

Avdeling for folkehelsefag

Vigdis Jensen

4RUFOR1

Rusavhengig og gravid – den store sjansen eller den store nedturen

Veileder: Jan Stensland Holte/ Anne Stine Mjelve Bakmann

7682 ord

Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

INNHOOLD	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN OG FORFORSTÅELSE	5
1.2 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLING.....	6
1.3 NASJONALE FØRINGER FOR BEHANDLING OG OMSORG FOR DEN GRAVIDE RUSAVHENGIGE.....	7
1.3.1 Lovgivningen.....	7
1.3.2 Nasjonale veileder og retningslinjer.....	8
1.4 TIDLIGERE FORSKNING PÅ TEMAET	8
2. METODE	10
2.1 HERMENEUTIKK	10
2.1.1 Forforståelsen.....	10
2.1.2 Den hermeneutiske spiral.....	11
2.2 LITTERATURSØKET	11
2.3 METODEKRITIKK.....	12
3. DET TEORETISKE FUNDAMENT	13
3.1 DEN SALUTOGENE MODELLEN.....	13
3.1.1 Opplevelse av sammenheng	13
3.1.2 Stressfaktorer og motstandsunderskudd	14
3.2 NORMALE PSYKOLOGISKE REAKSJONER I SVANGERSKAPET	15
3.3 AVHENGIGHET	16
4. DRØFTING	19
4.1 AVHENGIGHETEN OG OPPLEVELSEN AV SAMMENHENG - OAS	19
4.2 FRA RUSAVHENGIG TIL MAMMA.....	20

4.3	DEN GODE HJELPER	22
4.4	SAMARBEIDSKLIMA.....	24
5.	AVSLUTNING.....	27
	LITTERATURLISTE	28

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og forforståelse

Hvert år fødes rundt 60 000 barn i Norge (Folkehelseinstituttet, s.a.). Systematiske beregninger fra 2011 viser at mange barn bor i hjem hvor en eller begge foreldre sliter med psykiske vansker og/eller alkoholmisbruk. Så mange som 190 000 barn lever i hjem hvor alkoholmisbruket er mer eller mindre alvorlig (Torvik, og Rognmo, 2011 s.5). Det finnes ikke tilsvarende tall for andre rusmidler, men andre beregninger viser at 11% av de som er innlagt i *tverrfaglig spesialisert behandling* (TSB) har omsorg for mindreårige barn (KoRus- Sør, Borgestadklinikken, 2014, s.8). Det er med andre ord et ikke ubetydelig antall rusavhengige kvinner som gjennomgår et svangerskap årlig.

Med min bakgrunn som jordmor med erfaring både fra føde/barselavdeling, svangerskapsomsorg på helsestasjon og kommunal rustjeneste, faller det naturlig å ha en spesiell interesse for gravide rusavhengige. I mitt arbeid som ruskonsulent har jeg fulgt flere kvinner som venter barn. Noen av dem har vært henvist fra jordmor som har avdekket rusavhengigheten i forbindelse med svangerskapsomsorgen, og noen av dem har jeg hatt i min portefølje også før de ble gravide.

Det jeg ser og hører fra kvinnene er at det blir stilt mange krav og forventinger fra ulike hjelpeinstanser i løpet av svangerskapet. Ikke minst blir det stilt forventinger fra dem selv om at de skal klare oppgaven som mor, og at det nye barnet skal være det som redder dem ut av rusmisbruket.

Noen ganger sitter jeg med følelsen av at vi som skal være til hjelp og støtte drar i hver vår retning og pålegger kvinnen ulike tiltak som gjør at hverdagen nesten blir uoverkommelig for henne. Og da er spørsmålet, hva gjør dette med kvinnen og barnet både før og etter fødsel?

Hvor forstyrrende er det for den prosessen som foregår i svangerskapet, som vi vet er svært viktig for utviklingen til å bli mor? Virker alle hjelpetilbudene, eller kan det være at noen virker mot sin hensikt og fører med seg stress som er uheldig for kvinnen? Er det sånn at det er en spenning, det vil si om de ulike hjelpeinstansene har ulik forståelse, arbeidsmetode og forventning til egen rolle, mellom de ulike hjelpeinstansene, og på hvilken måte gir det forstyrrelser hos kvinnen? Kan en eventuell spenning mellom de ulike hjelpetiltakene

oppleves som et stort press som fører til lav mestringsfølelse og gi grobunn for tilbakefall til rus igjen? Dette er spørsmål som jeg gjerne vil utforske videre.

