kan være ... eller politiet kommer og henter dem... Veldig traumatisk. Og de kan ikke ... (gjør til stemmen ) «Ja men jeg har bare det jeg står og går i» Ikke sant. Ja. Så det er mye som, det er mye som, ehm, er ... det, det er en*

*veldig traumatisk opplevelse som de bruker litt tid på å bearbeide når de kommer inn. Så noen av dem kan være sinna og litt sånn og så roer det seg fort. Når dem innser ... det er selvfølgelig. Ja.»*

Terskelen for en innleggelse er lav, men kvinnen må ønske dette selv, eller så må det være grunnlag for en tvangsinnleggelse, om det ikke er grunnlag kan de ikke tas imot. Det skal ikke mye til å få en innleggelse.

*«Hvis det har et rus problem og... det trenger ikke være stort heller. Hvis de tenker at de er bekymra for at de kanskje har rusa seg tidligere, er livredde for tilbakefall for eksempel. Så trenger de heller ikke å ha ruset seg i svangerskapet, men hvis de har ruset seg før de ble gravide, så det skal mye til for at vi sier nei til det da».*

Tvang kommer ofte frem som noen negativt, og som noe som ikke er ønsket å bruke i første rekke. Man skal prøve alt annet først. Men selv med denne kunnskapen var det flere av informantene som mente at tvang også var viktig og nødvendig overfor kvinner som er rusmiddelavhengige og har en baby i magen. Som en sa:

*«Hvis situasjonen er helt håpløs da så kan de få innvilga abort og må søke abortnemda og så kan de få innvilga abort og sen abort, faktisk helt opp i etter uke 20. Så det hender at det skjer. Og det, jeg tenker, og den tvangsparagrafen da, den er fin å i forholdt til det å.... Ehm... altså velger du å ta abort da, så er det viktig at det får lov å komme inn her å bli nøktern å klare i toppen og ta den avgjørelsen da. Altså... eh... og ta den i rolig, ryddige, nøktern form og vite at det er en avgjørelse du skal leve resten av ditt liv med. Det er på en måte etisk riktig, uansett. Mange sier de gidder ikke legge seg inn for de skal ta abort likevel, men faktisk er det like viktig, tenker jeg, å bli lagt inn å bli nøktern og vite at du tar den avgjørelsen på riktig grunnlag da».*

Og selv om tvangsinnleggelsen kan være traumatisk, og bryter med selvbestemmelsen til den gravide kvinnen, fortalte informantene om flere av kvinner som var takknemlig og glad i ettertid:

*«Jeg tenker det er mange babyer som er, som har fått en bra start da, på grunn av det og veldig mange, og spesielt hvis du tenker på de på tvang da. Som ikke hadde klart det alene, som de sier. Så det er jo kjempe bra og at den babyen får en, det er mange barn som har fått en god start. De fleste sier jo de er veldig fornøyde, de på*

*tvang å, at de kommer inn på tvang, at de er veldig glad for det når de drar herfra, de skjønner jo de hadde ikke klart det alene kan du si».*

Ingen ønsker å skade babyen sin, men noen ganger er avhengigheten så sterk at den går foran andre viktige forpliktelser, sånn som babyen i magen:

*«Å sånn sett så tenker jeg at tvangen er fantastisk. For det er ingen som, ingen som i utgangspunktet ønsker å skade babyen sin, men de er bare ikke i stand til å ta det grepet som gjør at de greier å ta gode valg da».*

## **5.2 Samarbeid på tvers**

Informanten fortalte om en tett og gode oppfølgingen rundt hver enkelt kvinne. Videre beskrev de sin og kollegaenes jobb med og rundt kvinnene. Jordmoren hjelper kvinnen med få kjennskap og knytte seg til barnet i magen, legen hjelper med eventuell medisiner, psykologen er der for den dypere samtalen, mens miljøterapeutene er tilstede i miljøet med kvinnene hver dag, hele døgnet og skal hjelpe dem til å få «normale» rutiner inn i hverdagen, slik som måltider og døgnrytme. Det er ingen profesjon som er mer viktig enn andre. Alle profesjonene er like viktig for å få til et tett og godt samarbeid rundt og med kvinnene.

*«Sånn at strukturen i avdelingen er kanskje en av de viktigste bærebjelkene i behandlingen. Det å lære seg å stå opp, det å lære seg å få god døgnstruktur, møte til frokost, lære å spise frokost sammen med andre, forholde seg til andre i det fellesskapet som man er i. Når du har ruset deg i et langt liv så er dette her med dag, tid og sted, det er jo totalt likegyldig om det er natt eller dag eller om det er frokost eller middag. Så det også har vi mye fokus på da. Det å få en døgnrytme da, for vi ser jo hvor fortere de kommer inn i god døgnrytme jo fortere greier de å få andre ting på stell å da».*

Det er noe på programmet hver dag. En annen informant fortalte mer om ukeprogrammet og alle de forskjellige gruppene og aktiviteten de fyller ukene med. Innholdsmessig så omfatter dette informasjon og arbeid rundt ulike stadier under graviditeten, lære å jobbe med seg selv og sine egne følelser, Nav eller helsestasjonen kommer og holder foredrag og så er det samspill undervisning. Dette foregår som regel i grupper, men kan også være individuell samtaler.



*«På mandagen er det om svangerskap som jordmor har og underviser om alt fra... Ja prevensjon til fødsel og smertelindring og barseltid og hele det og alt, kosthold, alt i forkant av en fødsel. Tirsdagene er det sånn kvinnegruppe som bygger mye på sånn psykoedukativ gruppe, i forhold til følelser går det mye på da å kjenne på følelsene for de har jo vært rusa og ikke hatt så mye følelser for å si det sånn, er ikke kjent så mye på dem. Så det er å ta å hente de litt fram igjen å ja, å se åssen det er liksom, så det er en veldig sterk gruppe som de er veldig prega av etterpå da som gjør inntrykk kan du si. Og så er det onsdagene, da er det temagrupper. Da er det litt generelt om mye og mangt. For eksempel, det kommer noen fra NAV her.. ... Og informerer om hva du har krav på, sånn i forhold til svangerskap og fødsel. Og kanskje noen fra helsestasjonen, eller så er det en sånn i forhold til forskjellige rusmidler og hva det gjør med hjernen og det er mange ting, og sånn forskjellig. Og så er det samspills undervisning på torsdag da. Hvor de går gjennom samspill med barn og hva som er viktig med å være foreldre da. Og så har vi jo tilbud om turer ut, gravid trim og svømming, ja det er vel i hovedsak det .Ja å så har de jo tilbud om samtaler med behandler en til to ganger i uken, ja, de er hos jordmor ofte en gang i uken, legevisitt hver uke, ja og så har du miljøpersonale tilgjengelig egentlig hele tiden da. Jada det er god oppfølging, det er det».*

De som kommer inn på frivillig skal følge opplegget, for når de takker ja til en plass takker de også ja til å følge opplegget. Mens en kvinne som blir tvangsinnlagt, kan ikke tvinges til å følge opplegget inne på klinikken. Så dette blir da opp til kvinnen selv om hun vil delta eller ikke.

5 av 6 av informantene kommer fra to ulike klinikker hvor kvinnene er inne over lenger tid, mens den ene av informantene kommer fra en forsterket helsestasjon og der er arbeidshverdagen noe annerledes, da de hun møter ikke er innlagt. Informanten fra den forsterkede helsestasjonen fortalte om hvordan hennes hverdag med oppfølging av disse kvinnene var i forhold til de ulike klinikkene:

*«På helsestasjonen får dem time hos jordmor, annenhver uke ca. Og da setter vi alltid av en time til alle konsultasjoner og noen av konsultasjonene er hos legen i teamet, for vi har jo en lege der. Da terskel for å snakke med psykolog er høy, ønsker vi at psykologen skal være med på en innkomstsamtale så de kan bli kjent med vedkommende. Vi har også en barnevernspedagog som har en type*

*sosionomutdanning. Men som har erfaring fra barnevernet som vi ønsker at de skal bli godt kjent med og hun kan også komme så vi kan ha konsultasjoner sammen for at de skal bli kjent med henne og mange har gjerne spørsmål og mange er veldig redde for barnevernet».*

Slik informantene fortalte så er det mange muligheter rundt kvinnene, de kan strekke seg langt for kvinnene så lenge det er av nytte for den enkelte. Alle kvinner får individuell behandling, ut fra den enkeltes behov. Noen trenger å lære å lage mat, mens andre trenger hjelp med økonomien eller følge til ulike møter. Det er ikke forskjell på tvangsinnlagte kvinner eller kvinner som er innlagt frivillig, helsepersonellet må bare bli kjent og få tillit til dem. Dette gjelder spesielt med tanke på utgang og faren for rus. For babyen i magen skal prioriteres og beskyttes mot mor sin eventuelle sprekk eller rusbruk så langt det lar seg gjøre.

