



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Mariell Kristiansen og Nina Cecilie Andreassen

Veileder: Dina Bjørlo Strande

4BACH

Tvangsinnlagte gravide rusavhengige

Involuntarily admitted pregnant drug addicts

Antall ord: 13 052

Bachelor i sykepleie 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre
uten at han holder noget af dets liv i sin hånd.
Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed,
man får til at visne,
eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver.
Men det kan også være forfærdende meget,
så det simpelthen står til den enkelte,
om den andens liv lykkes eller ej.

(Løgstrup, 2008)

Sammendrag

”Tvangsinnlagte gravide rusavhengige” er navnet på vår bacheloroppgave. Den setter fokus på problemstillingen vår som lyder slik: ”Hvordan ivaretar sykepleiere tvangsinnlagte gravide rusavhengige i institusjon?”. Vårt syn på problemstillingen er at den er stor og spennende, men vi har måttet avgrense vår problematisering i tråd med rammene for en bacheloroppgave. Vi har fokusert på det vi opplever som særlig spennende innenfor dette feltet, nemlig sykepleierens funksjon knyttet til hvordan mor skal holde seg rusfri under innleggelsen, men også etter barnet er født. Opplevelsen vi har av rusavhengige mennesker er at de ofte blir stigmatisert i samfunnet, og vi har dessverre opplevd i praksis at rusavhengige har fortalt selv at de føler at de ikke blir trodd og hørt i helsevesenet og i samfunnet generelt. Disse dårlige erfaringene har gjort at vi ønsker å sette lys på denne pasientgruppen. Vi har lagt vekt på hva som kan hjelpe den gravide i hverdagen som gjør at hun kan føle mestring, håp og gleden over å få bære frem et barn. Det blir også vektlagt hva som kan hjelpe kvinnen til å ikke ruse seg under oppholdet på institusjonen og etter utskrivelse. Barnet i magen blir satt i stort fokus for den gravide kvinnen under innleggelsen, og forberede seg på den nye rollen som mor.

Vår oppgave er basert på en litteraturstudie. I oppgaven har vi brukt forskning og fagbøker og litteratur som er relevant for temaet vi skriver om. Egne erfaringer fra praksis og jobb har vi nevnt i oppgaven.

INNHold

Sammendrag	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikten med oppgaven.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning.....	7
1.3 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Metode	9
2.1 Om metode og litteraturstudium.....	9
2.2 Søk etter forskningsartikler.....	9
2.3 Presentasjon av forskningsartikler og kildekritikk.....	10
2.4 Ethiske overveielser.....	13
3.0 Presentasjon og funn av forskningsartikler	14
4.0 Joyce Travelbee, interaksjonsteori og begreper om sykepleie	17
4.1 Joyce Travelbee og definisjon av sykepleie.....	17
4.2 Menneske til menneske forhold.....	17
4.2.1 Det første møtet.....	18
4.2.2 Fremvekst av identiteter.....	18
4.2.3 Empati og sympati.....	18
4.2.4 Etablering av gjensidig forståelse og kontakt.....	19
4.3 Kommunikasjon.....	19
4.3.1 Bruke seg selv terapeutisk.....	20
4.4 Håp.....	20
4.5 Mestring.....	21
4.6 Sykepleiefunksjon.....	22
4.6.1 Hva er en institusjon?.....	22
4.6.2 Sykepleierens funksjon i institusjon.....	22
4.6.3 Individuell plan.....	23
5.0 Tvangsinnlagte gravide i institusjon	24
5.1 Rusbegrepet og rusavhengighet.....	24
5.2 Rusmidler.....	25
5.2.1 Heroin.....	25
5.2.2 Metadon.....	25

5.2.3 Subutex.....	26
5.3 LAR-behandling og graviditet.....	26
5.4 Tvangsinnlagte gravide med rusavhengighet.....	27
5.4.1 Familie og miljøforhold.....	28
6.0 Aktuelt lovverk og etikk.....	29
6.1 Lovverk.....	29
6.2 Tvang.....	30
6.2.1 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige.....	30
6.3 Etske perspektiver og dilemmaer.....	31
6.3.1 Yrkesetiske retningslinjer.....	32
7.0 ”Hvordan ivaretar sykepleiere tvangsinnlagte gravide rusavhengige i institusjon?”.....	33
7.1 Drøfting.....	33
8.0 Konklusjon.....	42

Bibliografi

Vedlegg 1

Vedlegg 2

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikten med oppgaven

Vi er to sykepleiestudenter og vår sykepleieutdanning går mot slutten og det er tid for å skrive bacheloroppgave. Temaet vi har valgt vekker interesse hos begge, og vi mener det er viktig å belyse dette temaet innenfor sykepleien. Bakgrunnen for vår oppgave er at vi som sykepleierstudenter har møtt pasienter og brukere med ruslidelser og avhengighetsproblematikk i alle instanser og institusjoner innenfor helsevesenet. Personer som sliter med rusavhengighet kan i noen tilfeller føle at de ikke blir møtt med respekt og at de ikke blir trodd på. Hvordan sykepleiere møter rusavhengige, er noe som angår helsevesenet i bred forstand. På denne måten har det generelle temaet for vår bacheloroppgave et stort ”nedslagsfelt”, det vil si en bred relevans. Likevel avgrensner vi oppgaven vår til å se særlig på gravide rusavhengige kvinner som er tvangsinnlagt i institusjon. Det at gravide kvinner kan legges inn på tvang er noe som er spesielt for Norge dersom man sammenligner med andre land i Europa (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Mange av kvinnene som tvangsinnlegges inngår i LAR, det vil si legemiddelassistert rehabilitering, som er en behandling opiatavhengige kan få. Fra 1996 til 2011 ble det født omkring 300 barn i Norge hvor mor har brukt LAR-medisin. Det anslås nå at det blir født mellom 30 til 60 barn hvert år i Norge hvor mor har brukt buprenorfin eller metadon under svangerskapet (Bakstad & Welle-Strand, 2011).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee står sentral i vår oppgave, hvor håp, mestring, empati og sympati er verdier som vi vil legge til grunn i møtet med den rusavhengige (Travelbee, 1999). Vi vil benytte oss av hennes faglige kunnskap og meninger for å kunne belyse hvordan vi vil utøve sykepleie til gravide rusavhengige.

I oppgaven har vi valgt og benytte oss av å bruke ordet ”rusavhengige” og ikke ”rusmisbruker” når vi skriver med våre egne ord. Av egne erfaringer fra praksis lærte vi at ordet ”rusmisbruker” blir sett på som negativt og skal derfor ikke brukes når man skal beskrive personer som bruker rusmidler.

1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Problemstillingen vår lyder slik:

”Hvordan ivaretar sykepleiere tvangsinnlagte gravide rusavhengige i institusjon?”.

Vi vil ta for oss gravide rusavhengige som er innlagt på tvang i institusjon. Her viser vi til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §10-3, hvor innleggelsesårsak ofte er at den gravide moren ikke skal ruse seg slik at fosteret kan bli skadet. Oppgaven vår tar ikke for seg noe spesielt case. Mange av de som legges inn i en slik institusjon blir lagt inn på tvang, og av egne erfaringer har vi sett at noen ønsker frivillig og gå over på tvang for å unngå å ruse seg. Oppgaven vil handle om hvordan kvinnen skal holde seg rusfri under innleggelsen men også sette et fokus på at rusfrihet er viktig når barnet er født. Sykepleierens funksjon i møtet med disse gravide kvinnene som legges inn ved institusjon, er det sentrale i oppgaven. Om moren får beholde barnet eller ikke, berøres så vidt i oppgaven, men i forhold til behandling så holder vi oss til når kvinnen er i selve svangerskapet. Av egne erfaringer har vi sett at mange av kvinnene er i LAR-behandling, og derfor har vi valgt å skrive om rusmiddelet heroin som er et opiat. Subutex og metadon som er to LAR-medikamenter vil også bli omtalt. Vi legger imidlertid ikke vekt på dette i oppgaven, men har valgt å nevne det fordi mange av kvinnene allerede er i LAR. Hvilke skader barna kan få, og hvordan det går med disse barna, inngår ikke i vår avgrensning. Det samme gjelder pårørende, selv om vi vet at de kan være svært viktige for den som er innlagt.

1.3 Oppgavens disposisjon

Vår oppgave er bygd opp med innledning, metodedel, presentasjon og funn av forskningsartikler, teoridel, drøftingsdel og en konklusjon. I innledningen har vi beskrevet vår egen interesse for temaet, samt forsøkt å ramme vår problemstilling inn i et større perspektiv, samfunnsperspektivet. I metodedelen som følger, vil vi redegjøre for hvordan vi har gått frem i søk etter forskningsartikler og annen litteratur, samt kildekritikk. I metodekapitlet vil vi også presentere artiklene vi har funnet og begrunne hvorfor vi anser disse som relevante for å belyse vår problemstilling. Teoridelen redegjør for relevant teori som vil være til hjelp for å kunne besvare problemstillingen vår. I drøftingsdelen diskuterer vi vår problemstilling ved hjelp av teorien og egne erfaringer. Det er her vi får vist hva vi har

lært gjennom det å skrive denne oppgaven (Dalland, 2012). I drøftingen skal vi finne svar på problemstillingen vår ved hjelp av faglitteraturen, forskningsartiklene og teorien vi har benyttet oss av. Egne erfaringer blir også viktig for å kunne belyse problemstillingen, ikke bare ut fra foreliggende forskning, men også ut i fra praksis, -- slik vi har opplevd det. Til slutt vil vi konkludere og få frem hva vi mener er er det

Til slutt vil vi konkludere og uttrykke hva vi har kommet frem til. Det vil si hvordan sykepleiere ivaretar tvangsinnlagte gravide rusavhengige i institusjon, og hva som kan utvikle og forbedre sykepleiepraksisen.

2.0 Metode

2.1 Om metode og litteraturstudium

Metode er med på å fortelle oss om hvordan vi kan tilegne oss ny kunnskap og samtidig vurdere om opplysningene vi innhenter er pålitelige. Vilhelm Aubert definerte i 1985 metode på denne måten: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder" (sitert i Dalland, 2012, s.110). I vår oppgave har vi benyttet litteraturstudier. En litteraturgjennomgang er på mange måter et sammendrag av relevante tekster og dokumenter, men skal ikke kun beskrive disse tekstene, men blant annet også vurdere og sammenfatte dem (Kiteley & Stogdon, 2014, s.9).

Kvantitative metoder gir oss data som kan vises i målbare enheter, for eksempel prosent og et gjennomsnitt. Kvalitative metoder kan ikke måles eller tallfestes, men allikevel gi et innblikk i opplevelse og mening. Begge tilnæringer vil gi oss en bedre forståelse av vår problemstilling (Dalland, 2012). Innenfor sosiologi og psykologi er det og en forskningsmetode som heter "grounded theory". Denne forskningsmetoden brukes når forskeren ønsker å forklare en situasjon eller et fenomen. Innenfor "grounded theory" vil analysen og datainnsamlingen utføres samtidig. Nye teorier skal utvikles og det kan kalles kvalitativ forskning. Senere kan teoriene utforskes kvantitativt (Malt, 2009). Når semistrukturerte intervjuer blir utført vil det si at spørsmålsformuleringen på forhånd av intervjuet er skrevet ned med beskrivelser eller stikkord. På denne måten kan intervjueren formulere spørsmålene under intervjuet (Malt, 2015).