1.2 Avgrensning og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å finne ut om det er en slik spenning, og på hvilken måte denne spenningen kan virke forstyrrende på kvinnens tro på egen mestringssevne og utviklingen til å bli en god mor. Jeg knytter rusfrihet til det å kunne utvikle rollen som en god mor, og vil derfor fokusere på rusfrihet som målet med hjelpetiltakene knyttet til familien.

Gravide rusavhengige er et stort tema og jeg har behov for å snevre det inn. Selv om hensynet til barnet alltid skal komme først vil jeg her i denne oppgaven konsentrere meg om kvinnen i tiden fra svangerskapet oppdages og de første seks ukene etter fødsel; barseltiden. Min oppgave skal kun handle om mor. Fars rolle kan være tema for en egen oppgave, og jeg avgrensner denne oppgaven bort fra far.

Jeg berører og diskuterer heller ikke tilknytningsproblematikk mellom mor og det kommende barnet. Etisk sett vil alltid barnets behov være det som kommer først, men å støtte barnets mor på en slik måte at hun bedre mestrer sin omsorgsoppgave, vil komme barnet til gode. Derfor kan jeg forsvare at jeg ikke berører barnets behov i vesentlig grad. Likeså vil mors evne til mentalisering være avgjørende for hva slags mor hun blir, men min oppgave skal handle om hvordan vi som er profesjonelle best kan støtte henne for å øke tro på egen mestringssevne. Derfor blir ikke mentalisering omtalt som eget emne i teorigrunlaget. Relasjoner og kommunikasjon kunne vært utdypet, men siden oppgaven skal begrenses til 7000 ord blir relasjon og kommunikasjon omtalt veldig kortfattet.

I denne oppgaven er det uvesentlig om kvinnen er inkludert i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) eller ikke. Inkludering i LAR blir derfor hverken omtalt eller drøftet.

Med utgangspunkt i min forforståelse, undring og avgrensning blir problemstillingen:

«Hvordan kan hjelpeapparatet ivareta/støtte en gravid rusavhengig gjennom svangerskapet og barseltid for å styrke hennes tro på egen mestringssevne?»

1.3 Nasjonale føringer for behandling og omsorg for den gravide rusavhengige

I dette kapitlet vil jeg kort redegjøre for hvilke nasjonale føringer som finnes for ivaretagelse av den gravide rusavhengige. I tillegg til nasjonale føringer vil jeg også bruke min egen erfaring fra praksis for å gi konkrete eksempler på hvordan dette håndteres.

1.3.1 Lovgivningen

Helsepersonelloven gir helsepersonell uten hinder av taushetsplikten plikt til å gi opplysninger til den kommunal helse og omsorgstjeneste når det er mistanke om at en gravid kvinne ruser seg slik at det kan være til fare for det ufødte barnet (§32, 2017).

Helse og omsorgstjenestelovens (HOT) kapittel 10 handler om kommunes mulighet for å bruke tvang ovenfor rusavhengige. § 10-3 omhandler gravide rusavhengig, og sier 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.»
(2017, §10-3).

Som det fremgår av lovteksten i §10-3 i HOT, skal frivillige hjelpetiltak være forsøkt før tvang blir benyttet. Frivillig innleggelse er et av de tilbudene som vil bli presentert for kvinnen. Ved innleggelse etter §10-3 i HOT, 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.»* (2017, §10-3).

I min jobb vil frivillig hjelpetiltak gå ut på regelmessige urinprøver, regelmessige samtaler med rustjenesten og rutinemessig oppfølging fra jordmor, eventuelt frivillig innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I tillegg etableres det ansvarsgruppe hvor også fastlege, spesialisthelsetjenesten og eventuelt NAV deltar. Vi oppfordrer kvinnen til selv å melde fra til barnevernstjenesten og å inngå samarbeid med dem, samt inkludere dem i ansvarsgruppa. Melder ikke kvinnen fra, så gjør vi det.

1.3.2 Nasjonale veileder og retningslinjer

Få av eksisterende veiledere og retningslinjer omtaler gravide rusavhengige spesielt. Retningslinjer for svangerskapsomsorg har en liten bemerkning om at rusavhengige trenger oppfølging utover vanlig svangerskapsomsorg, et spesialisert tverrfaglig team (Helsedirektoratet, 2005, s.83).

Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) omhandler gravide rusavhengige som er inkludert i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. I forordet til retningslinjen står det at oppfølgingen som er skissert i liten grad er spesielt for kvinner i LAR. Anbefalingene kan derfor anses å gjelde alle gravide rusavhengige (Helsedirektoratet 2011, s.2).

Om koordinering av tjenestene sier retningslinjen at oppfølgingen av kvinnene omfatter både første- og andrelinjetjeneste og at koordineringsbehovet er stort. Individuell plan og ansvarsgruppe er anbefalt. Prinsippet i oppfølgingen skal være en så normalisert oppfølging som mulig (Helsedirektoratet, 2011, s.31-32).

Også den nye tvangsveilederen kommenterer gravide kvinners behov. Her heter det at kommunene skal ha rutiner for samarbeid mellom den kommunale rustjenesten og fastlege, helsestasjon og barnevern for å ivareta det ufødte barnet og kvinnen. Retningslinjen presiserer at barnevernloven gjelder fra barnet er født, men kvinnen og barnevernstjenesten kan inngå frivillig avtale om samarbeid allerede i svangerskapet (Helsedirektoratet 2016, s. 20-21).

I den kommunen jeg jobber har vi utarbeidet gjensidig samarbeidsrutine med jordmortjenesten om oppfølging av gravide rusavhengige. Denne rutinen omhandler både melding fra den som oppdager graviteten og rutiner ved oppfølgingen, som for eksempel når helsesøster skal kobles inn.

1.4 Tidligere forskning på temaet

Mye av den forskningen som er gjort om gravide rusavhengige dreier seg om tilknytningen mellom mor og barn. En god del forskning omhandler tvangstiltak ovenfor gravide og mye handler også om utkommet for barnet etter fødsel når det har vært påvirket av rusmidler i svangerskapet. Mitt tema i denne oppgaven handler om støttetiltak under og etter svangerskapet og hva det har å si for kvinnens tro på egen mestringsevne.

I Cochrane finner jeg en oversiktsartikkel som inkluderer flere studier som sammenlikner hjemmebesøk før og etter fødsel hos rusavhengige kvinner med ikke hjemmebesøk hos en kontrollgruppe. Artikkelen omfatter ulike typer av hjemmebesøk med hensyn til hvilke profesjoner, hvor hyppig og hvor langvarig tiden med hjemmebesøk var. Studien konkluderer med at det er grunnlag for å anbefale rutinemessig hjemmebesøk hos rusavhengige kvinner før og etter fødsel (Turnbull & Osborn, 2012).

Higgins, Clough og Wallerstedt (1995) undersøkte selvtilliten hos gravide rusavhengige. 46 informanter svarte på spørsmål om selvtillit, og for de fleste var svaret lav selvtillit. Undersøkelsen konkluderte med at strategier for å styrke selvtilliten hos gravide rusavhengige burde utvikles.

En artikkel av Wiig, Haugland, Halså og Myhra (2014) presenterer en norsk studie om rusavhengige mødre som selv kommer fra hjem med rusmisbruk. Formålet var å se på hvordan erfaringen med selv å ha vokst opp med rusavhengige mødre påvirket deres egen rolle som mor. Studien viser at kvinnene som selv hadde erfaring med rusavhengige mødre opplevde mange store utfordringer med å bli mor selv. Kvinnene trengte hjelp til å bygge støttende nettverk og til å etablere et trygt og forutsigbart hjem for seg selv og barnet.

Forebyggende familieteam (FFT), som er et tiltaksnettverk opprettet rundt sårbare barn og familier, blir evaluert i en studie ved Høgskolen i Buskerud og presentert av Lindboe, Kufås og Karlsson i en artikkel fra 2013. Målsettingen med FFT er å styrke foreldreskapet og dermed barnets omsorgssituasjon. I artikkelen belyses samhandlingens betydning i møte med gravide med spesielle utfordringer.

Astri Vikans (2007) masterprosjekt omhandler kvinner som forteller om egne erfaringer i livet som heroinmisbruker, og senere erfarer livet uten bruk av rusmidler. Resultatene viser også opplevelser av maktbruk og krenkelser fra personer i hjelpeapparatet, og det er en sterk mistillit til barnevernet som resultat av en kamp for å beholde relasjonene til og ansvaret for egne barn. Dette skaper barrierer for et konstruktivt samarbeid. Undersøkelsen viser også at det er store forskjeller ut fra hvor du bor og hvem du møter.