*«Vi har jo våre rammer, men jeg ser jo at vi har mulighet til det meste da, eller muligheter til å hjelpe dem med så å si, egentlig hva det skulle være, så sant de ønsker det.. Det er liksom ikke sånn, veldig at det kan vi og det kan vi ikke, vi hjelpe de, vi har jo vært med folk på perm hjem til Nord Norge liksom. Vi gjør veldig mange unntak sant vi ser det er nyttig for pasienten da. Og vi har jo vært med mange på fylkesnemndsaker i andre byer, samværssaker og barna kommer hit. Så de alle får individuell behandling. Så alle som har visse behov da, prøver vi å imøtekomme. Så det er liksom ikke så mye som begrenser de mulighetene når de er her inne egentlig. For de får jo utgang, de kan jo gå ute alene uten personalet også de på tvang. Bare vi må liksom, først så er vi trygge på de da, at vi kjenner de litt, ja, før vi slipper dem ut i verden, på utganger og sånn, i forhold til rus da selvfølgelig og i forhold til de som er på tvang i forhold til rømming. Noen har jo tatt sertifikat her, ja, ja det er liksom, hva som er behovet da, noen har gått på norsk kurs og.»*

*«Jeg kan ikke gjøre denne jobben alene»,* sa en av informantene. Det er det tverrfaglige teamet som må til for å få den helhetlige behandlingen. Der miljøterapeuter, leger, jordmødre, psykologer og andre bidrar til behandlingen og ivaretar de ulike behov for at hjelpen skal bli helhetlig og kunne ivareta både mor og barn. Som informantene beskrev, er den tette og stabile oppfølgingen svært viktig for å skape trygghet og tillit hos kvinnene. Kvinnene som er innlagt vet hvem de skal forholde seg til, de vet de har

et team rundt seg og hvem som er i teamet. Teamet rundt kvinnen består av ulike profesjoner:

*«Det er viktig at de blir... at jeg lærer dem opp til åh....ja vite hva dem skal gjøre og blir en god mor. Men det kan ikke jeg gjøre alene. Det er det...ja...Hele teamet rundt er på de. Her er det da, som er i pasients team, det er en behandler, så er det lege, det er eh...en primær og en sekundær miljøterapeut og så er det meg som jordmor. Det er rundt hver enkelt kvinne»*

Mens en annen informant beskrev litt mer detaljert om hvilken oppgave de forskjellige profesjonene har overfor kvinnene, hvor forskjellig relasjonene er og hvordan dette til sammen blir veldig bra. Informanten beskrev særlig forskjell på miljøterapeutene som er rundt kvinnene hele tiden og får dem hele døgnet, uansett hvilket humør dem er på, mens når de er hos jordmor og legen, bruker informanten ordet «fristed». Hun beskriver det som et fristed for kvinnen der de kan forholde seg til fakta. Informantene beskrev også at de har forskjellige måter å jobbe med og rundt kvinnene på, men det er bra for det helhetlige samarbeidet

*«Vi miljøterapeuter, vi er jo tverrfaglig team, det er jo barnevern, vernepleiere, sykepleiere som jobber sammen ikke sant. Også, så vi jobber jo i miljøet med pasienten og så har vi jo jordmor og lege som har en annen rolle. Jah. Så vi får en annen relasjon til de, vi får de mere på godt og vondt da 24/7. Ehh mens jordmor, lege og behandler de får dem kanskje en time x1 pr uke, mens vi har dem hele tiden liksom. Så jeg tenker at sånn som legen og jordmor spesielt da, de har jo, de syntes det er meningsfullt, spesifikt demmes jobb i forhold til svangerskap, hvor legen har det medisinske, men også i forhold til rusbehandling. De har en annen type relasjon, de kan nok oppleve at de har en mye bedre relasjon på mange måter fordi den er så kort og de konfronterer aldri pasienten med noe, mens det er jo vi som gjør, så det er klart at det blir på en helt annen måte. Ja det gjør det. Men jeg syntes det er veldig bra at det er forskjellig å og så tror jeg det blir veldig bra til sammen da».*

Hovedmålet med den tverrfaglig samarbeidet, er å hjelpe kvinnen til å bli en rusfri mamma. Hjelpe henne til å få en normal hverdag, uten rus hvor hun kan klare å ta seg av seg selv og babyen sin

*«Å bli rusfri mamma, det er jo det som på en måte er hovedmålsettingen med de jenten som er her. Det å koble seg på babyen i magen, mange av de er jo veldig*

*avkoblet sine egne følelser. Det å bli kjent med eget følelsesliv, det å koble seg på litt sånn kroppen og toppen sammen, skille dem ulike følelsene, blir kjent med hva slags funksjon rusen har hatt, ofte er det jo, de fleste ruser seg jo for å dempe eller døyve vanskelige følelser som regel. Ja, lære andre strategier for det, rett og slett lære normal hverdag uten rus».*

Informanten beskrev det tverrfaglige samarbeidet som hensiktsmessig og fortalte videre hvordan de mener forskjellige profesjonen er ønskelig å ha med for å få til et helhetlig samarbeid som kan dekke de ulike områdene hos kvinne på best mulig måte

*«Jeg tror det med tverrfaglighet er viktig da, og jeg ser jo det da at vi som jobbe med det fra ulike... eh..., på flere plan da, både miljøterapien, legen i sin rolle, jordmor i sin rolle, jeg i min rolle og det liksom å få til dette i fra alle... det tverrfaglige samarbeidet tror jeg, er bra. Vi ser ting på ulike måter og vi får ulike relasjoner til de og vi... eh.. ja vi får liksom dekt opp fra flere sider da. Det tror jeg er veldig bra. Vi er liksom, alle har ulike kvaliteter og ulike måter å nærme seg på da.. som summen av det tror jeg blir bra».*

«Noen ganger går det ikke, og vi må bare innse at vi ikke kan hjelpe alle» la den ene informanten til. Informantene møter ulike kvinner med ulike utfordringer og helsepersonellet prøver hele tiden å jobbe så god de kan for å komme i posisjon til hver enkelt kvinne, for å hjelpe hun og babyen i magen. Selv med en rekke profesjoner og tverrfaglige team og en innlagt kvinne, er det ikke alltid helsepersonellet kommer i posisjon hos kvinnen og får hjulpet henne. Som nevnt tidligere kan kvinnene være lagt inn på tvang, og da kan de ikke tvinges til å følge behandlingen, men de er iallfall innlagt under svangerskapet og babyen i magen har en større sjans for å få en bedre rusfri start på livet.

*«Men vi kan ikke hvile på laurbærene, det er jo kjemi her. Og noen ganger, noen ganger så må vi bare, bare innrømme at den gravide kom vi ikke inn på, den klarte vi ikke å gjøre en god nok jobb med. Men jeg er ikke overbevist over at andre rundt klarer å gjøre en god nok jobb med vedkommende heller. Det er noen, noen bare er sånn».*

### **5.3 Å komme i posisjon**

Informantene fortalte at det å skape gode relasjoner til kvinnene er viktig for å komme i posisjon, men det kan være vanskelig og det krever tid. Mange av kvinnene bærer med

seg traumatiske erfaringer og som en informant sa har de; *«opplevd brudd og svik i både i barndommen og i oppvekst og seinere liksom, så de har vanskelig for å stole på noen og er generelt veldig skeptiske..., til mennesker i det hele tatt »* Det å utvikle en god relasjon, opparbeide tillit, komme i posisjon til å sette grenser og det å gi omsorg, anerkjennelse og respekt er krevende, men viktig og nødvendig. En av informantene fremhevet:

*«Det er veldig viktig at vi er veldig tydelig, er til å stole på og at vi prøver å opparbeide en veldig god relasjon, at de føler seg trygge på oss og at de kan stole på oss og at vi er ærlige. Da tror jeg de tåler ganske mye fra oss også, hvis de skjønner at vi gjør det for vi vil dem vel».*

Den ene jordmoren fortalte hvordan noen av kvinnene til tider kan ha bedre tillit til henne, fremfor andre profesjoner i teamet.

*«Det å være jordmor, det er veldig sjeldent dem er sinna på meg for eksempel, det er veldig sjeldent dem motarbeider meg, men det kan selvfølgelig smelle i dørene om jeg ikke gir dem... asså, hvis jeg ikke er enig eller sier «nei det får du faktisk lov til» eller sånn. Så kan det smelle litt i dørene, men jeg har den mest takknemlige jobben her. Det må jeg bare si. Det er, for jeg tar faktisk vare på barnet demmes, i magen. I demmes øyne er det jeg som passer på dem. Så derfor er jeg en sånn person som, noen ganger er det meg dem har tillit til, som andre behandlere kanskje ikke får kontakt med».*

En annen av informanten bekrefter at det hender at kvinnen får en bedre relasjon og tillit til jordmor grunnet det er jordmor som passer på barnet deres. Samtidig legger hun til at hun adresserer at trygghet, tillit og stabilitet er grunnplattformen for å komme i posisjon til jentene.

*«Ofte så bruker vi litt tid på det og dette er jo jenter som har mange skuffelser og mange brudd i relasjoner, så de er jo, de trenger lang tid på å bli trygge og ha tillit. Men det å få til den tryggheten så de faktisk tørr å være åpne om rus sug, å faktisk åpne opp på alt det som ligger der, som er vanskelig da. Det tror jeg kanskje er det viktigste å få til, den tilliten».*

Endringer hos kvinnene er ikke gjort i en håndvending. Kvinnene skal på kort tid endre hele livet sitt, de skal bli mødre og de skal ha ansvar for et annet liv, de skal bli

mammaer og samtidig skal de bli rusfrie. Informantene beskriver dette som en prosess som krever veldig mye og tar lang tid, mer enn den tiden de har og mer enn den tiden de kan gi kvinnene. Informantene la til at kvinnene gjerne har ruset seg store deler av livet og ikke er vant med å leve som en «vanlig» borger i samfunnet. Så det kreves mer enn å bare bli rusfri.