2.2 Søk etter forskningsartikler

I litteratursøkene har vi benyttet databaser som Cinahl, SveMed+, Psycinfo, google scholar og Sykepleien forskning. Vi har tatt i bruk søkeord på norsk og engelsk for å finne frem til gode forskningsartikler.

Søkeordene vi har benyttet er "nurse", "subutex", "substance abuse perinatal", "drug

replacement”, ”drug rehabilitation”, ”pregnancy”, ”pregnant women”, ”buprenorphine”, og ”opioid replacement therapy. Følgende norske søkeord ble tatt i bruk: ”gravid”, ”graviditet”, ”rusavhengige”, ”rusmisbruker”, ”legemiddelassistert rehabilitering”, ”sykepleie” og ”tvangsinnleggelse”.

Disse søkeordene ble benyttet alene og i kombinasjon med hverandre. Da vi kombinerte søkeord, brukte vi ”OR” og ”AND”. Vi leste igjennom mange forskjellige forskningsartikler, og kom til slutt frem til fire som vi ville bruke i oppgaven vår. Søkene ble avgrenset og vi søkte etter artikler publisert mellom 2003 og 2015. De første søkene gjorde vi i SveMed+ som er en svensk database. Vi søkte i de databasene vi ble anbefalt å søke i, men opplevde det som svært vanskelig å finne god forskning. Da vi brukte norske søkeord, fikk vi ikke opp relevante artikler. Derfor fant vi ut at vi måtte benytte internasjonale databaser, og engelske søkeord. Likevel var det ikke enkelt å finne gode søkeord og kombinasjoner som gav relevante treff.

2.3 Presentasjon av forskningsartikler og kildekritikk

I søket etter forskning har vi vært kritiske til det vi har lest og funnet, og vi har ledd etter artikler som best kan belyse vår problemstilling. Da vi søkte etter artikler, opplevde vi at det var litt krevende og kun finne hovedkilden. Allikevel opplever vi at forskningsartiklene vi har funnet, er svært relevante, gyldige og troverdige. Pensumlitteraturen og annen litteratur vi har benyttet oss av i oppgaven, ser vi på som relevant og viktig og vi har forsøkt å bruke primærkilder. Dalland (2012) forklarer primærstudier på denne måten: ”*Originalartikler* er forskningsartikler som presenteres for første gang. Det er eksempler på det vi kaller *primærstudier* (Primary study). Det betyr ny kunnskap om emnet”. Dalland (2012) forteller også at sekundærstudier er: ”*Sekundærstudier* (Secondary study) viser til forskning som benytter data fra allerede eksisterende primærstudier, og der data fra disse reanalyseres. Sekundærstudier er ofte kunnskapsoppsummeringer basert på en kritisk gjennomgang og vurdering av primærstudier”.

Dette er artiklene vi endte opp med etter litteraturgjennomgangen:

1. **”Reenvisioning success for programs supporting pregnant women with problematic substance use”** er en forskningsartikkel hvor forfatterne er Leonora Marcellus, Karen MacKinnon og Cecilia Benoit fra University of Victoria i Canada. De to siste forfatterne er Rachel Phillips fra Centre for Addictions Research of British Columbia og Camille Stengel fra University of Kent i England. 77 deltagere som arbeidet i helse og sosialtjenesten deltok i denne forskningen. Det er en artikkel hvor det er brukt forskjellige metoder, ikke bare kvalitative metoder. Forskningsartikkelen fant vi på PsycINFO. Artikkelen forteller noe om hvordan behandlere bør møte brukere og viktigheten av å skape trygge omgivelser for brukerne. Artikkelen ble publisert i 2015 og det vi opplever som særlig relevant for vår oppgave, er at problemstillingene ses i fra perspektivene til ulike grupper ansatte som jobber med rusavhengige. To av forfatterne i denne artikkelen er registrerte sykepleiere og arbeider som professorer på en sykepleieskole. Metoden de brukte var observasjoner, dokumentanalyse, semistrukturerte intervjuer og spørreskjema, det vil si at de benyttet seg av blandede metoder.

2. **”Subutex is safe”: Perceptions of risk in using illicit drugs during pregnancy”** er en forskningsartikkel skrevet av Anne Leppo og er en finsk studie fra Department of Social Studies, University of Helsinki. Det er en kvalitativ forskningsartikkel som vi har funnet på Cinahl. Den omhandler 14 deltagere som har brukt rusmidler under graviditeten (for det meste buprenorfine), nylig vært igjennom en fødsel og hatt svangerskapskontroll gjennom graviditeten. Forskningen ble gjennomført i pasientens hjem, i kliniske settinger, kafeer eller på forskerens arbeidssted. Intervjuene var semi-strukturerte og fokuserte på kvinnes erfaring med å være gravide og tilbud som ble benyttet for oppfølging gjennom svangerskapet (Leppo, 2012). Intervjuene avdekket de rusavhengiges opplevelse av risiko slik det forekom av deres uttrykk for frykt, farer, trusler og bekymringer.

3. **”Women’s experiences of using heroin substitute medication in pregnancy”** er forskningsartikkel nummer 3, og forfatterne er Kate Varty som er jordmor og Tina Alwyn fra ”Department of Applied Psychology, University of Wales Institute Cardiff”. Det er en forskningsartikkel basert på en kvalitativ studie som vi har funnet på Cinahl. Artikkelen ble utgitt i British Journal of Midwifery i 2011. Studien ble gjennomført med tilnærmingen ”grounded theory” hvor de gjennomførte semistrukturerte intervjuer med seks kvinner. De

ville komme mer i dybden på hvordan kvinnene opplevde det å delta i et opplegg med to ulike heroin-substitutt. Intervjueren kom nær kvinnenens opplevelser fordi hun kjente intervjuobjektene godt gjennom sin rolle som ”substance misuse midwife”. Alle deltagerne som ble intervjuet hadde tatt erstatningsopiater, det vil si LAR-medikamenter i minst to uker under graviditeten. En av deltagerne brukte buprenorfin og de fem andre brukte metadon. Studien er blitt godkjent av Central Office of Research Ethics Committees og Local Research of Ethics Panel. I tolkningen søkte de etter hva kvinnene var opptatt av. Noen felles temaet kom frem, blant annet følelser som skyld og skam.

4. Forfatterne av ”**Infections and obstetric outcomes in opioid-dependent pregnant women maintained on methadone or buprenorphine**”, er Amber H. Holbrook, Jason K. Baxter, Hendrée E. Jones, Sarah H. Heil, Mara G. Coyle, Peter R. Martin, Susan M. Stine og Karol Kaltenbach. Denne kvantitative studien er gjennomført i USA og forskningsartikkelen er fra Cinahl. Artikkelen ble publisert i journalen *Addiction Research Report* i 2012. Metoden som er brukt i denne artikkelen er en sekundær analyse av ett større forskningsprosjekt ved navn *Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research (MOTHER)*. Artikkelen tar for seg data som ikke ble inkludert i den primære forskningsartikkelen og deltagerne var mellom 18 og 41 år. Det ble samlet inn data fra 131 opioid-avhengige gravide kvinner hvor 73 av dem brukte metadon og 58 av dem brukte buprenorfin. Ingen av deltagerne var HIV positive, da dette var et krav for studien.

Det ble tatt urinprøver og blodprøver av kvinnene. Av de kvinnene som brukte buprenorfin hadde 3 positivt utslag på benzodiazepiner, 5 på kokain og 6 på opiater. I gruppen av de som brukte metadon fikk 1 positiv utslag på benzo, 4 på kokain og 4 på opiater. Ved andre medikamenter av de som brukte buprenorfin var det 16 stykker som fikk positivt utslag på SSRI. 23 stykker fikk positivt utslag på angstdempende. I gruppen av metadonbrukere fikk 16 positivt utslag på SSRI og 20 på angstdempende medikamenter. SSRI er medikamenter som brukes mot depresjon (Norsk Helseinformatikk, 2015). Artikkelen forteller selv om svakheter i å vise et helt bilde av problemstillingen i og med at det er en sekundær analyse av data fra forskningsartikkelen hvor studien primært ikke var designet til å undersøke emnet.

2.4 Ethiske overveielser

Vi har basert vår fordypningsoppgave på faglitteratur, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi har også tatt i bruk forskningsartikler og fagartikler. Fordypningsoppgaven følger nyeste versjon av APA-standard og følger også etiske retningslinjer. Erfaringer fra praksisfeltet og arbeid utenom skolen vil vi også benytte oss av i oppgaven. Dette vil selvfølgelig bli anonymisert slik at taushetsplikten blir ivaretatt.

3.0 Presentasjon og funn av forskningsartikler

På grunnlag av søk og referanser, vil vi presentere funnene av disse fire forskningsartiklene:

1. Benoit, C., MacKinnon, K., Marcellus, L., Phillips, R. & Stengel, C. (2014)

”Reenvisioning success for programs supporting pregnant women with problematic substance use”.

I denne artikkelen kommer det frem at de ansatte som var deltagere i denne forskningen mente at noen av verdiene var respekt og samarbeid og det å verdsette kvinnen som viktig. Det å beholde troen på kvinnen og det at det var individuelle mål for kvinnens behandling var viktig. Det kommer også frem at det var viktig å engasjere kvinnene. De ansatte forteller at det er viktig å skape et trygt og innbydende miljø for de som brukte senteret. Deltagerne av studien hadde forståelse for at kvinnene med rusavhengighet først måtte føle seg komfortable og ha tillit til de ansatte før de fortalte om bruken av rusmidler.

De som ble intervjuet fortalte at suksess er individuelt, at de burde reflektere rundt hvor langt kvinnen er i graviditeten, graden av rusavhengighet og hvor langt kvinnen er kommet i bedringsfasen. Stabilitet i kvinnens liv er viktig og dette kan for eksempel være et bosted. Dette blir nevnt at er et grep som kan bedre helsen til spedbarn, barn og familier. Samtidig blir det fortalt at å fokusere på kvinnens styrke og kapasitet for selvbestemmelser er viktig. Til slutt i forskningsartikkelen kommer det frem at studier som bygger alene på rusavhengighet ikke er like effektivt som hvis det skapes interesse for temaet i lokalsamfunnet.

2. Leppo, A. (2012). **”Subutex is safe”: Perceptions of risk in using illicit drugs during pregnancy”.**

I denne artikkelen kommer det frem at de intervjuede har liten bekymring og angst i forhold til å bruke rusmidler i svangerskapet. De var bekymret for at bruken av rusmidler skulle føre til abstinens syndrom hos barnet og de var bekymret for at barnevernet skulle ta fra dem barnet. Resultatet i forskningsartikkelen er at helsepersonell som gir rusavhengige gravide

kvinner helse undervisning bør ta den gravide kvinnen mer seriøst. Det kommer frem at de intervjuede hadde negative erfaringer med profesjonelle og at de hadde blitt påført skyld, skam, angst, sinne og fortvilelse. Det blir videre nevnt at helsepersonellet måtte behandle og møte kvinnene med enda mer respekt. Oppmuntring var viktig og det å invitere dem inn i dialog angående risikoene i graviditeten. Det blir nevnt av en av de intervjuede at hun har en følelse av manglende kompetanse og moralsk verdi til profesjonelle i helse og sosial sektoren.

Mange av kvinnene i forskningsartikkelen frykter at de ikke får beholde barnet etter fødselen. Det kommer frem at å gå gjennom en avrusning under graviditeten kan være hardere enn det ville vært hvis graviditeten ikke fant sted. Avrusningsklinikken gav ikke ut benzodiazepiner eller andre medikamenter til gravide kvinner. Flere av kvinnene som ble intervjuet forteller at de er bekymret for tomheten og sløvheten som kan oppstå om de blir rusfrie. Tomheten relateres til hverdagslige rutiner og aktiviteter. En annen bekymring kvinnene hadde omhandlet hva et rusfritt liv kan gjøre med forholdet til partneren.

Bekymringer om hva som kan hende videre om hun går til avrusning uten partneren lå sentralt. De var også bekymret for om partnere ville fortsette og ruse seg. Hvis kvinnen valgte å bli rusfri forlot hun kanskje mange sosiale bånd, det sosiale livet hun hadde før og fryktet kanskje for tomhet og tap. Det blir til slutt fortalt at det vil være verdifullt med flere studier om gravide rusavhengige kvinner.

3. Alwyn, T. & Varty, K. (2011). **”Women’s experiences of using heroin substitute medication in pregnancy”.**

I forskningsartikkelen kommer det frem at kvinnene ønsker å gjøre ”det som er rett” og akseptere at de trenger hjelp for å klare dette. Det kommer videre frem at gravide kvinner med rusavhengighet kommer seint inn i behandling og at det er manglende tilgang til behandling for denne brukergruppen. Det blir fortalt at amming blir akseptert blant kvinner som går på metadon, men at det er nødvendig å observere barnet i forhold til for lav vekt økning og respirasjonsdepresjon. Det at kvinnene kan få amme kan være en motivasjon. Samtidig når kvinnen slutter å amme kan det bli en sårbar periode for henne.

Det kommer videre frem at gravide rusavhengige kvinner ønsker det beste for barnet sitt, men føler seg skamfulle og flau over rusbruken, noe som kan hemme engasjementet til å oppsøke de tilgjengelige tjenestene. Gravide rusavhengige ønsker mer støtte og mer overvåkning fra rus-tjenestene. Det blir også lagt vekt på påvirkningen metadon har på kvalme og oppkast og at dette må vurderes utfra brukerens personlige erfaring. Videre blir det fortalt at for å forberede engasjementet og utfallene i høyrisikobefolkningen er det nødvendig at tjenestene ikke er dømmende.

4. Baxter, J. K., Coyle, M. G., Heil, S. H., Holbrook, A. M., Jones, H. E., Kaltenbach, K., Martin, P. R. & Stine, S. M. (2012). **"Infections and obstetric outcomes in opioid-dependent pregnant women maintained on methadone or buprenorphine"**.

Det kom frem at hepatitt C var den mest vanlige infeksjonen blant kvinnene med 32,3%. Som nummer to kom hepatitt B med 7,6% og klamydia var den tredje mest vanlige med 6,1%. I denne forskningsartikkelen blir det fortalt at 1 av 5 gravide rusavhengige rapporterte om for tidlig fødsel. Kvinner som har brukt metadon under graviditeten fødte gjennomsnittlig i uke 37,9. De kvinnene som hadde brukt buprenorfin i graviditeten fødte gjennomsnittlig i uke 39,0. Videre blir det fortalt at forskjellene mellom metadon og buprenorfin. Det var at barn utsatt for metadon under svangerskapet hadde større forekomst av neonatale respirasjons vanskeligheter. Det kommer frem at det er trygt å bruke buprenorfin gjennom graviditeten.

4.0 Joyce Travelbee, interaksjonsteori og begreper om sykepleie

4.1 Joyce Travelbee og definisjon av sykepleie

Joyce Travelbee var utdannet psykiatrisk sykepleier, og i sitt arbeid hadde hun sitt hovedfokus på samhandling mellom sykepleier og pasient. Hun var i mot roller, og mente at det er generalisering (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). For at det skal være lettere for oss å forklare hennes interaksjonsteori velger vi å ta i bruk ord som sykepleier og pasient. Travelbee har skrevet en definisjon om hva hun mener at sykepleie er, og vi mener denne belyser sykepleierens oppgaver godt. *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 1999, s.29).

4.2 Menneske til menneske forhold

Sykepleierens mål og hensikt kan ifølge Travelbee fullføres ved at sykepleieren skaper et mellommenneskelig forhold til pasienten (Kristoffersen et al., 2011).

Joyce Travelbee (1999) definerer menneske til menneske forhold på denne måten:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivarettatt (siteret i Travelbee, s. 177).

Travelbee beskriver mellommenneskelige forhold igjennom en interaksjonsprosess som består av fem faser. Dette er det innledende møtet, fremveksten av identiteter, empati, sympati og til slutt etableringen av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen et al., 2011). For at det skal kunne oppstå et mellommenneskelig forhold i mellom sykepleieren og pasienten må det være en gjensidig handling. Hovedsakelig er det sykepleieren alene som

har ansvaret for at forholdet opprettholdes og etableres (Travelbee, 1999). For at sykepleieren og pasienten skal kunne opprette det mellommenneskelig forholdet må begge partene ha evnen til å se forbi stereotypiene. Dette vil si at de ikke må se på hverandre som roller, men at de heller må se hverandre som personer (Kristoffersen et al., 2011).

4.2.1 Det første møtet

Når sykepleieren og pasienten møter hverandre for første gang vil begge partene observere hverandre, få antagelser og dermed vil de få meninger om hverandre som person. Dette vil si at sykepleieren og pasienten har laget seg en stereotypisk forestilling om hverandre. Begge partene ser ikke den andre som et unikt menneske (Travelbee, 1999). Pasienten forholder seg til sykepleieren slik hun forventer at sykepleieren skal være, og sykepleieren behandler pasienten som enhver annen pasient (Kristoffersen et al., 2011). Den stereotypiske forestillingen vil endres når sykepleier og pasient får en bedre forståelse av hverandre (Travelbee, 1999).

4.2.2 Fremvekst av identiteter

I fasen som handler om fremvekst av identiteter begynner sykepleieren og pasienten å anerkjenne hverandre. Dette vil si at begge partene begynner å se den andre som et unikt menneske. Dermed vil de bygge opp en tilknytning til hverandre (Travelbee, 1999).

Sykepleieren må virkelig kunne se pasienten, forandre på sine oppfatninger om hvordan hun tror pasienten er som person. Etter en tid vil sykepleieren og pasienten etablere et kontaktforhold og deres identiteter vil komme frem. Sykepleieren begynner å forstå opplevelsen pasienten har av sin situasjon, og pasienten begynner å oppfatte sykepleieren som et eget individ og annerledes fra andre sykepleiere (Kristoffersen et al., 2011).

4.2.3 Empati og sympati

Empati er ifølge Travelbee (1999, s. 193) ”evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket”. Videre i Travelbees teori mener hun at forståelsen av empati er en beregnet intellektuell handling. Derfor er det uvesentlig om sykepleieren liker eller misliker pasienten. En sykepleier kan dermed hjelpe pasienter i mange situasjoner,

men føle empati i kun noen av dem. Når sykepleieren har følt empati for pasienten, vil de oppleve kontakt og nærhet (Kristoffersen et al., 2011).

”Sympati er snarere en innstilling eller holdning, det vil si en måte å tenke og føle på som sykepleieren formidler til den andre” (Kristoffersen et al., 2011, s. 221). Sykepleieren viser sympati gjennom væremåte og holdninger (Kristoffersen et al., 2011). Travelbee mener at pasienten kan bli påvirket både fysiologisk og psykisk av å få sympati eller mangelen på sympati og medfølelse (Travelbee, 1999). Ut i fra dette kan det forstås at pasientens tilstand kan bli bedre om hun føler at sykepleieren viser sympati. Dette kan føre til at pasientens mestringsfølelse videreutvikles. Dette forutsetter at sykepleieren ønsker å hjelpe pasienten. Noe som kan føre til at det mellommenneskelige forholdet utvikles (Kristoffersen et al., 2011). Travelbee mener at sykepleieren ikke bare skal ha empati og sympati, men også ha ferdigheter og kunnskaper for at sykepleie behovene skal dekkes (Travelbee, 1999).

4.2.4 Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

I denne fasen oppstår etableringen av kontakt og forståelse som er gjensidig. Sykepleieren og pasienten går igjennom denne fasen sammen. Dette er et av målene i sykepleie ifølge Travelbee (Travelbee, 1999). Gjensidig forståelse og kontakt oppleves som viktig og meningsfullt for sykepleieren og pasienten. Fasen handler om tillit som er gjensidig og som er en dynamisk og allsidig prosess (Eide & Eide, 2012). Sykepleieren må ha utført sine handlinger for å lindre pasientens plager for at gjensidig kontakt og forståelse skal kunne oppnås. Pasienten har fått tillit til sykepleieren gjennom empati og sympatifasen. Dette gjør at pasienten ikke lenger har noe behov for å prøve ut om sykepleieren er til å stole på (Travelbee, 1999).

4.3 Kommunikasjon

”Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre” (Kristoffersen et al., 2011, s. 221). Derfor er dette en viktig del av møtet mellom pasienten og sykepleieren. I møter mellom mennesker vil det oppstå non-verbal og verbal kommunikasjon (Kristoffersen et al., 2011). Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient kan være både bevisst eller ubevisst (Travelbee, 1999). Det er ved god kommunikasjon at sykepleieren får muligheten til å bli kjent med pasienten (Kristoffersen et

al., 2011). Dette gir sykepleieren muligheten til å etablere et mellommenneskelig forhold, noe som vil hjelpe sykepleieren til å oppnå sine mål og hensikt. Det avgjørende i dette er sykepleierens atferd. Kommunikasjon kan bety mye for det mellommenneskelige forholdet. Som sykepleier kan du komme nærme andre mennesker eller støte dem bort, hjelpe eller såre pasienten. Derfor kan det være stor makt i kommunikasjonen. Når sykepleieren oppfatter alle pasienter fra en pasientgruppe som like kan det oppstå kommunikasjonssvikt mellom sykepleier og pasient. Dette kan forhindre sykepleieren i å kommunisere og å etablere et mellommenneskelig forhold til pasienten (Travelbee, 1999).

4.3.1 Bruke seg selv terapeutisk

En sykepleier som bruker seg selv terapeutisk mener Travelbee er et av kjennetegnene på en sykepleier som er profesjonell. Dette handler om at sykepleieren bruker personligheten sin på en hensiktsmessig men også bevisst måte når hun er sammen med pasienten (Kristoffersen et al., 2011). Gjennom studiene får sykepleieren opplæring i atferdsvitenskap og hjelp til innsikt i teorien angående egen atferd (Travelbee, 1999). Hensikten med å bruke seg selv terapeutisk er å fremme et ønske om endring hos pasienten, og det å lindre og å minske plagene til pasienten hvis mulig (Kristoffersen et al., 2011). Det som menes med å bruke seg selv terapeutisk er at sykepleieren bruker intelligens og fornuft. Dette krever selvinnsett, fornuft, disiplin, medfølelse, logikk og empati. Det er viktig å ha evnen til å forutse sin egen og pasientens atferd. Sykepleieren bør ha tenkt igjennom sin egen atferd (Travelbee, 1999).