*«Det de trenger mest av alt da, som vi på en måte ikke kan gi dem her på denne avdelingen er tid. Hvis vi skal stable et helt annet liv på beina, så tar det jo tid, men vi kan gjøre en veldig god start da. Hadde jeg skulle bestemt, hva de skulle, så er det to år før de er tilbake og hjemme. De har jo mye å lære i forhold til å leve og forholde seg til lover og regler og ikke forvente at en skal få alt fra nav ikke sant, og at du har krav på, kvar på i stedet for at du må yte og gi noe selv. Det er liksom, tenke hvor mye av den rus tankegangen som må liksom læres på nytt da. De må lære seg å tenke, ikke bare tenke og lure og fikse og trikse og mikse liksom og få penger derfra liksom, men kanskje de må gjøre noe selv for å få til livets opphold. Det er liksom sånne ting, det er så mye som skal snus, og det er ikke gjort på 20 uker for å si det sånn. Nei, det tar tid. Så det de trenger mest av alt er tid, så alle kan klare alt, men de trenger bare den tiden. For de har jo ikke noe å spille på, de har jo ikke nooooo, de kan jo ingen ting, de er jo ikke vandt å feire bursdag, de er ikke vandt å feire 17 mai, de er ikke vandt til å, frokost om morgenen, ikke sant hvordan skal de klare, det er vant med å bli misbrukt, åssen skal de klare å ta seg av et barn uten behandling og lære da, hvordan?»*

Annen informant bekrefter også at det er for lite tid. Ting er ikke endret på de uken de er gravide og heller ikke på de det 3-12 månedene de er i rusbehandling etter fødselen. Noen reiser rett hjem etter fødselen, noe som ikke er anbefalt. Den videre oppfølgingen og behandlingen er Alfa omega la informanten til.

Når det kommer til denne jobben er det også en del utfordringer som helsepersonellet står overfor, både positive og negative. Som den ene informant sa *«De er jo ofte veldig menneskekjennere, så de er skeptiske da, i utgangspunktet, så vi får jo ofte passet påskrevet, en må være som en er, en kan ikke prøve å late som man er noe annet og man må være til å stole på og en må stå for den en sier, hvis ikke får en det tilbake igjen»*. Helsepersonellet må kunne klare å stå i det, også de verbale utageringene, samt at dette er kvinner med mye motstand. Videre legger informant til *«de har gjerne en*

«bagasje» som man må grave dypt i, den er gjerne ikke åpnet på mange år og er godt gravd ned». Tidligere svik og tillitsbrudd kan også gjøre at denne jobben blir utfordrende for helsepersonellet. Som den ene informanten sa så er kanskje en av de største utfordringene å komme i posisjon til alle de ulike kvinnene

*«Der mange utfordringer da, positive utfordringer men det er mye..., mange en skal bli kjent med og som skal bli trygge på oss og som vi skal få en relasjon til da, som er, som byr på utfordringer. For det er liksom ingen ting som er likt da, hver jente er forskjellig og. Det er det som kan være en utfordring. Største utfordringen da, men også positivt for det er jo spennende, og finne ut hvordan man skal gjøre det og så kommer vi som regel i mål, med alle så du får en veldig god relasjon til de aller fleste som er her da. Også sånn som de sier selv, de merker at vi bryr oss, vi bryr oss om dem da og det merker de og det også gjør mye med relasjonen og hva de får til og ja. Og så er det forskjellige vinklinger på hvordan man skal komme seg dit og så må man finne ut av det og prøve og feile litt. Og gi dem tid da, og omsorg og trygghet. Så det er jo den største utfordringen er å komme i posisjon til dem. Men når vi har gjort det så... er det på en måte gjort, er mye gjort da»*

Informanten fortalte at alt de tilbyr kvinnene er meningsfullt. De forklarer kanskje enkelt ting de ser på som meningsfullt, men de kommer alltid tilbake til at alt de gjør er meningsfullt. De mener alle at tilbudene de har er gode og at jobben de gjør er god.

*«Jeg synes det vi har å tilby er meningsfull hjelp da, men det mest meningsfulle tror jeg for de er at vi ser hver enkelt og behandler dem individuelt, det tror jeg og at en anerkjenner og respekterer de. Og møter dem der de er for de er jo på forskjellige steder alle mann ikke sant. Vi gi de den tryggheten og den omsorgen de trenger for å tørre i det hele tatt å gi noe av seg selv. Jeg tror det, det er relasjonen som vi oppnår med dem som er den viktigste, det, de de vet t vi bryr oss og de merker det ikke sant. Da kan vi få til nesten hva som helst for da tåler de alt også. Det er jo det, som forskning og sånn viser da, at relasjon til de som er der er det viktigste ikke hvilke hvilken behandlingsmetode, men menneskene som er der, menneskene og maten sier de faktisk, på disse institusjonene er veldig viktig... Så jeg tror det har alt å si... miljøterapien vi har å, måten vi møter dem på og den refleksjonen og at vi reflekterer i jobben. Vi gjøre ikke bare for sånn har vi alltid gjort liksom, men vi vurderer hver*

*enkelt da og gjør unntak og tilrettelegger når det er behov for det. Mhm. Det tror jeg er det meste meningsfulle her, at vi ser hver enkelt, ja, det tror jeg».*

En annen viktig del av denne jobben og som opptar mye av tiden til informantene er den daglige refleksjonen de hele tiden må gjøre og de etiske dilemmaene de møter på hver dag.

*«Det er etiske dilemmaer hele tiden. Hvor mye skal pasienten få bestemme selv, er det for mye når vi går inn og sier «nei» der, og «ja» der, sånn vurdere vi hele tiden så det er nesten sånn altopplukende i denne jobben her. Hele tiden vurdere er det riktig og hvorfor er det riktig og hva gjør vi og hvorfor gjorde vi det og ikke sant.. Men det er også den viktigste delen, nesten den viktigste delen av jobben vår. Det er å tenke over og reflekterer over hvorfor en gjør det en gjør da. Og det er mange ting å tenke over. Og det er det som kan være slitsomt i en sånn jobb da, du må hele tiden være på høyden da, altså du må, du kan ikke ha hue fullt av alt mulig annet vertfall, du må liksom legge det vekk når du går inn der. Du må være med, du må følge med».*

#### **5.4 God nok- Rusfri mamma**

Analysene viser at informantene har flere mål for behandlingen og ønsker for den rusmiddelavhengige gravide. Hensikten er å hjelpe kvinnene å bli en god nok- rusfri mamma og å beskytte det ufødte barnet mot rus. Alle informantene brukte ordet 'god nok'. Kvinnene trenger ikke bli en perfekt mamma, men ønsket er at hun skal bli 'god nok', en god nok mamma til å forsørge sitt barn, gi det mat, klær, kjærighet, trygghet og alt annet som er nødvendig for å skape en god nok omsorgssituasjon for barnet. Det ble ikke sagt direkte, men indirekte kommer det helt klart frem at det er flere prosesser man må gjennom for å bli en god nok-rusfri mamma. Prosessen kvinnen må gjennom, kommer frem i de tre tidligere temaene jeg har vært gjennom, frivillighet, tvang eller «Frivillig tvang», samarbeid på tvers og komme i posisjon. Som det kommer frem hos mine informanter, er dette en krevende og lang vei å gå og det krever mer enn å bare bli rusfri. Kvinnen må først legges inn eller velge å motta hjelp i kommunen, som er starten av prosessen. Når kvinnen er lagt inn eller mottar hjelp fra kommunen, møter hun et team som består av flere profesjoner som skal jobbe sammen med henne, veilede henne og følge henne opp. Dette tverrfaglige teamet er også en del av prosessen. Videre må kvinnen også velge å godta denne hjelpen og la helsepersonellet komme i posisjon. Dette for at hun skal være mottakelig for hjelp fra dem og for at helsepersonellet skal



klare å hjelpe henne. Disse tre temaene er alle en del av en prosess for å klare å jobbe seg mot målet om å bli en god nok rusfri mamma. «Ja, og så er det ikke alltid de kan det» sa den ene informantene og fortsetter, «Nei, men uansett så tenker vi at det skal få et bedre liv etterpå og at de blir overført til kommunene og får videre behandling». Og om de blir gode nok rusfrie mammaer og er i stand til å beholde barnet sitt, er det barnevernet som vurderer, og ikke klinikkene eller de forsterkede helsestasjonene. «Men indirekte veier jo uttalelsene vi kommer med, tungt ovenfor barnevernets valg» avslutter den ene informantene.

*«Altså hovedhensikten med behandlingen her er da å gjøre de i stand til å bli en god nok, rusfri mamma da, det er liksom hovedmålet da. Det å kunne fungere i et dagligliv og være rusfri og være en god nok foreldre, ja. Så det er jo rusbehandling det å så, altså det er jo ikke så vanskelig å være rusfri her inne. Men det å håndtere hverdagslivet der ute, med alle sine følelser og alle sine gode og dårlige, mange dårlige erfaringer, mange dårlige opplevelser, mange har med seg store traumer inn. Men det handler jo på en måte om å bli en god nok mamma og greie det som er bra nok. Men det er jo det å tenke at det..., det skal ikke nødvendigvis være aldeles perfekt, men det skal være bra nok sånn at det skal være en god nok omsorgssituasjon for et barn da».*

En innleggelse på tvang, frivillig eller ved «frivillig tvang» er det som kan være med på å beskytte barnet i magen mot rusen. Jo tidligere de komme inn jo bedre er det. Og samme som hovedmålet er å hjelpe kvinnen til å bli en god nok- rusfri mamma, er et annet hovedmål å beskytte babyen i magen. Som den ene informantene sa, «Babyen er første prioritert, så det er egentlig babyen i magen som blir lagt inn, og så må mor bare følge med». Men for å klare å beskytte barnet, så må kvinnen selv ønske å legge seg inn eller så må hun tvangsinnlegges. Så for å beskytte babyen i magen må man starte å jobbe med mammaen. Som en annen informant sa, «det er jo ingen som egentlig vil skade barnet sitt, men det er jo en grunn til at de ruser seg da».