4.4 Håp

”Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt” (Eide & Eide, 2013, s. 56). Innenfor interaksjonsteorien er det seks kjennetegn ved håp, dette er avhengigheten knyttet til andre, det å være fremtidsorientert – å ha noe å se frem til, valg – det å kunne velge – autonomi, mot, tillit og utholdenhet (Kristoffersen et al., 2011). En av sykepleierens oppgaver er ifølge Joyce Travelbee å hjelpe pasienten til å ikke føle at alt er håpløst og at ikke håpet forsvinner. Mister pasienten håpet og opplever håpløshet er det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å få tilbake håpet. Er pasienten fremtidsorientert og ønsker at livssituasjonen hun er i her og nå skal endre seg, og hun er misfornøyd og finner liten trøst i livet slik det er nå, er håpet tilstede (Travelbee, 1999). Når pasienten har håp får

hun en følelse av trygghet om at hun får den hjelpen hun trenger når hun har behov for det. Pasientens håp om endring i fremtiden vil kunne bidra til at hun holder ut situasjonen hun er i her og nå (Kristoffersen et al., 2011).

4.5 Mestring

Håkonsen skriver om mestring, og han definerer det på denne måten: ”Mestring beskriver individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriksel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (Håkonsen, 2011, s.279). For å bevare helsen er det nødvendig at individet tilpasser seg endrede livssituasjoner i de periodene hvor individet er utsatt for store påkjenninger. Individet kan bli bedre rustet til å møte nye utfordringer og påkjenninger om hun holder ut den vanskelig livssituasjonen, mestring kan være en hjelp i dette (Hummelvoll, 2012).

Når det kommer til mestring kan det deles inn i to forskjellige teorier, problemfokusert mestring og følelsesfokusert mestring, ifølge Lazarus og Folkman (referert i Håkonsen, 2011, s. 279). Problemfokusert mestring handler om strategier hvor individet forholder seg aktivt og direkte til problemet eller situasjonen som har oppstått. Følelsesfokusert mestring handler om strategier som omhandler å endre opplevelsen individet har av en situasjon istedenfor å endre situasjonen i seg selv (Kristoffersen, 2011).

En av sykepleiernes hovedoppgaver er å hjelpe pasienter til å mestre sin sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Sykepleiere kan gjøre dette ved å være en samtale partner og hjelpe pasienten til å få et mer realistisk perspektiv på hva som kan oppnås på sikt. Sykepleieren kan gi psykologisk og eksistensiell støtte, og være til praktisk hjelp for pasienten ved å få nødvendige ting utført (Eide & Eide, 2013). Et av de største problemene er de holdningene pasienten har til sin egen sykdom og lidelse, og hvilke konsekvenser dette kan få for hennes familie (Travelbee, 1999). Derfor er det nødvendig at sykepleieren forsøker å finne ut hvilken forståelse pasienten har av helse og velvære og hva dette innebærer (Hummelvoll, 2012). Sykepleieren bør evne å sette seg inn i hvordan pasienten oppfatter sin situasjon, dette er på grunn av at det kan oppleves som vanskelig for pasienten å finne mening i situasjonen om sykepleieren har manglende forståelse (Travelbee, 1999).

4.6 Sykepleiefunksjon

Uansett hvor en sykepleier kommer til å arbeide er det to hovedfunksjoner sykepleieren kan utføre. Dette er hensikten og målet med sykepleie. Første hovedfunksjonen ifølge Travelbee er ”Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse” (Travelbee, 1999, s, 48). Den andre hovedfunksjonen til sykepleiere er ”Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)” (Travelbee, 1999, s. 48).

4.6.1 Hva er en institusjon?

Ordet institusjon brukes ofte om psykiatriske enheter eller sykehus (Store norske leksikon, 2015). Et eksempel på dette er Borgstadklinikken som ligger i Skien hvor de har en skjermet enhet for gravide rusavhengige som legges inn på tvang. Borgstadklinikken har 7 plasser til rusavhengige gravide. Formålet med innleggelsen til den gravide rusavhengige kvinnen er først og fremst å skjerme det ufødte barnet i mot rus. De støtter og veileder den gravide kvinnen, og å motivere henne til behandling i forhold til rusproblematikken. Ikke minst får den gravide kvinnen tett oppfølging under oppholdet av et tverrfaglig team. Personalet på avdelingen er tverrfaglig og består av sykepleiere, vernepleiere og barnevernspedagoger. Den gravide kvinnen vil også få oppfølging av lege og jordmor under oppholdet. Det blir videre lagt vekt på et samarbeid med kommunen og barnevernstjenesten (Borgstadklinikken, 2014).

4.6.2 Sykepleierens funksjon i institusjon

Som i andre institusjoner vil det å administrere medikamenter være en av sykepleierens oppgaver. Sykepleieren vil også ha ansvar for at det blir tatt urinprøver. Grunnen til urinprøver tas er for at de som er innlagt skal kunne vise rusfrihet og at det er til hjelp for behandlende lege (Løvaas, 2011). Institusjonen kvinnen er innlagt ved skal bestemme når urinprøver skal bli avlagt, hvordan denne prosedyren gjøres og hva som skjer om prøven er positiv (Lundeberg et al., 2014, s. 179). Under et svangerskap vil kostholdet til kvinnen være viktig for sykepleieren og kartlegge. Om den gravide er i fysisk aktivitet og med normal kroppsvekt er de ikke like utsatt for komplikasjoner under svangerskapet. Spesielt hos de gravide rusavhengige må sykepleieren være oppmerksom på faren for feil- eller

underernæring under svangerskapet, ifølge Henriksen (referert i Aagaard, 2011, s.173). Behandlingen til rusavhengige må tilrettelegges til den enkelte kvinne på grunn av at alle har sine individuelle historie og bakgrunn. Rusavhengige pasienter kan få behandling som består av gruppeterapi eller individuelle terapi. Andre kan få en kombinasjonsbehandling som består av både gruppeterapi og individuelle terapi. For mange pasienter kan det å kombinere disse være gunstig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015). Inne i institusjonen blir det utført miljøterapi. Miljøterapi er en behandlingsform hvor det er en gruppe av personalet som utfører behandling overfor en gruppe pasienter. Denne behandlingsformen krever at det er struktur blant de ansatte, og er til for å hjelpe pasientene til bedring. De ansatte får forskjellige oppgaver som de har ansvar for. Miljøterapi handler om regler for atferd, om hva som er tillat og ikke fra pasientens side. Denne behandlingsmetoden handler om prosedyrer for hvordan ansatte skal gå frem hvis det oppstår krisesituasjoner. Miljøterapi som behandlingsform utføres når det måtte passe og ut i fra sykepleiers holdninger og tenkning. Innenfor miljøterapien trekkes det frem at dagsplaner og ukeplaner vil være lurt (Skårderud et al., 2015).

4.6.3 Individuell plan

“Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP)” (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s.44). Denne planen skal sikre at det er samarbeid mellom helsetjenestene, at ansvaret er fordelt og at pasienten blir satt i fokus med tanke på brukermedvirkning (Hummelvoll, 2012). Det vil være hensiktsmessig for kvinnen og ha en individuell plan og det er også en rettighet som kvinnen har. Hvis det er slik at det ikke er ønskelig med en individuell plan fra kvinnens side, bør det lages en tiltaksplan og dette gjøres av helsetjenesten. Den individuelle planen er til for å kunne endres og revideres hele tiden for at den til en hver tid skal være best mulig (Bakstad & Welle-Strand, 2011).

5.0 Tvangsinnlagte gravide i institusjon

I dette kapitlet vil vi beskrive teori som er relevant for oppgaven vår. Teoridelen er viktig for drøftingen som kommer i oppgavens nest siste kapittel.

5.1 Rusbegrepet og rusavhengighet

I alle tider har mennesker benyttet seg av rusmidler. Dette har vært i sosiale sammenhenger, til å behandle sykdom, til psykiske lidelser og til å redusere smerte (Håkonsen, 2011). En ruslidelse utvikler seg snikende, og det er en liten grense fra det å ha kontroll over rusbruken til å ikke ha kontroll. I begynnelsen tenker de fleste lite over at et høyt rusinntak kan være skadelig (Skårderud et al., 2015). De som ikke har fullført skole, vært innblandet i kriminalitet eller er arbeidsledige har en høyere risiko for å bli avhengige av et rusmiddel. Risikoen for rusmisbruket øker ut i fra hvor ung individet er når hun begynner med svakere stoffer (Mæland, 2012).

Rusmidler har den effekten på hjernen at belønningsområdet blir aktivert, samtidig som at rusmidler er kjemiske stoffer som kan fremkalle endringer i bevisstheten. Rusmidlene har en effekt der den påvirker sentrene i hjernen som kontrollerer følelser, og som hjelper mennesker til å ta gode beslutninger. Virkningen av rusmidler kan ha noe med hva vi som mennesker forventer at virkningen av rusmidlet skal være. Dette vil si at en rusopplevelse vil derfor være et resultat av forventningen som en person har i den sosiale sammenhengen som en befinner seg i. Psykoaktive rusmidler fungerer på den måten at de endrer kommunikasjonen mellom nevronene i hjernen og derfor blir bevissthetstilstanden endret. Dette kan være i påvirkning av personens mentale tilstand, for å komme i godt humør eller for å dempe vanskelige tanker, følelser og for å redusere angst (Håkonsen, 2011). Samtidig som at rusmidlet kan øke intensiteten av forskjellige følelser, blant annet sinne, tristhet og glede. Rus kan regulere behovet individet har for nærhet og distanse, fylle emosjonelle tomrom og dempe fysisk og psykisk smerte (Skårderud et al., 2015). For at vi skal kunne konstatere at rusbruken er blitt ett problem, må rusproblemet til individet begynne å gå utover de funksjoner og oppgaver som personen har i familien, arbeidet eller samfunnet. Individet kan utvikle en psykologisk avhengighet, dette vil si at rusbrukeren bruker

psykoaktive stoffer regelmessig, og føler at dette er nødvendig for at hun skal føle at hun fungerer ”normalt” (Håkonsen, 2011).

5.2 Rusmidler

Her vil vi presentere rusmiddelet heroin. Vi vil også presentere to vanlige LAR-medikamenter; subutex og metadon.

5.2.1 Heroin

”Heroin (diacetylmorfin, er et semisyntetisk opioid framstilt fra morfin, et derivat av opiumvalmue. Heroin brukes som smertestillende medikament og som narkotika og har her et stort potensial for misbruk. Hyppig og regelmessig bruk gir toleranse og avhengighet” (Bramness & Andreassen, 2012, s.595). Heroin injiseres ofte som en injeksjon hvor stoffet først blir løst opp i sitronsyrepulver og vann. Hvis heroin settes i sentralnervesystemet vil personen kunne bli trøtt, forvirret og desorientert for tid og sted (Bramness & Andreassen, 2012). Virkningen vil blant annet avhenge av hvor stor eller liten dose som brukes, hvordan det brukes og hvor stor eller liten toleranse brukeren har (Evjen, Kielland og Øiern, 2012). Hjerte og respirasjonen kan også få gjennomgå, ved blant annet langsom puls, bradykardi. Fordi det brukes sprøyter og det ofte utføres uhygienisk, kan infeksjoner i blodet oppstå, for eksempel hepatitt. Ved nedtrapping av heroin, kan brukeren trappe ned dosene selv, få hjelp i en institusjon eller bli inkludert i LAR. Et LAR-medikament er metadon, og dette vil fungere lengre enn heroin. Dosen kan derfra trappes sakte ned. Ved nedtrapping av rusmidler vil ulike symptomer og abstinenser kunne oppstå, og disse symptomene kan behandles med ulike benzodiazepiner, som for eksempel søvnmedikasjon og beroligende (Bramness & Andreassen, 2012).

5.2.2 Metadon

”Substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet, i sammenheng med medisinsk, psykologisk og sosial behandling” (Metadon, s.1304, 2015). Metadon har noen av de samme virkningene som morfin og tilhører opioid-gruppen. Metadon kan på lik linje som morfin og andre opioider hemme respirasjonen og kan føre til død ved store doser. Metadon har en

virkningstid som er lang og en dose hver dag bør være tilstrekkelig (Fekjær, 2004). Ved inntak av metadon kan det hende at pupillene ikke reagerer på lys og det kan gi en smertestillende effekt. Det kan også føre til at man blir trøtt og døs. Bivirkninger som oppkast, kvalme og kløe kan forekomme og personer som bruker metadon kan ofte være plaget med forstoppelse. Et inntak av en større dose med metadon vil kunne gi en slags rus og en følelse av rus. Ved metadonbehandling vil opiatavhengige kunne føle at rusuget etter de illegale rusmidlene, blant annet heroin, vil avta og kanskje dempes (Folkehelseinstituttet, 2015).

For å få metadon må det være laget et tiltak om at personen er med i legemiddelassistert rehabilitering og det må være godkjent av myndighetene. Metadon doseres ut i fra hvert enkelt individ og må tilpasses og kanskje økes eller trappes ned etter hvert. En vanlig brukerdose er mellom 60 og 120 mg (Metadon, 2015).

5.2.3 Subutex

”Substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet, i sammenheng med medisinsk, psykologisk og sosial behandling” (Subutex, s. 2151, 2015). Subutex er på samme måte som metadon, en behandling av opiatavhengighet. I subutex finner vi et kjemisk stoff som heter buprenorfin. Før ble det brukt som smertestillende og hadde navnet Temgesic, men dagens subutex tabletter har et mye høyere buprenorfin innhold. Subutex er i gruppen av sublingualtabletter og må legges under tungen og blir derfra absorbert i slimhinnene i munnen (Fekjær, 2004). Det kan misbrukes, og da løses tablettene opp i vann og blir injisert. Buprenorfin har den funksjonen at den kan hindre virkningen av andre typer opioider. Dermed vil man ikke oppnå en rus hvis heroin og morfin tas samtidig med medikamenter som inneholder buprenorfin, for eksempel subutex (Folkehelseinstituttet, 2015).

5.3 LAR-behandling og graviditet

Subutex og metadon er to av flere medikamenter som benyttes i den legemiddelassisterte rehabiliteringen. Heroin blir erstattet med et mer langtidsvirkende opioid som ofte tas peroralt en gang om dagen. Samarbeidet i LAR pleier å være mellom TSB (tverrfaglig

spesialisert behandling, kommunale tjenester eller NAV og fastlegen. I LAR er ikke nødvendigvis medisiner det viktigste, men ofte den psykososiale rehabiliteringen. LAR har økt sitt omfang i løpet av de siste årene og er nå et viktig og sentralt tilbud for mennesker som er avhengige av opioider (Evjen et al., 2012). Melberg mfl. (2003) forteller at mange av de som begynner i LAR-behandling kan oppleve et lettere og bedre humør preget av optimisme den første tiden. Dette vil kunne avta etter en stund og man kan føle at humøret vil dale litt nedover. Buprenorfin og metadon har ingen virkning mot noen andre rusmidler enn opioider. De vil heller ikke fungere mot depresjon eller angst (referert i Evjen et al., 2012).

”Metadonbehandling av gravide reiste fra første stund medisinske, juridiske og etiske spørsmål” (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s.14). Det ble forsket mye på metadonbehandling til kvinnene, og om hva som var best for fosteret – metadon eller heroin. Det viste seg at metadonbehandling var det som var mest gunstig og var blant annet med på at barna hadde høyere fødselsvekt og ble født nærmere termin. For en kvinne som får metadonbehandling vil et svangerskap for disse være risikosvangerskap. Metadonen kan i noen tilfeller føre til at barnet får NAS, neonatal abstinenssyndrom. Disse kvinnene vil trenge en tettere oppfølging under svangerskapet, under fødsel og etter fødsel enn en kvinne som ikke er i LAR-behandling. Kvinner som bruker heroin kan ofte få amenoré som betyr manglende eller uregelmessig menstruasjon. Det kan derfor være vanskelig for kvinnen og oppfatte at hun er gravid (Bakstad & Welle-Strand, 2011).

5.4 Tvangsinnlagte gravide med rusavhengighet

Gravide rusavhengige innlagt på tvang, er kvinner som har levd og ofte lever svært kaotiske liv slik vi har sett i praksis sammenheng. Av det vi har sett har ofte kvinnene forstått hvilke konsekvenser rus kan gi for fosteret, men at de er svært sårbare og ofte har opplevd mange påkjenninger. Det at de har benyttet eller fortsatt benytter seg av rusmidler, har kanskje vært en atferd de selv har lært fra foreldre eller andre, en løsning på problemer som dukker opp eller som et valg som er bevisst (Evjen et al., 2012). I noen tilfeller kan det hende at kvinnene er prostituerte. Kvinnene er ofte langt nede når de går så langt at de må selge seg selv for å kunne få finansiert rusbruket sitt (Lundeberg, 2014).

Et opphold for den gravide kvinnen ved en institusjon vil være en tilværelse som er skjermet. Det vil være vanskeligere å få tak i rusmidler men også vanskeligere og innta rusmidler fordi det er en slags kontroll og en reaksjon vil komme hvis dette skjer. På det sosiale planet vil dette kunne oppleves som tryggere og mer stabilt enn når kvinnen er hjemme. Oppholdet ved institusjonen vil ofte være svært annerledes enn virkeligheten utenfor. Kvinnen lever kanskje i en leilighet hvor det bor andre som bruker rusmidler, og det kan være vanskeligere og avstå fra rus (Evjen et al., 2012).

5.4.1 Familie og miljøforhold

Misbruk hos foreldre, psykiske lidelser eller fravær av omsorg og rammer i barndommen kan være noe av årsaken til at barn og ungdom begynner å ruse seg. Barn som vokser opp med foreldre som ikke bruker rusmidler vil lettere kunne si nei til det samme selv hvis de får tilbud. Personer som sliter med avhengighet er ofte i et miljø hvor venner og bekjente også bruker rusmidler. Dermed kan rusmidlene være lett tilgjengelig og det kan være en større utfordring og være rusfri. Hvis den gravide rusavhengige har en partner som bruker rusmidler, vil dette være en stor utfordring (Bramness & Andreassen, 2012).

6.0 Aktuelt lovverk og etikk

I dette kapitlet skal vi presentere aktuelt lovverk og presentere etikk som er relevant for kvinner som er tvangsinnlagt i institusjon. Vi vil også beskrive lover som er viktige for å kunne utøve sykepleie.

6.1 Lovverk

Dette fortelles i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, (2015):

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det...

For at pasienten skal få en tilstrekkelig behandling er det nødvendig at hun får informasjon og ut i fra dette skal hun kunne ta en beslutning. Dette vil hjelpe pasienten til å få en følelse av kontroll av situasjonen, og en mulighet til å en realistisk forestilling over hva hun kan forvente seg (Kristoffersen et al., 2011).

Dette fortelles i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, (2015):

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon....

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

6.2 Tvang

”Inngrep med tvang hviler på en sterk tro på endringspotensialet i mennesket: Motivasjonen for å snu en sterkt nedadgående karriere som marginalisert skal skapes ved hjelp av en kort tvungen institusjonstilværelse” (Lundeberg, 2014, s.230). I enkelte situasjoner kan det være at pasienten blir fratatt sin rett til autonomi, og det vil være nødvendig med en viss bruk av paternalisme (Kristoffersen et al., 2011). Dette kan forekomme ved tvangsinnleggelse. Når paternalisme blir tatt i bruk vil det si at noen bestemmer noe for å hindre at en person skader sin egen helse eller andre uten at det er blitt gitt samtykke fra personen selv (Mæland, 2012, s.80). En gravid kvinne som er avhengig av rusmidler kan legges inn i institusjon mot sin vilje, for at ikke fosteret skal ta skade av rusen. Se neste punkt for beskrivelse av selve loven. Vi har valgt å ta med denne loven fordi vi anser den som relevant da kvinnene vi har satt i fokus er de som er innlagt på tvang.

6.2.1. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

I helse og omsorgstjenesteloven §10-3, (2011) fortelles det at:

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. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under

oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

6.3 Ethiske perspektiver og dilemmaer

Autonomi kan oversettes med ordet selvbestemmelse. Dette vil si at pasienten har rett til å ta egne beslutninger og å velge når det omhandler hennes behandling. Men dette forutsetter at pasienten er myndig og kan ta ansvar for eget liv og helse. Spesielt i situasjoner hvor pasienten kan fortelle hva som er hennes mål og verdier er det nødvendig å følge prinsippene om selvbestemmelse og brukerinnflytelse (Kristoffersen et al., 2011). Det å unngå at pasientens integritet blir krenket bør være et mål med autonomien (Brinchmann, 2012).

”Et etisk dilemma er en situasjon der det eksisterer en konflikt mellom ulike etiske prinsipper som en kjenner seg forpliktet i forhold til” (Brinchmann, 2012, s. 194). Som sykepleiere vil vi havne i mange forskjellige situasjoner hvor det finnes flere alternativer og det kan være at ingen av disse alternativene er gode. Da vil det være viktig at det er rom for å diskutere med andre ved arbeidsplassen da det kan oppleves som krevende og vanskelig og stå i de situasjonene (Brinchmann, 2012).

6.3.1 Yrkesetiske retningslinjer

ICNs regler for etikk er det de yrkesetiske retningslinjene for oss sykepleiere er bygget på. De yrkesetiske retningslinjene skal fungere som den etikken sykepleieren skal benytte seg av i praksis (Norges sykepleierforbund [NSF], 2011). ”Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (NSF, 2011, s.5). Som sykepleier er det viktig å følge de yrkesetiske retningslinjene. Hvis de ikke følges, det vil si at de ikke blir holdt, vil det også si at lovverk og det juridiske også ikke blir overholdt. Dette kan gjøre at sykepleieren kan få en straff og ikke følger de lover og regler som gjelder for sykepleieryrket. Etiske retningslinjer både i Norge og verden handler om å ivareta menneskerettighetene. Det er viktig å behandle alle med verdighet og respekt (Brinchmann, 2012).