*«Målsettingen er jo at barnet inne i magen ikke blir skadet av mors bruk av rusmidler og at du får et barn som blir født uten abstinenser. Og så må du jo ha masse delmål, for målet er jo at dette skal bli en rusfri mamma og en vanlig familie og så ser vi jo at hjelpebehovet kan være ganske stort og har de ruset seg i mange år så ser vi at de kan ikke det som mange ungdommer lærer i tenåringsalder og i ung*

*voksen alder, som jobb og det å bo, lage mat, vaske klær og vanlige ting. I enkelte tilfeller er hjelpebehovet så stort og når du da tenker at de ikke kan ta vare på seg selv... hvordan skal de da klarer å ta vare på barnet sitt i tillegg».*

Det kom også fram at veien ikke er enkel, det krever mye av kvinnene og de har ofte en fortid preget av traumatiske hendelser som man må gjennomgå grundig før man kan starte arbeidet. *«Det finnes noen unntak som en ikke helt kan sette fingeren på da, hvorfor, men som kanskje da er relatert til miljøet, men det fleste er jo da fra barndom og foreldre og med rus i familien og psykiatri».* Et flertall av kvinnene er ofte utsatt for mye svik, mishandling, seksuell mishandling, av både familie og kjente, men også ukjente, de har mye brutte relasjoner og flere av dem har hverken kontakt med familie eller venner. Det eneste nettverket de har, er nettverket fra rusmiljøet.

*«Det som er særegent med min er at de har så lite grunnkunnskap om så mye i forhold til normale jenter og de har ikke med seg den bagasjen, eller de har en annen bagasje. En bagasje som er utenom det normale – contra deg og meg. Det er det særegne. Og vi vet ikke hva som er i den bagasjen, for den bagasjen må åpnes her inne. Og så kan det begynnes å jobbes med. Det kan være overgrep, det kan være dårlig relasjon til egen kropp og å akseptere i forhold til spiseforstyrrelser – det å akseptere at du har en kropp som er i endring».*

Endringen som skjer hos kvinnene beskrives som helt fantastisk. Det er ikke alltid dem kommer i mål, det er ikke alltid de får beholde barnet, men likevel har de blitt mamma til en liten baby. Arbeidet beskrives som givende og motiverende og endringen er med på å gi ny giv til å fortsette å jobbe med dem og andre kvinner. Selv om veien er lang, og det er mye som kan gjøres og mye som kan skje. *«Det kan komme et beinrangel inn som blir bare så flott etter hvert som, det er bare helt fantastisk egentlig, å se åssen de endrer seg. Ja, nei det, nei det er nydelig».* Som den ene informantene sa her, *“De utroligste endringen skjer...”*.

*«Det skjer veldig mye, det er ganske fantastisk å se dem. Hun ene kom inn tynn og elendig og med livet sitt i en plastikkpose, på vei til innleggelse. I dag er hun sammen med barnefar, de begge er rusfri, han jobber, hun har tatt kurs, og de har barn nummer to på vei. og er kjempeflinke foreldre. Vi ser de jo sammen med barna. Og hvis du snakker om inspirasjon så er hvert fall det veldig inspirerende».*

Dette er helt vanlig jenter som alle andre, men de har tatt noen valg og rusen har blitt en del av deres liv. Rusen kan være så sterk og kontrollerende at de fortsetter å ruse seg selv om de er gravide og vet det er feil, det er heller ikke sikkert de vet at de er gravide før det er gått en stund og da oppdager det eller det er ikke en gang sikkert det var dette de ønsket, å bli gravide:

*«Og det å si... en ting er at noen andre kommer inn å sier at du får ikke lov å få sjansen, men det å si at du vet du. dette tror ikke jeg at jeg greier, jeg må, jeg vil ikke ha den babyen. Det er veldig sånn, du blir fort fordømt litt av samfunnet og det er veldig skambelagt da».*

Eller det å vite at du ikke klarte å slutte med rusen selv om du var gravid, eller at du har ruset deg masse i perioden du har vært gravid, men ikke visste om graviditeten, eller de ser at barnet blir født med abstinenser og må starte livet på morfin for å dempe abstinensene. Dette kan medføre at disse kvinnen, som alle andre, kan sliter med en stor skyldfølelse og skam overfor seg selv, babyen og samfunnet.

*«Vi ser jo at det er veldig skamfullt og det er skamfullt å innrømme at de har rus sug blant annet når de er gravide, det er liksom litt sånn «fy fy» å ha lyst på rus, eller det å ruse seg når du er gravid eller innrømme at du har lyst på rus når du har en baby i magen, det er veldig skamfullt. Så det å prøve å få litt åpenhet rundt det og tørre å jobbe litt med det som faktisk skjer på innsiden da. Det er jo mye av fokuset. For vi ser jo ofte at de benekter veldig rus sug og det er et tilbaketrukket kapittel og de skal aldri ruse seg mer og det er ikke noe tema. Og det er sikkert sånn, det er sikkert sånn de føler det, men vi ser jo så fort den babyen er ute så, så kommer jo disse tankene lurende på nytt. Og vi ser jo å at en baby ikke er nok til, det er jo ikke nok motivasjon til å slutte å ruse seg hvis ikke du håndterer det».*

Mens en annen informant fortalte, at dette virkelig er et endringspotensial, at barnet er med på endringen;

*«Det er jo det at de vil ta vare på dette barnet sitt, ha omsorg for barnet. Det er jo det som er motivasjonen for de fleste og da er det jo det som må til for å stoppe med rus»*

Målet er jo å hjelpe kvinnen til å bli rusfri, til og holde barnet rusfritt og at kvinnen skal reise fra klinikken som en god nok- rusfri mamma som kan gi en god nok omsorg for

sin baby, men det er ikke alltid slik det ender. Noen ganger klarer kvinnen selv å se at det ikke går.

*«Jeg ser jo det, og vi skjønner jo alltid hvorfor barnevernet bestemmer det de gjør da, fordi om vi selvfølgelig synes synd på mor, men ser jo at det er det riktige å gjøre da. Og noen ganger ønsker mødrene selv å gi fra seg barnet da, det også skjer, om ikke så ofte så skjer det og det er jo veldig fint synes jeg, når de ser sin begrensning og ønsker det beste for barnet da, ved å gi det til noen andre for å si det sånn».*

Mens andre ganger er det barnevernet som kommer inn og ser seg nødt til å frata de omsorgsretten for barnet.

*«Og det å kan være ganske utfordrernes både for pasienten og personalet å vite det at det, for det er jo en kjempe sorg å vite det at du skal miste barnet ditt. Du skal på en måte bære frem den babyen og du vet at den blir fjernet fra deg, to timer etter fødsel. Ja ofte så er det, ofte så får de lov å ha babyen på magen liksom til den er stelt og i 2-3 timer å sånn og så blir babyen fjernet. Og det er ganske heftig og det er ganske vanskelig for de andre pasientene og som sitter der med stor mage og gleder seg og så blir det vanskelig å glede seg siden det er en som er i stor sorg, ikke sant».*

## 6.0 Drøfting

Her vil jeg trekke inn tidligere forskning, litteratur og teoriene som jeg har funnet relevant til denne studien og drøfte dette opp mot mine funn. Hensikten med studien var å finne ut av hva helsepersonellet erfarte som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige og hva som må til for å yte denne hjelpen. Slik det kommer fram fra mine informanter er det ikke bare en person, eller en spesiell behandling som må til, men meningsfull hjelp består av flere prosesser. Prosessene består av innleggelse, et tverrfaglig team, helsepersonellens jobb med å komme i posisjon til kvinnen. Å holde babyen i magen fri for rusmidler er hele veien førsteprioritet, men en ønsker også å hjelpe mor med å bli en god nok rusfri mamma for barnet. For å jobbe mot det målet er det ofte en del belastninger fra fortiden en må rydde opp i før kvinnene er klare til å planlegge livet fremover. Her kan det se ut som at helsepersonellet har et holistisk menneskesyn i møte med kvinnene (Odland, 2012). For å kunne gi en meningsfull hjelp må vi forstå oss på hele mennesket, ikke bare deler av det. Helsepersonellet kan ikke bare se kvinne som en gravid rusmisbruker, de må se hele kvinnen, historien hennes, hvorfor hun har tatt de valgene hun tatt, de må respektere henne for den hun er og hjelpe henne fra der hun er når de møtes. Alt her er starter den meningsfulle hjelpen (Odland, 2012).

Rusen er en del av dagens samfunn, den er over alt, både på godt og vondt. Den blir bare lettere å få tak i, noe som igjen er med på å øke forbruket (Frøyland, 2014). For rusmiddelavhengige blir rusen noe kroppen føler den må ha, på lik linje som kroppen trenger vann. Rusen blir biologisk nødvendig for kroppen til en rusmiddelavhengig. Energien forsvinner, og meningsløsheten kjennes når kroppen ikke får påfyll av rus. Stress og følelser blir vanskeligere og vanskeligere å håndtere og rusen er da en «god venn» som hjelper den rusmiddelavhengige gjennom vanskelige situasjoner (Føyn & Shaygani, 2010). Her kan en også tenke seg at kvinnene som oppdager de er gravide både kjenner på at de er stresset og i en vanskelig situasjon. Det er også grunn til å tro at følelsene blir forsterket da de på samme tid vet at dette også medfører at de må skille lag med rusen, og hvem skal hjelpe dem når ikke rusen lengre kan?