7.0 "Hvordan ivaretar sykepleiere tvangsinnlagte gravide rusavhengige i institusjon?"

I denne delen vil vi drøfte vår problemstilling og benytte oss av både teori, kunnskap fra forskningsartiklene og egne erfaringer.

7.1 Drøfting

Når den gravide kvinnen blir innlagt på tvang fratras noe av hennes autonomi eller selvbestemmelse. På bakgrunn av erfaringer fra praksis vet vi at dette kan oppleves som svært vanskelig for kvinnen. Her vil en viss paternalisme bli brukt (Kristoffersen et al., 2011). Innleggelsen finner sted for å forhindre eller begrense at moren ruser seg og dermed også forhindrer at barnet tar skade. Moren blir lagt inn uten eget samtykke dersom hjelpen ute i kommunen ikke er tilstrekkelig for henne. Kommunen og institusjonen vurderer fortløpende om tvangsvedtaket skal opprettholdes (helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Det kan virke motiverende for kvinnen at hun under innleggelsen kanskje kan gå over til frivillig innleggelse og allikevel klare å holde seg rusfri.

Kvinnene som blir lagt inn på tvang har kanskje ikke ønsket dette selv, og det kan skape en større utfordring for sykepleieren som skal møte henne. Det første møtet med pasienten kan ha en stor betydning for hvorvidt sykepleieren og kvinnen får tillit til hverandre og kan starte å bygge en relasjon. Det første møtet er den første fasen i interaksjonsteorien til Travelbee (Travelbee, 1999). Selv har vi erfart at slike innleggelse kan være noe kaotisk da det for eksempel hender at pasienten blir kjørt til institusjonen av politiet. Kvinnen kan da trenge å få roet seg ned på institusjonen og komme seg litt til rette før sykepleieren prater for mye med henne. Samtidig har kvinnen krav på å få den informasjonen hun trenger og det kan være lurt å gi henne informasjon om hvorfor hun er innlagt, formålet med det og generell informasjon om oppholdet (Lundeberg et al., 2014). Noen kvinner har kanskje ønsket å bli lagt inn på tvang selv fordi de er usikre på om de kommer til å klare og holde seg rusfrie. De velger da på en måte selv og følge de strenge rammene som en tvangsinnleggelse medfører. Hos disse kvinnene kan det i noen tilfeller hende at relasjonsbyggingen og tilliten går lettere. Som sykepleier her ville vi kanskje kommet raskere i gang med behandlingen og samtalene

og det å bli kjent med pasienten. Sykepleieren kan ha forutinntatte antagelser om pasienten på grunn av tidligere erfaringer og dette kan være både positivt og negativt i det første møte. I det første møtet og under hele innleggelsen er det viktig at sykepleieren viser forståelse for hvordan den gravide kvinnen har det og hvordan livssituasjonen hennes er.

”For en rusmisbruker kan det å bli møtt med omsorg, tillit og respekt skape en opplevelse av verdighet som peker fremover” (Eide & Eide, 2013, s.56). Noen av kvinnene blir lagt inn helt i starten av svangerskapet, og har mange måneder i institusjonen foran seg med både gode og dårlige dager. Denne pasientgruppen må møtes med respekt og verdighet på lik linje med alle andre pasienter. I en forskningsartikkel kommer det frem at de intervjuede kvinnene har negative erfaringer med helsepersonell. De har opplevd at helsepersonell har påført dem følelser som angst, sinne, skyld, skam og at de har følt at de har blitt sett ned på (Leppo, 2012). Dette kan være en årsak til at kvinnene først kommer i behandling langt ut i svangerskapet (Alwyn & Varty, 2011). I en annen forskningsartikkel kommer det frem at det å beholde troen på kvinnen er viktig og det at det er et trygt miljø på institusjonen (Benoit, MacKinnon, Marcellus, Phillips & Stengel, 2014). Som sykepleier vil det kanskje være gunstig å snakke med kvinnen om at tvang kan være en god mulighet for å endre livsstilen, men at dette både kan virke både positivt og negativt. Hvordan hjelpeapparatet fungerer vil ha mye og si for hvordan livet til kvinnen blir både under og etter innleggelsen (Lundeberg et al., 2014).

Videre vil vi trekke frem Travelbees andre fase, fremveksten av identiteter (Travelbee, 1999). Sykepleieren må forstå den situasjonen den innlagte er i og prøve å sette seg inn i den (Kristoffersen et al., 2011). Av hva vi har erfart selv vil det være viktig for sykepleieren og arbeide bevisst med det å skape en relasjon til kvinnen. Vi vil også trekke frem det at det er viktig og ikke komme for nære kvinnen og det å klare å legge fra seg arbeidet når sykepleieren skal dra hjem for dagen. De første dagene kvinnen er på institusjonen vil det kanskje komme frem mange sterke historier fra kvinnens liv, og etter hva vi har erfart vil det være viktig og vise forståelse og empati for dette.

I følge Joyce Travelbee er det i de situasjonene hvor sykepleieren føler empati ovenfor pasienten at de vil oppnå kontakt og nærhet (Kristoffersen et al., 2011). Hvis sykepleieren ikke viser empati ovenfor pasienten, vil trolig også kontakten dem imellom bli dårligere.

Kvinnene som er innlagt på en slik institusjon er ofte over lang tid. Det kommer an på når graviditeten blir oppdaget og når noen melder bekymring for rus og barn i magen. På bakgrunn av lang innleggelsestid vil det være ekstra viktig at kvinnen får god kontakt med de som arbeider der, ikke bare sykepleierne. Sykepleieren må vise en forståelse som er innlevende og det viktigste er at kvinnen føler seg forstått (Hummelvoll, 2012). På lik linje spiller sympati en viktig rolle. Travelbee hevder at pasienten kan bli påvirket fysiologisk og psykisk av å oppleve å få sympati eller mangelen på å få sympati og medfølelse (Travelbee, 1999). Pasienter kan fortelle helsepersonell historier som gjør at vi som mennesker opplever sympati, en umiddelbar følelsesreaksjon. Samtidig kan dette gjøre at vi blir blinde for nyanser og innholdet i det som blir fortalt (Håkonsen, 2011). Med andre ord kan vi bli påvirket av det som blir fortalt, noe som kan påvirke behandlingen pasienten får. Om helsepersonell blir tiltrukket av pasienten eller føler sterk sympati kan det være at helsepersonellet bruker mer tid på pasienten enn hva pasienten har behov for. På den andre siden, om sykepleieren føler motvilje overfor pasienten kan det være at sykepleieren trekker seg tilbake så raskt muligheten byr seg (Eide & Eide, 2013). Ut i fra egne erfaringer anser vi det som svært viktig og ikke komme for nær pasienten og utføre for mange tjenester og for mye hjelp til disse pasientene. Disse kvinnene kan ofte ha et behov for å forberede seg på det nye livet som mor, som vil bringe med seg blant annet det å kunne ta ansvar selv.

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen i Travelbees interaksjonsteori. Sykepleieren og kvinnen arbeider sammen gjennom alle fasene, men spesielt i akkurat denne fasen. Tilliten har i denne fasen blitt bygget opp og det vil si at kvinnen stoler og ser på sykepleieren som en hjelpende hånd og en hun kan snakke med (Travelbee, 1999). Etter hva vi har erfart vil det her være viktig å samarbeide tett med andre sykepleiere som kanskje skal ha ansvaret for kvinnen en dag. Det vil være viktig å videreformidle informasjon til de andre ved arbeidsplassen slik at alle vet hvilket ståsted kvinnen er på og hva som har blitt fortalt. På denne måten kan det unngås at kvinnen blir spurt om de samme tingene flere ganger. Av erfaring har vi sett at kvinnene av og til videreformidler informasjon til den ansvarlige sykepleieren som hun egentlig ikke vil at skal bli formidlet til noen andre. Da er det viktig å fortelle til kvinnen at all informasjon som hun utgir må alle som arbeider ved den arbeidsplassen bli fortalt om da dokumentasjon blant annet er viktig. Samtidig er det ikke alltid alt som må dokumenteres, men det er viktig at kvinnen får beskjed om hvordan det fungerer.

Vi vil trekke frem Joyce Travelbees teori om at noe av det som kjennetegner en profesjonell sykepleier handler om å bruke seg selv terapeutisk. Alle mennesker har forskjellig personlighet og det er kanskje ikke alle personligheter som egner seg til å arbeide med denne pasientgruppen. Kanskje det er akkurat disse som pasientene forteller om i forhold til at de ikke har følt seg møtt og respektert. Det er viktig at sykepleieren har innsikt i sin egen atferd. Selvfølgelig og selvinnsett er nødvendig når det kommer til å bruke seg selv terapeutisk. Det er også viktig å ha en forståelse for hvordan mennesker kan reagere i ulike situasjoner (Travelbee, 1999).

En av sykepleierens oppgaver vil bli å hjelpe den gravide kvinnen å holde fast ved håpet gjennom innleggelsen og svangerskapet. Håp handler om at det er en forventning om noe positivt i fremtiden (Eide & Eide, 2013). Det kan være viktig å få kvinnen til å tenke fremover og at hun har noe å se frem til. Dette vil kunne hjelpe kvinnen i den situasjonen hun er i her og nå (Kristoffersen et al., 2011). Hvis kvinnen ser for langt frem i tid, vil det kanskje kunne ta fokuset og distansere hennes følelser fra situasjonen hun er i nå. Selv har vi sett at graviditeten kan være en god mulighet for kvinnene til å få orden på livet sitt og velge bort rusmidler. Samtidig kan dette også være en sårbar periode for dem, og at de kanskje ikke helt klarer å se for seg hvordan det nye livet skal bli uten rusmidler og med et barn i armene. Når kvinnen er lagt inn på tvang i institusjonen vil hun kanskje føle at hennes autonomi er svekket (Travelbee, 1999). Dette vil si at hun kan føle at hun har færre valgmuligheter i forhold til sin behandling. Dette er noe som kan gjøre at det kan bli vanskeligere å samarbeide med pasienten. Om pasienten ønsker å endre sin livssituasjon og har et håp om en bedre fremtid kan samarbeidet med pasienten bli godt. Ved innskrenket autonomi kan pasienten føle at situasjonen hun er i er håpløs. Joyce Travelbee forteller at en av sykepleierens oppgaver da blir å hjelpe pasienten å få tilbake håpet (Travelbee, 1999). Det kan da være lurt for sykepleieren og ha hyppige samtaler og oppmuntre kvinnen.