Rusmiddelavhengigheten kan da ta så overhånd, at til og med en graviditet ikke er nok til å slutte (Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2010). Rusmidlene skader ikke bare mor, men den kan også påføre skader på babyen i magen, enten rett etter fødselen, men også senskader som kan være vedvarende for barnet (Teinung, 2012). Hvem skal egentlig

beskytte babyen i magen når mor ikke lenger klarer det? I 1996 trådte det i kraft en lov om akkurat dette, det å beskytte det ufødte liv, jf Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Kvinnen har en lang vei foran seg og det er ikke nok å bare bli rusfri. Behandlingen må skreddersys den enkelte, hele mennesket må være i fokus, prosessen er lang og krevende og behandling for å oppnå de ønskelige målene, krever også tid (Føyn & Shaygani, 2010).

I bunnen av Maslow`s behovspyramiden er det de grunnleggende behovene som må dekkes for å overleve, som luft, mat, drikke og søvn (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Her vil jeg trekke inn mitt første funn; Tvang, frivillighet og «frivillig tvang» For at kvinnen og babyen i magen skal få dekket de grunnleggende behovene, først trinn i behovspyramiden, trenger de en innleggelse, enten den er frivillig, på tvang eller «frivillig tvang». Behovet som først står i fokus, er å beskytte babyen i magen mot rus. Som forskning fra både Teinun (2012) og Skjøtskift (2018) viser kan de ulike rusmidlene påføre babyen ulike skader og senskader som prematur fødsel, fosterskader, spontanabort, dødsfall, vannhode, medfødt legemsfeil, skade på sentralnervesystemet, ansikts syndrom, tilpasningsvansker, den motoriske utviklingen kan være forsinket, dårlig hukommelse og hyperaktivitet. Dette er bare noen av skadene babyen i magen kan få. Og for å klare å beskytte barnet kan hjelp i en form for innleggelse eller oppfølging være nødvendig. For det første kan en slik innleggelse beskytte barnet i magen mot rusen og for det andre holde kvinnen unna rusmiljøet og rusen. En innleggelse kan kanskje også være starten på et nytt og bedre liv for både mor og barn.

De gravide rusmiddelavhengige kvinnene kan velge å motta hjelp fra kommunen, som vil si at de selv ønsker hjelp. Dette er for mange den beste tenkelige behandlingen, så lenge de klarer å holde seg vekk fra rusen. Noen kjenner at det blir vanskelig og det er for mange fristelser med å være ute og bare få hjelpen fra kommunen, så de søker en frivillig innleggelse. De er da frivillig innlagt på en klinikk, jf sphl §2-1a fjerde ledd. De følger da de etiske prinsippene om å gjøre godt mot andre og ikke å skade andre. De velger da en innleggelse som er med på å hjelpe dem å holde seg unna rus og som også holder babyen i magen unna rusen. Det kommer fram i artikkelen til Wiig (2013) at etter 2008 var det en nedgang i innleggelser på tvang. Dette er også noe informantene mine bekrefter, men de har ikke helt et klart svar på hvorfor denne endringen er skjedd. På den ene siden kan det være sånn som den ene informanten sier, at kvinnene er mer oppdatert og at de kjenner til loven, mens på den andre siden kan det hende at

kommunen gjør en bedre jobb etter den nye opptrappingsplanen innen rusfeltet kom i 2015. Ellers kan det også tenke seg at utviklingen i dagens samfunn, med en hel del ulike tester, kan gi et raskere svar på graviditeten og de tar da valget og legger seg inn frivillig. Som en annen informant sa, «Ingen vil jo egentlig skade babyen sin».

Loven om tvang har endret seg gjennom tiden, samme med synet og bruken av tvang. Allerede i 1898 kunne borgeren bli hold tilbake på tvang i opptil et år. I 1907 kom loven om drukkenskap og her ble borgeren straffet for jevnlig alkoholbruk. Her blir ikke tvangsarbeidet sett på som en straff, det blir sett på som en behandling for å gjøre bedre mennesker ut av lovbrøyttere (Ervik & Biong, 2018). Mens i artikkelen til Wiig, (2013) beskrives tvangsinnleggelsen som en ramme rundt oppholdet og ikke en behandling. Det er et krav at en skal prøve alle andre tiltak før man iverksetter tvang, men i noen tilfeller er tvang likevel nødvendig. Dette er også noe funnene mine bekrefter hvor informantene fremhever at selv om tvang er siste utvei, tilsier erfaringen deres at det også er nødvendig med tvang.

Når det er to liv i en og samme kropp kan det oppstå en konflikt, en kan ikke ivareta mors autonomi og rett til fri vilje når en samtidig skal ivareta barnet rett til liv. I Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol) §10-3 setter barnets helse i første rekke. Hensikten er å trygge barnets rett til liv, helse og frihet. Funnene viser også til at under innleggelsen er babyen i magen førsteprioritet, «*Det er babyen som legges inn, mor må egentlig bare følge med*». Kvinnene dette gjelder kan føle seg overkjørt, hun blir tatt med tvang og rettighetene hennes som fri vilje og autonomi blir fratatt når hun er innlagt på §10-3 i hol, hvor hun kan holdes tilbake på tvang under hele svangerskapet. Det kan på bakgrunn av dette sees slik at det er en grunn til at en tvangsinnleggelse skjer. Den skjer ikke om kvinnen klarer å holde seg rusfri og ikke skader barnet sitt, men noen ganger er rus suget så sterkt og kontrollerende at kvinnen velger rusen framfor sitt eget barn (Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2010). Mulig det er i tilfeller som dette vi kan si at vi i Norge er heldige som har en tvangsparagraf som holder gravide rusmiddelavhengige tilbake på en institusjon gjennom hele svangerskapet så lenge det er fare for skade på babyen? Den 33 år gamle eks narkomanen som sto fram i VG «*Takker tvangsloven for livet*» (Libråten, 2006).

Som det kommer fram i mine funn kan opplevelsen av en tvangsinnleggelse være svært traumatisk for noen, men til tross for dette viser forskning at tvangsparagrafen som

oftest har gode resultater (Wiig, 2013). Det humanistisk perspektiv er opptatt av at individet skal stå fritt og ta sine egne valg (Haugsgjerd et al., 2009). Bruk av tvang strider derimot med det humanistiske perspektivet, kvinnen får ikke velge selv. Så selv om bruk av tvang går imot det humanistiske perspektivet, viser forskning til at hele 80% av verdens land bruker en eller annen form for tvang på personer som er innlagt med et rusproblem (Koleib, 2012).

Samarbeid på tvers vil jeg trekke inn i det andre steget i Marslow`s behovspyramiden, hvor trygghet er det sentrale prinsippet (Haugsgjerd et al., 2009). Som både mine funn og tidligere forskning viser er dette kvinner som ofte har hatt en fortid med gjentatte relasjons brudd og traumatiske opplevelser (Skotland, 2015). Det kommer også fram hos Skotland (2015) og i mine funn at sikre rammer, stabilitet og trygghet er viktig for kvinnene, samt en tett oppfølging. Det tverrfaglige teamet som samarbeider rundt kvinnen, skal gi en helhetlig behandling, som både dekker det psykologiske, det biologiske og det sosiale perspektivet. Behandlingen til den enkelte kvinne må skreddersys slik at hjelpen blir helhetlig og meningsfull (Føyn & Shaygani, 2010). Dette kommer også frem i funnene som sier at noe av det første de gjør er å motivere til å få en god døgnrytme, stå opp til frokost og lære seg å spise sammen med andre. Det er først når det er på plass at kvinnene er mer mottakelige til å tilegne seg mer kunnskap og hjelp fra helsepersonellet.

Funnene viser også at informantene mener det er det helhetlige som gjør dem bra. Det er alle profesjonene, miljøterapeuten, jordmor, lege, behandler, psykolog, som til sammen blir bra og som til sammen utgjør det helhetlige og meningsfulle arbeide med og rundt kvinnen. Dette er også noe forskning viser til, at et tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å kunne gjøre et godt arbeid rundt hver enkelt, da alle er forskjellige og alle har en rekke ulike behov som må dekkes (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). Når det gjelder kvinnene som informantene møter, er dette kvinner med særskilte og sammensatte behov. Ingen er like og alle har forskjellige behov som må dekkes. Det eneste kvinnene har til felles er at de er kvinner, rusmiddelavhengige og gravide. Som forskningen også sier er det pasienten som er i sentrum og ressursene som er tilgjengelig skal brukes på best mulig måte (Sælør & Bjerknes, 2018) Funnene viser til en veldig tett oppfølging av kvinnene der det er et tverrfaglig samarbeid for å dekke alle de ulike behovene kvinnene måtte ha. En annen utfordring her kan være at flere av kvinnene har en manglende grunnkunnskapen om livet generelt og hvor de har mye å lære på svært kort tid.



Et annet relevant punkt her er hvordan menneskesynet er endret over tid. Før så en kun deler av mennesket, som rusproblemet eller sykdommen. Det var ikke før i 1975 den helhetlige tenkningen ble nøkkelen til suksess (Ervik & Biong, 2018). Sammenlignet med det holistiske perspektivet så skal vi ikke bare se det vi kan se, vi må kjenne på skammen, følelsene og det indre menneske, ikke bare det ytre og synlige. Funnene viser at dette er ofte kvinner med en belasta fortid og med mye å rydde oppi, deriblant følelser av skam og skyld, både ovenfor babyen, seg selv og samfunnet. Kvinnene skal ha hjelp til så mye mer enn å bare bli rusfri. For det første må kvinnen godta teamet som skal jobbe rundt henne, selv om hun kanskje er fratatt integritet, autonomi og rettigheter. For det andre krever det mye arbeid både for teamet og kvinnen når først samarbeidet har begynt, og målet til teamet er å hjelpe kvinnen til en meningsfull hverdag som en rusfri mamma. Dette er også noe av det opptrappingsplanen på rusfeltet (2016-2020) arbeider mot (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s 5-8).

Å komme i posisjon, vil jeg knytte sammen med det tredje og fjerde trinnet i Maslow`s behovspyramiden. Der det tredje trinne er knyttet opp mot tilhørighet og kontakt (Haugsgjerd et al., 2009). Her må helsepersonellet jobbe for å komme i posisjon til den enkelte kvinnen. De må vise kvinnen respekt, tillitt, trygghet og at de faktisk bryr seg om henne. Helsepersonellet må la kvinnen slippe dem inn i livet sitt for at helsepersonellet kan vise dem en form for tilhørighet og kontakt. Som det kommer fram i funnene mener informantene at tillit, trygghet og stabilitet er grunnplattformen for å komme i posisjon hos kvinnene. Det fjerde trinnet i Maslow`s behovspyramide er behovet for anerkjennelse, bekreftelse og selvrespekt (Haugsgjerd et al., 2009). Kvinnene trenger å få dekt behov som selvrespekt for seg selv, de trenger bekreftelse og de har behov for anerkjennelse på at dette kan de få til, du kan bli en god nok- rusfri mamma.

Wiig, (2013) viser til at det er over 70% av tidligere tvangsinnlagte kvinner som frivillig kommer tilbake etter fødselen for å fortsette behandlingen og vil jobbe videre med mamma rollen. Wiig, (2013) viser også til at stadig flere får beholde barnet nå enn før. Disse endringen må tyde på at noe er gjort rett, at helsepersonellet har lyktes. De har trolig klart å danne en grunnplattform av tillit, trygghet og stabilitet (Wiig, 2013). De har trolig klart å komme i posisjon hos kvinnene, som vil si at vi også kan betraktes dette fra en annen synsvinkel, nemlig fra kvinnenens synsvinkel. Kvinnen har åpnet seg,

fått tillit og respekt for helsepersonellet og latt dem komme i posisjon. Det vil alltid være to sider av en sak, er det helsepersonellet som kommer i posisjon eller er det kvinnen som lar de komme i posisjon? Mulig det er et godt samarbeid som er nøkkelen, for det krever innsats fra både helsepersonell og kvinnene for å skape en god relasjon. Funnene viser nemlig også at det ikke alltid er like lett å komme i posisjon hos kvinnene, det krever mye jobb og tid fra helsepersonellet. De skal klare å jobbe helhetlig og kvinnes situasjon kan være svært kompleks og vanskelig. Som forskning viser så er dette ofte kvinner med lite nettverk, lite utdanning og gjerne ikke jobb, lite grunnkunnskaper og en belasta fortid (Skotland, 2015).

Et svangerskap er på ca 40 uker, hvilket som tilsvarer ca 9 måneder, det er omtrent et år (Blaas, 2017). For mange vil dette oppleves som lang tid og med så god tid som dette bør det være mulig å oppnå omtrent det meste, bør det ikke? det er jo tross alt nesten et år. Dette ser derimot ikke ut til å stemme overens med mine funn, her kommer det frem at det er for lite tid og informantene bekrefter at mangel på tid er en utfordring. Den ene informantene sa «*Et svangerskap skulle vært to år og behandlingen etter fødselen skulle også få vært to år om det var jeg som bestemte*». Det ser heller ikke ut til å stemme at de har 9 måneder i behandling, slik som artikkelen til Wiig (2013) og mine funn viser, så kommer vanligvis ikke kvinnene inn før de er i mellom svangerskapsuke 16-22. Det vil si at det plutselig ikke er så lang tid igjen, og her har man ingen tid å miste. Et liv skal reddes og et annet liv skal stables på beina i tillegg til å forberede seg på et helt nytt liv som mamma.

Som funnene viser er det spesielt to hovedmål helsepersonellet jobber for å oppnå og som virkelig er meningsfullt. Det er målet om å bli en god nok rusfri mamma og holde barnet unna rus. For det andre kommer det også fram i funnene mine, at for å nå målet og blir en god nok rusfri mamma, må kvinnen gjennom flere prosesser. De prosessene er de tre tidligere nevnte temaene. Det å holde seg unna rusmidler blir bare mer og mer vanskelig da rusen er tilgjengelig stort sett over alt, dette viser også forskning til som sier at økt tilgjengelighet øker bruken (Frøyland, 2014).

Når til og med staten deler ut vedlikeholdsdoser med metadon til de gravide rusmiddelavhengige kvinnene som er i legemiddelassistert rehabilitering, LAR (Koleib, 2012), kan dette sende ut mikset signaler. Staten sier det er lov med Metadon i svangerskapet, men illegale stoffer og andre legale stoffer er ikke lov? Så her kan du

altså «ruse» deg gratis på statens regning under hele svangerskapet? Forskning viser nemlig at metadon på lik linje med andre legale og illegale stoffer også kan påføre fosteret skader og gi sen skader (Teinung, 2012), men likevel anbefaler ikke helsedirektoratet at kvinner trapper ned eller slutter på metadon under svangerskapet (Koleib, 2012)..

Et annet relativt punkt her er at det kun er 5% av kvinnene som er med i undersøkelsen til Wiig (2013) som har et rent alkoholforbruk. De fleste har et blandingsmisbruk av illegale stoffer. Dette er verdt å merke seg, at alkohol som er legal og som er det mest skadelige for fosteret i og etter svangerskapet, er minst brukt hos kvinnene i undersøkelsen (Wiig, 2013). Alkoholen kan gi skader som lærevansker, utviklingsforstyrring, hukommelsessvikt, hjertefeil, dårlig motorikk, skade på nervesystemet, og indre og ytre misdannelser, samt merkbare endringer utseendemessig hos barnene. Dette er bare noen av skaden alkoholbruk under svangerskapet kan påføre barnet (Teinung, 2012). Hvorfor er det så få kvinner som har reint alkoholbruk når det kanskje er det som er lettest å skaffe? Alkoholen er jo tross alt lovlig i Norge i motsetning til alle de andre illegale stoffer som et flertall av kvinnen i undersøkelsen til Wiig (2013) brukte.

Humanismen er opptatt av at mennesker skal få ta frie valg (Haugsgjerd et al., 2009), holismen er opptatt av å se hele mennesket (Odland, 2012) og loven og behandlingen kjemper for å beskytte det ufødte liv (Hele-og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3). For å komme til målet om å bli en god nok rusfri mamma må kvinnens valg og hennes rettigheter komme i andre rekke. Dette strider imot humanistisk tenkning når kvinnen ikke lengre får velge fritt. Men for det første har man med seg den holistiske tenkningen, da man ser hele mennesket og skjønner det er mer å jobbe med enn bare rusen og man ser at kvinnen ikke klarer dette selv. For det andre har man loven ved sin side jf Hol § 10-3. Funnene mine viser også at det er babyen i magen som er første prioritert. Det er med tanke på babyen at mer frihet til utgang og permisjon vurderes, det må bygges opp tillit og kjennskap mellom informantene og kvinnen, for at de skal være trygge på å slippe kvinnen ut. De må kjenne seg trygge nok på at kvinnene ikke kommer til å ruse seg når hun får utgang eller permisjon.

Det kommer også fram i funnene min at det ikke alltid er mulig å komme så langt som man ønsker med kvinnene, det er ikke alle som kan hjelpes. Men for det første er man

alt komme et stykke på vei da kvinnen legges inn. Kvinnen har ikke samme tilgangen på rus under en innleggelse, så babyen beskyttes mot rusen og kan ikke påføres mer skader enn det som kan ha kommet før innleggelsen, da kvinnen ofte kommer sent inn (Wiig, 2013). Mor og barn er i en risikogruppe og det er ingen garanti, uansett hvor tidlig kvinnen blir innlagt at barnet ikke er skadet (Wiig, 2013).

(Wiig, 2013). Som forskning viser vet vi ikke hva nedre toleransegrense for babyen i magen er når det kommer til bruk av rusmidler under svangerskapet (Teinung, 2012). Funnene viser videre at under oppholdet får kvinnen tilstrekkelig med næring og en normal døgnrytme tilstrebes. For det andre vil kvinnene, så lenge dem bærer fram et barn alltid være en mamma, men det er ikke sikkert kvinnen tar seg av oppdragelsen og beholder omsorgen for babyen selv. For det er ikke alltid mulig å nå målet om å bli en god nok rusfri mamma.

Den ene informanten sier *«Kvinnen skal ikke bli perfekte mammaer, det er det ingen av oss som er, uansett med et rusproblem eller ikke. Men de skal bli gode nok»*. Kvinnene har sammen med helsepersonellet ofte som mål å bli gode nok- rusfrie mammaer, som kan ta seg av barnet og tre inn i foreldrerollen og det ansvaret som følger med der, samt holde seg vekke fra rusen. Som både funnene og forskning viser, så krever det mer enn bare å bli rusfri. Men funnen viser også at det er mulig, kvinnen kan klare det, de kan klare å nå målet om en rusfri hverdag som en god nok mamma.