Travelbee hevder at sympati er en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på som sykepleieren formidler til pasienten (Kristoffersen et al., 2011). Dette er noe som kan vises gjennom non-verbal og verbal kommunikasjon, dermed kan pasienten føle om sykepleieren har sympati eller ikke. Dette kan påvirke forholdet mellom sykepleier og pasienten, noe som videre trolig vil påvirke det mellommenneskelige aspektet og om pasienten føler tillit for sykepleieren. Vi har opplevd at det å innta en lyttende rolle overfor denne pasientgruppen er viktig. Som sykepleier vil det være viktig å være seg selv og kommunisere på en helt vanlig

måte. Ved god kommunikasjon kan vi bli kjent med pasienten på en bedre måte (Kristoffersen et al., 2011). Hvis kommunikasjonen er dårlig mellom kvinnen og sykepleieren vil dette kunne svekke tilliten og forholdet de har seg imellom. Den non-verbale kommunikasjonen er ofte vel så viktig som den verbale kommunikasjonen. Selv har vi erfart at det å opptre rolig er med på å skape et roligere miljø rundt disse pasientene. Mange har levd kaotiske liv hvor det kanskje har vært store mangler på det å få ordentlig ro.

Borgestadklinikken har en rapport om gravide rusavhengige på skjermet enhet. Kvinnene er i gjennomsnitt 28 år og bruker ofte flere rusmidler. I sin behandling legger de blant annet vekt på den gravides forhold til fosteret og å utvikle kjærlighet og tilknytning til det. Troen og håpet på at en endring er mulig og den gravides forhold til seg selv. Samarbeid og tillit med kvinnene blir sett på som viktig mellom de som arbeider ved institusjonen (Borgestadklinikken, 2013). I forskningsartikkelen fra Finland uttrykker kvinnene redsel for å miste barnet etter fødselen (Leppo, 2012). Hvis kvinnen utvikler for stor kjærlighet til barnet i svangerskapet kan det bli mer sårt for kvinnen om barnevernet fratrar henne barnet etter fødselen. Som sykepleier vil det være viktig og snakke med kvinnen om akkurat dette. Av egne erfaringer har vi sett at sykepleieren bør motivere kvinnene til å selv ta kontakt med barnevernet slik at de kommer inn i bildet så tidlig som mulig. På denne måten øver også kvinnen seg på det å ta ansvar for eget liv og helse. For noen av kvinnene vil det kanskje være skummelt å ta denne telefonen, og sykepleieren kan da for eksempel sitte ved kvinnen når hun ringer. Denne kontakten vil være veldig viktig med tanke på at det er en risiko der for omsorgssvikt. Samarbeid med barnevernet vil også være gunstig for kvinnen. Det kan hende kvinnen har dårlig erfaring med barnevernet fra tidligere, for eksempel i egen oppvekst (Bakstad & Welle-Strand, 2011).

Sykepleieren bør så tidlig som mulig i behandlingsforløpet foreta en bred kartlegging som for det meste omfatter opplysninger fra tidligere. Det kan være at det bør innhentes tidligere opplysninger fra andre institusjoner, fastlege eller andre steder det finnes informasjon. Den gravide kvinnen må selv samtykke til dette. Sykepleieren bør spørre kvinnen om hva som er årsaken til at hun bruker rusmidler, altså få et innblikk i kvinnens rushistorie. Da kan sykepleieren kartlegge hvilke tiltak og behandling kvinnen trenger under innleggelsen som kan hjelpe henne til å avstå fra rus både nå og senere i livet. Kvinnens helsetilstand bør kartlegges og hvilke medikamenter og rusmidler barnet kan ha vært utsatt for i graviditeten. Det kan hende kvinnen har erfaringer fra tidligere svangerskap, og dette kan jo være både

positive og negative erfaringer og ta med seg i denne graviditeten (Bakstad & Welle-Strand, 2011). I en forskningsartikkel blir det fortalt om ulike infeksjoner hos kvinner som bruker metadon og subutex. Her kommer det frem at veldig mange av deltagerne hadde forskjellige seksuelt overførbare sykdommer i tillegg til hepatitt b og c (Baxter, Coyle, Heil, Holbrook, Jones, Kaltenbach, Martin & Stine, 2012). Derfor kan det være et godt tiltak for kvinnen og få tatt blodprøver og eventuelt andre prøver for å få kartlagt om hun har noen av disse infeksjonene og om det er noe som må eller bør behandles. Legen bør derfor foreskrive og bestille blodprøver og eventuelt andre prøver.

Det er viktig at sykepleieren følger de overordnede regelverkene for det å utøve sykepleie. Yrkesetiske retningslinjer er en av de og de er i stor grad bygget på menneskerettighetene (NSF, 2011). Sykepleieren må behandle og være mot den gravide kvinnen i tiltro med slik de yrkesetiske retningslinjene er beskrevet (Brinchmann, 2012). Selv om kvinnen er innlagt på tvang er det på lik linje som alle andre pasienter viktig å følge disse etiske prinsippene. Av hva vi har erfart er det akkurat dette mange av de rusavhengige pasientene etterlyser – mer verdighet og respekt fra samfunnet generelt og av helsepersonell. Dette kom også frem i forskningsartikkelen til Anna Leppo (2012).

Bosituasjon og økonomi er to viktige punkt som vil ha mye og si spesielt etter barnet er født (Bakstad & Welle-Strand, 2011). Det kommer også frem i en forskningsartikkel vi har valgt at stabilitet er viktig og at noe av det som kan føre til stabilitet er å ha et bosted (Benoit et.al, 2014). Av egne erfaringer har vi opplevd at denne pasientgruppen kan føle det fortvilende og bo sammen med andre som inntar rusmidler. Det vil da kunne være vanskeligere og avstå fra rus. Dette handler om at kvinnen må få hjelp til å finne andre mestringsstrategier når det blir vanskelig enn å innta et eller flere rusmidler. En ukeplan for kvinnen under innleggelsen kan være gunstig for å ha en så normalisert hverdag som mulig. Dette skaper også forutsigbarhet for kvinnen under innleggelsen, og hun kan begynne å vende seg til det nye livet som mor. Av egen erfaring så er det noen som liker ukeplan mens andre ikke liker det. Noen synes at dette bare er et ork, og liker ikke å forholde seg til avtaler. Det har vi sett at kanskje henger sammen med at de er vandt til å leve uforutsigbare liv hvor rusen ofte kanskje ødelegger for avtaler de har eller at de ikke tørr å møte opp enkelte steder hvis de er ruspåvirket.

Vi har erfart at sykepleiere møter mange etiske dilemmaer i de fleste sammenhenger, også med denne pasientgruppen. Disse pasientene kan få LAR-behandling, og noen forsøker og

trappe ned dosen i løpet av svangerskapet mens andre står på den samme dosen hele svangerskapet. Virkningstiden til metadon er lang, og en dose om dagen vil være nok. Dosen må tilpasses til hver enkelt, og det er legen som har ansvar for dette (Fekjær, 2004). Metadon og subutex som er to LAR-medikamenter regnes som opiater og det kan føles vanskelig som sykepleier og skulle dele ut dette til den gravide kvinnen. Etter det vi har erfart er dette noe som kan føles svært vanskelig i starten for sykepleieren. Sykepleieren bør da reflektere med andre kollegaer rundt temaet slik at hun kan få snakket ut om hva som føles vanskelig og krevende i situasjonen (Brinchmann, 2012). På denne måten vil sykepleieren også kunne møte den gravide kvinnen på en bedre måte etter slike hendelser, ved at sykepleieren da har fått reflektert rundt temaet. Denne følelsen kan endre seg etter hvert og at sykepleieren begynner å tenke på hva som hadde vært alternativet hvis kvinnen ikke hadde vært innlagt under tvang i institusjonen, men kanskje ruset seg hjemme på heroin og andre stoffer. Det kan som sykepleier være hensiktsmessig å snakke med den gravide om nettopp dette. Den gravide forstår kanskje ikke viktigheten av innleggelsen i begynnelsen, men at dette kan være en tanke som kan endre seg. Sykepleieren kan hjelpe kvinnen med dette endringsarbeidet, og mye av det arbeidet vil handle om rusfrihet og å forberede kvinnen på det nye livet som mor. I den ene forskningsartikkelen forteller kvinnene om at de blir bekymret for sløvhet og tomhet hvis de blir rusfrie (Leppo, 2012). Det vil da være naturlig at sykepleieren forsøker å hjelpe kvinnen til å ikke føle den tomheten og sløvheten.

Et annet etisk dilemma sykepleieren vil komme opp i er røyking. Av hva vi har erfart og sett røyker disse pasientene ofte vanlige sigaretter og dette er noe som godtas ved institusjonene. Røykingen blant kvinnene blir nedprioritert fordi rusfriheten blir sett på som viktigere enn å ikke røyke. Det kan føles som et stort etisk dilemma og stå å se på og godta at kvinnen røyker.

Urinprøver er et viktig ledd i behandlingen og ses på som den beste og kanskje sikreste måten og oppdage inntak. Hvor hyppig urinprøver skal tas vurderes ut i fra den enkelte (Bakstad & Welle-Strand, 2011). I følge helse og omsorgstjenesteloven §10-3 (2011) er det fylkesnemnda som må bestemme om det skal tas urinprøver av den gravide kvinnen. Vi har selv sett at det kan være vanlig for en gravid kvinne som er innlagt på tvang i institusjon og ta tre urinprøver i uken og at de ikke vet hvilken dag de skal ta prøven. Selv har vi opplevd i praksis at urinprøver blir brukt for å kartlegge om pasientene inntar rusmidler, og for å eventuelt dokumentere rusfrihet. Dette kan påvirke kvinnen både positivt og negativt.

Kvinnen kan få en mestringsfølelse ved å bevise at hun har klart å være rusfri siden forrige urinprøve. Samtidig kan det oppleves negativt for kvinnen ved at hun kan føle seg mistenkeliggjort og at helsepersonell tror at hun har inntatt noe. Pasienter som er inkludert i LAR er vant til å måtte ta urinprøver jevnlig og de fleste kan føle at dette er betryggende. Hvis det kommer frem at en gravid kvinne har brukt rusmidler, bør dette tas med henne med en gang (Bakstad & Welle-Strand, 2011). Vi har sett at det da vil være hensiktsmessig og spørre kvinnen om hva som gjorde at hun inntok rusmiddelet og om det er noe helsepersonellet ved institusjonen kan gjøre annerledes for henne.

Den gravide kvinnen bør forberedes mentalt på det nye livet som starter etter barnet blir født og bør på best mulig måte bli klar for dette. Av erfaring er det viktig at kvinnene får mulighet til å kunne kontakte barnevernet allerede under svangerskapet for å ha en dialog med dem. Kvinnen bør få informasjon om at det vil følges nøye med på om hun og barnefaren er i stand til å ta vare på et barn. Dette gjøres der den gravide kvinnen er innlagt i svangerskapet, og gjøres også selvfølgelig etter barnet er født på fødselsavdelingen. Hvis noen er bekymret for om barnet kan bli ivaretatt eller ei, kontaktes barnevernet og kvinnen og familien skal få informasjon om hvilke tiltak som er gjort. Kvinnen bør få informasjon, råd og veiledning om hvordan hun best kan gi omsorg til barnet og gi barnet det den trenger (Bakstad & Welle-Strand, 2011, 89). Av erfaring er det veldig hensiktsmessig at denne veiledningen også skjer i svangerskapet, for å få kvinnen til å starte en tankeprosess om hva det nye livet vil bringe. Denne veiledningen heter ofte mor-barn samtaler eller veiledning, og foregår både individuelt og som gruppesamtale.