Hele denne prosessen, fra innleggelse til utskrivelse, beskriver informantene mine som en del av det de erfarer som meningsfull hjelp til gravide rusmiddelavhengige kvinner.

## 7.0 Konklusjon

I denne studien ønsket jeg å finne ut om hjelpen helsepersoneller ga til gravide rusmiddelavhengige, om den var tilstrekkelig, hva de erfarte som meningsfull hjelp og hvordan de jobber for å oppnå at hjelpen skal bli meningsfull ut fra deres erfaringer.

Studien viser at det krever mye tid og ressurser både fra velferdsstaten, helsepersonellet og kvinnene selv. Endringen kvinnene skal gjennom er ikke gjort i en håndvending. Det er ofte komplekse og svært sammensatte kvinner med belastede fortider helsepersonellet møter. De har tre ting til felle, de er alle kvinner, gravide og rusmiddelavhengige, men ellers er alle ulike og har ulike behov som skal dekkes.

Det helhetlige arbeidet, det å se hele kvinnen, det å komme i posisjon hos kvinnene, det å danne en grunnplattform av tillitt, trygghet og stabilitet er så viktig for å klare å jobbe med kvinnene. Helsepersonellens kompetanse og iver til å arbeide med og sammen med kvinnen mot et felles ønskelig mål er svært viktig for å lykkes.

Nødvendigheten av det tverrfaglige teamet, er også viktig å få fram. Hvor viktig hver rolle er og hvordan de utfyller hverandre og skaper en helhetlig behandling rundt kvinnen. De jobber i team og de jobber alene med kvinnene, men likevel blir det en helhetlig prosess. Der både kvinnen, miljøterapeutene, jordmor, leger, psykologer og behandlere deltar i et arbeid om å nå et felles mål. Et tverrfaglig team må være med på veien for å kunne lykkes.

Mangel på tid er noe som tydelig kommer fram som en utfordring. Behandlingen etter graviditeter er for kort. Vi kan ikke endre menneskekroppen og lengden på en graviditet. Noe som betyr at man står igjen med en mulig løsning på denne utfordringen, nemlig behandlingen etter barnet er født. Det er mange endringer disse kvinner skal gjennom på en kort periode, og dette er ikke gjort i en håndvending. De skal ikke bare bli rusfri, det krever så langt mer, målet er å bli en god nok mamma og i tillegg en rusfri mamma, noe som krever tid, noe som de igjen ikke har. Og med dette konkluderes det derfor med at det bør bli en endring i behandlingstiden etter fødselen, den bør bli lenger. Men det er mulig å nå dette målet, selv med mangel på tid, kvinnene kan klare dette med velferdsstaten og det tverrfaglige teamet i ryggen.

Så konklusjonen er at det er det helhetlige arbeidet, det tverrfaglige teamet, helsepersonellens kompetanse og tid er det som nødvendig for å nå målet om å få en

rusfri hverdag som en god nok mamma. Som igjen gir helsepersonellet opplevd erfaring av meningsfull hjelp. Det å hjelpe kvinnen mot en meningsfull hverdag som rusfri mamma, beskytte babyen i magen og det helhetlige arbeidet som ligger her, er hva helsepersonellet spesielt erfarer som meningsfull hjelp til de gravide rusmiddelavhengige kvinnene.

## Referanser

- Backe, B. (2017). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunsstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka*. (2.utg.). (s.225-246). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Biong, S & Yterhus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Yterhus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 13-20). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Blaas, H-G. K. (2017). Embryoets og fosterets utvikling. I A. Brunsstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka*. (2.utg.). (s.257-271). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Bratteteig, M., Hove, I. & Aakerholt, A. (2010). *Rusa eller gal?*. (2.utg.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysninger.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg.). (s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2009). Samfunnsfag som redskap i profesjonsutøvelsen. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn*. (2.utg.). (s.291-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2009). Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn*. (2.utg.). (s.17-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eilertsen, B. (2017). Lover og forsknifter. I A. Brunsstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka*. (2.utg.). (s.32-44). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Ervik, R. & Biong, S. (2018). Politikk og konsekvenser for praksis. I S. Biong & S. Yterhus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 44-69). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Evjen, R., Kielland, K. O. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Frøyland, K. (2014). Arbeidsliv, rusmiddelbruk og forebygging. I H. Sagvaag & B. Sikveland (Red.), *Alkohol + Arbeidsliv = Sant?*. (s.26-56). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlag.
- Gråwe, R. W. (2017). Forståelse og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I A. Almvik & L. Borge (Red), *Å sette farger på livet*. (s. 197-216). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, R. (2009). *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelser - å forstå, beskrive og behandle*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64).
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptappingsplan for rusfeltet (2026-2020)* (Prop. 15 S 2015–2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Jacobsen, D.I. (2015). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Koleib, H. (2012) Behandlingstilbud til gravide med rusproblemer. *Rus & samfunn*03 / 2012 (Volum 6), 28-31. Hentet fra [https://www-idunnno.ezproxy.uis.no/rusos/2012/03/behandlingstilbud\\_til\\_gravide\\_med\\_rusproblemer](https://www-idunnno.ezproxy.uis.no/rusos/2012/03/behandlingstilbud_til_gravide_med_rusproblemer)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Libråten, T. (2006, 23. mai). Tvangsinnleggelse av gravide rusmisbrukere: en eksnarkoman takker tvangsloven for livet. VG. Hentet fra <https://www.vg.no/forbruker/helse/atrikkel.php?artid=117217>



- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (LOV 1999-05-21-30)
- Mørland, J., Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Odland, L-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg.). (s.23-41) Oslo: Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV 1999-07-02-64)
- Olsvik, E. H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleiere*. Drammen: Forlaget Vett& Viten.
- Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkning og skadevirkninger. I S. Biong & S. Yterhus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 90-113). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Yterhus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 178-194). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Skotland, S. (2007). Rusbarn: Hvor mange er de?. *Rus og samfunn 01/2007* (volum 1), 26-29. Hentet fra: [https://www-idunnno.ezproxy.uis.no/rusos/2007/01/rusbarn\\_hvor\\_mange\\_er\\_de](https://www-idunnno.ezproxy.uis.no/rusos/2007/01/rusbarn_hvor_mange_er_de)
- Skotland, S. (2015). Ikke nok å bli rusfri. *Rus & samfunn 02 / 2015* (Volum 8), 4-7. Hentet fra: [https://www-idunnno.ezproxy.uis.no/rusos/2015/02/ikke\\_nok\\_aa\\_bli\\_rusfri](https://www-idunnno.ezproxy.uis.no/rusos/2015/02/ikke_nok_aa_bli_rusfri)
- Slettebø, Å. (2012) Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg.). (s.209- 226). Oslo: Gyldendal.
- Snoek, J. S. & Engedal, K. (2010). *Psykisk kunnskap, forståelse, utfordringer*. (3.utg.). Oslo: Akribre Forlag.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV 1999-07-02-61)

- Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong & S. Yterhus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg). (s. 141-158). Oslo: CAPPELEN DAMM.
- Teinung, R. (2012). Hvordan nå den gravide rusmisbruker sett i et helsestasjonsperspektiv?. *Sykepleien* 2004 92(3)(38-40). Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2004/02/hvordan-na-den-gravide-rusmisbruker-sett-i-et-helsestasjons-perspektiv>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Wiig, E. M (2013). Tvangsinnlagte gravide rusmiddelavhengige 1996-2010. *Rusfag nr.1-2013*, 89-98. Hentet fra <http://kompetansesenterrus.no/file/1tvangsinnlagte-gravide-v-eli-wiig.pdf>
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I E. Willumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 16-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aadland, E. (2009). «Og eg ser på deg...». (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1

# Vil du delta i forskningsprosjektet ” Gravid og rusavhengig, hva erfarer helsepersonellet som meningsfull hjelp”?

*Prosjekt til masteroppgave i Rus og Psykisk helsearbeid  
ved Universitetet i Stavanger*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsepersonellens erfaring med hjelpen som girs til kvinner som er rusmiddelavhengige og gravide. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### ***Bakgrunn og formål***

Formålet med denne studien er å undersøke hjelpen som tilbys kvinner som er gravide og rusmiddelavhengige. Jeg ønsker å utvikle kunnskap om helsepersonellens synspunkter på behandlingen til kvinner som er gravide og rusavhengige, om tilbudets innretning i forhold til de kvinnene de møter, hvordan de kommer inn i systemet, hjelpen de får/tilbys og helsepersonellens erfaringer om hva som er meningsfull hjelp for disse kvinnene.

### ***Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?***

Studien er masteroppgave i rus og psykisk helse ved universitetet i Stavanger.

### ***Hvorfor får du spørsmål om å delta?***

Jeg inviterer deg til å delta, på grunn av din kunnskap og erfaring med behandling av rusmiddelavhengige kvinner som er gravide.

### ***Hva innebærer det for deg å delta?***

Datainnsamlingen vil utføres som individuelle intervjuer. Spørsmålene vil omhandle kvinnene du møter, hjelpen de tilbys, det særegne med å jobbe med rusbehandling til gravide, utfordringer, muligheter og dine tanker om meningsfull hjelp.

Jeg vil ta opp intervjuet på lydbånd om intervjupersonen godkjenner det. Om informanten ikke godkjenner det gjør jeg notater underveis. Alle opplysninger vil bli anonymisert. Intervjuet vil ta ca 1- 1,5 time.

### ***Informasjonen om deg, hva vil skje med den?***

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Min veileder Ingunn Studsrød og jeg, Marita Helen Wehus er de som vil ha tilgang til opplysningene du oppgir meg under intervjuet.