Rusavhengige gravide kvinner har en høyere risiko for å føde for tidlig, og ved en for tidlig fødsel kan forskjellige komplikasjoner oppstå hos både mor og barn (Lundeberg et al., 2014). En av forskningsartiklene bekrefter dette, at kvinner som bruker metadon eller buprenorfin føder før termin (Baxter et al., 2012). Av erfaring har vi opplevd at kvinnene selv får velge sted de skal føde, men at det er et krav at det skal være barneintensiv avdeling på sykehuset de velger. Dette for å best mulig kunne ta imot barna som både kan bli født helt friske, men som også vil trenge tett oppfølging de første ukene, kanskje de første månedene av levetiden.

Kvinner som er inkludert i LAR, har ofte en ansvarsgruppe rundt seg og denne gruppen kan bestå av fastlege, NAV og kvinnen selv. Ansvarsgruppene blir ofte tverrfaglige da personer fra forskjellige instanser og yrkesgrupper er med. Når kvinnen går gravid vil det kanskje

komme til flere personer i ansvarsgruppen, for eksempel helsesøster og jordmor. Det bør være en koordinator i gruppen som sørger for kontinuitet og best mulig samarbeid. Det kan også være nyttig å tenke frem i tid, på barsel og nyfødtp periode og hvem i gruppen som tar ansvar da (Bakstad & Welle-Strand, 2011). Den kan også bestå av flere personer, men av egne erfaringer har vi sett at ofte kan de bestemme litt selv hvem og hvor mange som skal være med. Vi har også opplevd at en ansvarsgruppe kan bli for stor, og at det kan være mest gunstig at den består av færrest mulig personer. Blir gruppen for stor er det viktig at koordinatoren har evne og mulighet til å ta tak i dette, slik at det ikke virker forvirrende for kvinnen hvem som faktisk sitter med ansvaret og hvem som kan kontaktes til enhver tid.

“Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP)” (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s.44). Denne planen skal sikre at det er samarbeid mellom helsetjenestene, at ansvaret er fordelt og at pasienten blir satt i fokus med tanke på brukermedvirkning (Hummelvoll, 2014, s.557). Det vil være hensiktsmessig for kvinnen å ha en individuell plan og det er også en rettighet som kvinnen har. Hvis det er slik at det ikke er ønskelig med en individuell plan fra kvinnens side, bør det lages en tiltaksplan og dette gjøres av helsetjenesten. Den individuelle planen er til for å kunne endres og revideres hele tiden for at den til en hver tid skal være best mulig (Bakstad & Welle-Strand, 2011). Selv har vi sett at denne planen kan være hensiktsmessig for denne pasientgruppen at de har en plan og gå etter. Det er viktig at planen er god og at den til enhver tid er oppdatert og blir gått igjennom av for eksempel ansvarsgruppen.

8.0 Konklusjon

Innledningsvis reiste vi denne problemstillingen: “Hvordan ivaretar sykepleiere tvangsinnlagte gravide rusavhengige i institusjon?”. I drøftingen har vi belyst disse sidene ved problemstillingen. For det første ser vi at kvinnene etterlyser det å bli møtt med enda mer verdighet og respekt og det betyr at vi som sykepleiere må tenke over og være klar over holdninger og atferd. For det andre ser vi at tvang kan være en gyldig mulighet for den gravide kvinnen til å få orden på livet og kanskje kunne oppnå et rusfritt liv fremover. For det tredje ser vi at denne pasientgruppen trenger tett oppfølging og et godt omsorgsteam både i hverdagen og i behandlingen.

Joyce Travelbee definerte sykepleie til å være en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999). Det betyr at sykepleierens mål og hensikt kan oppfylles ved at sykepleieren skaper et mellommenneskelig forhold til pasienten. For at sykepleieren og pasienten skal kunne opprette dette forholdet må begge partene ha evnen til å se forbi stereotypiene. Dette vil si at det ikke må se på hverandre som roller, men at de heller må se hverandre som personer (Kristoffersen et al., 2011).

Det er krevende å komme med en klar konklusjon i oppgaven om hvordan de gravide rusavhengige på best mulig måte kan bli ivaretatt når de er innlagt på tvang i institusjon. Det er et komplisert felt i rusomsorgen med mange etiske dilemmaer og ubesvarte spørsmål. Vi mener det er nødvendig med mer forskning omkring dette temaet, noe også våre litteratursøk avslørte. Men ut i fra den forskningen vi har tilgjengelig, ser vi at holdninger hos helsepersonellet er svært viktig.

Bibliografi

*Alwyn, T. & Varty, K. (2011). Women`s experiences of using heroin substitute medication in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 19(8), 507-514. Lokalisert på

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dfed434c-c014-48a4-bedc-d9fffd922414%40sessionmgr4001&vid=7&hid=4101>. Antall sider: 9

*Bakstad, B. & Welle-Strand, G. (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. (Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1876). Oslo: Helsedirektoratet.

Antall sider: 196

*Baxter, J. K., Coyle, M. G., Heil, S. H., Holbrook, A. M., Jones, H. E., Kaltenbach, K., Martin, P. R. & Stine, S. M. (2012). Infections and obstetric outcomes in opioid-dependent pregnant women maintained on methadone or buprenorphine. *Addiction*, 107(1), 83-90.

<http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1360-0443.2012.04042.x> . Antall sider: 8

*Benoit, C., MacKinnon, K., Marcellus, L., Phillips, R. & Stengel, C. (2014). Reenvisioning Success for Programs Supporting Pregnant Women With Problematic Substance Use. *Qual Health Res*, 4, 500-512. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732314551058> . Antall sider: 13

*Borgestadklinikken. (2013). *Tvangsinnleggelse kan bli et vendepunkt for gravide rusmisbrukere*. Lokalisert på: <http://borgestadklinikken.no/tvangsinnleggelse-kan-bli-et-vendepunkt-for-gravide-rusmisbrukere> . Antall sider: 1

*Borgestadklinikken. (2014). § 10.3 *Innleggelser (tvangsparagraf)*. Lokalisert på: <http://borgestadklinikken.no/behandling/gravide-rusavhengige/-103-innleggelsertvangsparagraf> . Antall sider: 1

*Bramness, J. G. & Andreassen, O. A. (2012). *Rus og avhengighet*. I Andreassen, O. A., Malt, U. F., Melle, I. & Årslund, D. (Red.). *Lærebok i psykiatri* (3.utg., s. 591-634). Oslo: Gyldendal Akademisk . Antall sider: 43

Brinchmann, B. S. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling – konfliktløsning – etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern. (2012). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Antall sider: 306

*Fekjær, H. O. (2004). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (1.utg., s.257-259). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 3

*Folkehelseinstituttet. (2015, 04.02). *Fakta om metadon*. Hentet 18.01.2016, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6425:1:0:0:::0:0 .

Antall sider: 1

*Folkehelseinstituttet. (2015, 04.02). *Fakta om heroin, morfin – opioider*. Hentet 21.01.2016, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6422:1:0:0:::0:0 .

Antall sider: 1

*Helse og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. §10-3. (2011)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aagaard, H. (2011). *Væske og ernæring*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (2.utg., s. 162-207). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kiteley, R. & Stogdon, C. (2013). *Litterature Reviews in Social Work*. Sage.

Kristoffersen, N. J. (2011). *Stress og mestring*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s. 134-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Leppo, A. (2012) "Subutex is safe": Perceptions of risk in using illicit drugs during pregnancy. *International Journal of Drug Policy*, 365-373.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.004> . Antall sider: 9

*Løvaas, E. K. (2011). *Rusmiddelbruk og AD/HD*. I Lossius, K. (Red.). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s.129). Oslo: Gyldendal Akademisk . Antall sider: 1

*Lundeberg, I. R., Mjåland, K. & Søvig, K. H. (2014). *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal Juridisk . Antall sider: 283

*Løgstrup, K. E. (2008). *K. E. Løgstrup (1905-1981)*. Lokalisert 22. februar 2016 på:
<http://www.kristendom.dk/troens-hovedpersoner/k.-e.-løgstrup-1905-1981> . Antall sider: 1

*Malt, U. (2009). Grounded theory. *Store norske leksikon*. Lokalisert 20. februar 2016,
https://snl.no/grounded_theory . Antall sider: 1

*Malt, U. (2015). Strukturert intervju. *Store norske leksikon*. Lokalisert 20. februar 2016,
https://snl.no/strukturert_intervju. Antall sider: 1

*Metadon. (2015). B. C. B. Jansen (Red.) *Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge* (57.utg., s. 1304-1309) Oslo: Felleskatalogen . Antall sider: 6

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg., s. 181-192) Oslo: Universitetsforlaget

*Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Lokalisert på:
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (lest 19.01.2016) . Antall sider: 11

*Norsk Helseinformatikk. (2015). *SSRI, SNRI*. Lokalisert 20. februar 2016, på:
<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/ssri-snri-3106.html> . Antall sider: 1

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2015-05-22-32. §3-1. (2015).

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2015-05-22-32. §3-2. (2015).

*Skirbekk, S. (2015). Institusjon. *Store norske leksikon*. Lokalisert 16. februar 2016,
<https://snl.no/institusjon> . Antall sider: 1

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Subutex. (2015). B. C. B. Jansen (Red.) *Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge* (57.utg., s. 2151-2153) Oslo: Felleskatalogen .
Antall sider: 3


*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Antall sider: 287

Antall sider selvvalgt litteratur: 1187

Vedlegg 1

Søkehistorikk fra PsycINFO på forskningsartikkelen: ”Reenvisioning success for programs supporting pregnant women with problematic substance use”.

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	exp Drug Rehabilitation/	27118	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	2	exp Pregnancy/	20147	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	3	1 and 2	248	Advanced	Display More >

Remove Selected | Save Selected | Combine selections with: And Or  RSS

Save Search History

Vedlegg 2

Søkehistorikk fra Cinahl på forskningsartikkelen: “Infections and obstetric outcomes in opioid-dependent pregnant women maintained on methadone or buprenorphine”.

elect / deselect all <input type="checkbox"/> Search with AND Search with OR Delete Searches Refresh S			
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S4	S1 AND S3	Search modes - Find all my search terms	View Results (68) View Details Edit
S3	(MH "Buprenorphine")	Search modes - Find all my search terms	View Results (2,494) View Details Edit
S2	"opioid replacement therapy"	Search modes - Find all my search terms	View Results (54) View Details Edit
S1	"pregnant women"	Search modes - Find all my search terms	View Results (19,854) View Details Edit

Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all <input type="checkbox"/> Search with AND Search with OR Delete Searches			
	Search ID#	Search Terms	
<input type="checkbox"/>	S4	S1 AND S3	
<input type="checkbox"/>	S3	(MH "Buprenorphine")	
<input type="checkbox"/>	S2	"opioid replacement therapy"	
<input type="checkbox"/>	S1	"pregnant women"	

Actions

[View Results \(68\)](#) [View Details](#) [Edit](#)

[View Results \(2,494\)](#) [View Details](#) [Edit](#)

[View Results \(54\)](#) [View Details](#) [Edit](#)

[View Results \(19,854\)](#) [View Details](#) [Edit](#)