Intervjuet som blir tatt opp på lydbånd med minnebrikke vil snarest legges over på en PC med passord, for så videre legges over på en kryptert minnepenn med passord og deretter slettes lydfilene fra lydopptakeren og fra PC 'n. De vil da bare være lagret på den krypterte minnepennen. Lydfilen vil så bli transkribert i sin helhet. Hvis informanten ikke ønsker at jeg skal bruke lydopptaker, blir notatet skrevet inn på en PC med passord som ingen andre enn jeg har tilgang til og deretter lagt over på en kryptert minnepenn med passord. Det skrevne dokumentet på PC `n vil deretter slettes og kun befinne seg på den krypterte minnepennen. Jeg vil ikke spørre om personsensitiv informasjon som omhandler tredjeperson.

### ***Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?***

Prosjektet skal etter planen leveres til sensur Juni 2019. Personopplysningene og lydopptak/datafiler på den krypterte minnepennen vil bli slettet når prosjektet har fått tilbakemelding som godkjent og avsluttes da etter planen i Oktober 2019.

### ***Deltagelsen er frivillig***

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### ***Dine rettigheter***

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- \* innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- \* å få rettet personopplysninger om deg,
- \* få slettet personopplysninger om deg,
- \* få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- \* å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### ***Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?***

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

### ***Hvor kan jeg finne ut mer?***

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

\* Ingunn Studsrød (tlf 51834220, mail: [ingunn.studsrod@uis.no](mailto:ingunn.studsrod@uis.no)) eller Marita Helen Wehus (tlf: 952 74 734 mail: [mh.wehus@stud.uis.no](mailto:mh.wehus@stud.uis.no)) eller [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no) ved Kjetil Dalseth ved Universitetet i Stavanger.

Vi håper du vil delta i studien.

Med vennlig hilsen

Ingunn Studsrød

(Forsker/veileder)

Marita Helen Wehus

(Student)

## Samtykke til deltakelse i studien

Informasjonen om studiet er mottatt, lest og forstått, og jeg er villig til å delta i dette forskningsprosjektet.

-----

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

Forskningsspørsmålet Hva erfarer helsepersonell som meningsfull hjelp, til kvinner som er rusavhengige og gravide?

#### Biografisk data

<b>Kjønn:</b>	
<b>Alder:</b>	
<b>Yrke/utdannelse:</b>	

#### Intro

Jeg heter Marita Helen Wehus, 28 år, sykepleier og tar nå en Master i rus og psykisk helse. Dette forskningsprosjektet er i samarbeid med Universitetet i Stavanger og det er meg og min veileder gjennom dette prosjektet som vil ha tilgang til materialet jeg samler inn.

Målsettingen med dette prosjektet er å finne ut hva helsepersonellet ser på som meningsfull hjelp ovenfor kvinner som er gravide og rusavhengige.

Har du lest informasjonsskrivet? Og har du evt noe spørsmål?

#### Samtykkeskjema

Når samtykke skjemaet er forstått skal det skrives under og levers til meg. Husk du kan hele veien trekke ditt samtykke og avbryte intervjuet når du måtte ønske uten at dette får noen konsekvenser for deg. Husk å ikke oppgi sensitive personopplysninger under intervjuet. Skal det skje blir dette ikke tatt med.

#### Struktur for dialogen

1. Først vil jeg høre litt kort om kvinnene og om inngangen til hjelpeapparatet.

2. Deretter ønsker jeg at vi snakker om hjelpen dere tilbyr disse kvinnene, hensikten med behandlingen, utfordringer og muligheter rundt å arbeide med kvinner som er rusavhengige og gravide, samt det særegne med denne jobben.
3. Til slutt, litt om deg og dine kollegaers erfaringer rundt hjelpen disse kvinnen tilbys og hva dere ser på som meningsfull hjelp.



## **Del 1**

### **Om kvinene**

*o Kan du fortelle meg kort om disse kvinnene du møter/som kommer til dere?*

- Unge kvinner eller eldre?
- Er de langt på vei? Hvordan er deres helsetilstand når dere møter dem?
- Vet de hvem som er faren? Er Far med? Er Far i bilde? Er de enslige?

*o Med tanke på lover og regler, Kan du fortelle noe om hvordan disse kvinnene kommer i kontakt med dere eller dere i kontakt med dem?*

- Er de henvist fra en fastlege/legevakt eller lignende?
- Henvises de på paragraf? Hvem paragraf er mest brukt i henvisning til dere?
- Hvordan foregår henvisningen?
- Er det forskjell på hvordan de tar imot hjelpen, om de kommer inn frivillig eller på tvang? Kan du fortelle litt om forskjellen/likheten her?
- Kan tvang være med på å påvirke relasjonene i forhold til hjelpen de ønsker å mota, eventuelt hvordan/hvordan ikke?

### **Hjelpeapparatet**

*o Kan du fortelle meg kort om inngangen til hjelpeapparatet?*

- Hvordan er det for kvinner å komme inn her?
- Hvordan tas dem imot?
- Når tas dem imot? Er det faste innkomstdager? Kommer dem akkurat når dem vill i løpet av døgnet?
- Får alle plass?
- Er det noen kriterier for å få plass?

## **Del 2**

### **Behandlingen/Hjelpen**

*o Kan du fortelle meg om den behandling og hjelp dere tilbyr de gravide kvinnene?*

- Det å bli mor generelt er noe helt nytt for oss alle første gang de skjer og man trenger alle mye hjelp og trygging, hvordan er det med disse kvinnene, fortell?
- Er det lik behandling til alle kvinnene eller skreddersys det program/opplegg til hver enkelt kvinne?
- Individuell behandling? Gruppe behandling? Familie behandling?

- Familierom/leilighet? Får far eller den som skal forsørge barnet samme med mor, bo sammen med mor under oppholdet?

-Hvordan er behandlingen om det er flere barn involvert fra tidligere?

-Hvordan er oppfølgingen og hvor tett er den?

\*Rådgiving? \*Terapi? \*Psykolog? \*Veledning?

-Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet? \*Hvem samarbeider dere med? \*Hvordan foregår samarbeidet?

-Hva er vanlig lengde på et opphold hos dere?

\*Korte eller lenger opphold?

-Hvordan er oppfølgingen etter behandlingen er ferdig hos dere? Ettervern?

***o Slik du ser det, hva er hensikten med behandlingen?***

-Hva er ønskelig å oppnå med behandlingen?

- Hvordan pleier utfallet av behandlingen å bli, etter situasjoner du har opplevd til nå?

- Hvilke tilbakemeldinger har dere fått av kvinnene selv?

- Hvilke tilbakemeldinger har dere fått av de ulike samarbeidspartnerene?

-Hvordan opplever du som helsepersonell hensikten med behandlingen?

***o Hva opplever/erfarer du er gode resultater?***

***o Har du erfart noen negative opplevelser/situasjoner/hendelser knyttet til dette arbeidet?***

***o Kan du fortelle litt om hva som gjør deg motivert til å hjelpe kvinner i en slik situasjon?***

### **Muligheter og utfordringer på dette feltet**

***o Når man jobber med kvinner som er gravide og rusavhengige kan det vel være en del utfordringer, men også muligheter.***

***Kan du beskrive utfordringene?***

- Hvilke utfordringer opplever du at kan oppstå for kvinnene i behandlingen?

- Hvilke utfordringer står dere som helsepersonell ovenfor i hjelpearbeidet rundt disse kvinnene.

***Kan du beskrive mulighetene:***

- Hvilke muligheter erfarer dere hjelpen til disse kvinnen kan gi?
- Ut fra din erfaring, virker det som kvinnen ser sine egne muligheter før/under/etter behandlingen?

### **Rusbehandlingen og graviditeten**

*o Rusbehandling for gravide kvinner, hva er det som gjør dette særegent?*

- Hva er det som gjør dette annerledes enn å arbeide med ikke gravid kvinner?
- Kan situasjonen være med og påvirker deg grunnet kvinnen er gravid og rusavhengig?
- Kan tiden være med å påvirke? Med tanken på å gjøre minst skade på barnet?
- Er det andre faktorer som kan spille inn, og gjøre dette arbeidet særegent?

### **Del 3**

#### **Deg og dine kollegaer**

*o Kan du fortelle hva du erfarer som meningsfull hjelp til disse kvinnene ut fra det dere har å tilby dem?*

- Opplever du at kvinnene benytter seg av tilbudene de får?
- Opplever du at tilbudene dere gir har virkning eller betydning for disse kvinnene?
- Er det andre tilbud du mener burde vært tilgjengelig for disse kvinnene?

*o Kan du fortelle hva du tror dine kollegaer oppfatter som meningsfull hjelp ovenfor disse kvinnene?*

*o Som helsepersonell og ut fra din erfaring, mener du at rusbehandlingen som blir tilbudt til rusavhengige, gravide kvinner i Norge i dag er tilstrekkelig eller ikke?*

- Kunne vi gjort noe annerledes? Hva? Hvordan?
- Hvordan synes du oppfølgingen etter fødselen er?

#### **Avsluttningsspørsmål**

*o Har du noe mer du ønsker å tilføye eller noe mer du tenker på og ville sagt før vi avslutter?*

Om det er noe jeg skal lure på mens jeg går gjennom dette senere, er det mulig for at jeg kan kontakte deg igjen?

**Tusen takk for din tid**

## Vedlegg 3

### NSD Personvern

11.02.2019 14:41

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 895055 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 11.02.19, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.10.19

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet.

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