2. METODE

Metode er beskrivelse av fremgangsmåten som blir benyttet i denne oppgaven. Retningslinjer for innsamling av data, analyse og tolkning kommer fra metoden som er valgt (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006. s.32-34).

2.1 Hermeneutikk

I denne oppgaven skal jeg tolke ulike tekster, analysere dem og sette dem i sammenheng med hverandre. Dette gjør jeg med støtte i hermeneutikken og den hermeneutiske spiral.

Hermeneutikk er både en vitenskapsfilosofi og en metode (Olsson & Sørensen, 2011, s.162, Brekke, 2006 s.119, Aadland, 2011, s.174). Som vitenskapsfilosofi kan vi forstå hermeneutikken i betydning av at menneskers motiver kommer til uttrykk i handlinger, språk og gester (Olsson & Sørensen, 2011, s. 162-163). Dialogen gjenspeiler disse uttrykkene og er grunnlaget for menneskets eksistens ifølge hermeneutisk filosofi (Aadland 2011, s.174). Denne oppgaven handler om tekst som fortolkes og drøftes, men teksten handler om mennesker og menneskers handlinger og dialog.

2.1.1 Forforståelsen

Forståelsen skjer gjennom tolkning av språket (Aadland, 2011, s.184), men teksten og tankene bak kan ikke ses på isolert ifølge Olsson & Sørensen (2011, s.162). Erfaringsbakgrunnen til den som leser teksten vil alltid påvirke tolkningen av teksten. Denne erfaringsbakgrunnen kalles forforståelse eller for-dom (Olsson og Sørensen 2011, s.163).

Aadland (2011, s.184-188) beskriver tre måter forforståelsen kommer til uttrykk gjennom. Hva slags språk vi har til rådighet preger vår forforståelse. Når vi leser en tekst er begrepsforståelsen avgjørende for hva vi legger i budskapet i teksten. Som profesjonell yrkesutøver i helse og omsorgsfag er det å forvente at jeg forstår ulike begrep som knyttes til mine fagområder obstetrikk og psykisk helse og rus. Min forståelse av begrep som er brukt i teksten jeg leser, farger min forståelse av verden omkring meg. Mitt profesjonelle ståsted kan også påvirke tolkningen av uttalelser fra brukere jeg har jobbet sammen med.

Den andre måten som danner bakgrunnen for min forforståelse er grunnleggende oppfatninger og trosforestillinger sier Aadland, mens den tredje måten er erfaringer som er gjort gjennom

hele livet (2011, s.184-188). Min forforståelse er preget av erfaring og kunnskap gjennom den utdannelse og praksis jeg har. Forforståelsen min kommer til uttrykk i innledningen til denne oppgaven.

2.1.2 Den hermeneutiske spiral

Den hermeneutiske spiral er metoden som er brukt for å tolke teksten. Der foregår det Aadland (2011, s. 189) kaller et samspill mellom forforståelse og erfaringstolkninger. Gjennom dette kan min forforståelse bli endret eller bekreftet. Dette danner en ny forforståelse som bakgrunn for videre tolkning.

Det heter seg at ved bruk av den hermeneutiske spiral for tekstfortolkning skal en se helheten i lys av delene og delene i lys av helheten (Aadland 2011, s.191, Olsson & Sørensen, 2011, s. 165). Dette forstår jeg slik at jeg bringer med meg min forforståelse. Så leser jeg forskningsartikler som berører mitt tema i denne oppgaven som en av delene. Da kan min forforståelse endre seg. Så ser jeg på de ulike elementene, det vil si mitt teoretiske fundament, og setter de i sammenheng med forskningsartiklene. Da endrer forståelsen seg igjen. Jeg går inn i deler med den forståelsen som utvikler seg etter hvert, og ser også etter hvert på delene som en helhet. Slik forstår jeg den hermeneutiske spiral.

Hadde jeg hatt en annen bakgrunn, kunne min tolkning ha sett annerledes ut. Både det at jeg har et flerfaglig profesjonelt ståsted og de erfaringer jeg sitter med, har påvirket min forforståelse og dermed min tolkning av teksten.

2.2 Litteratursøket

Et litteratursøk er å finne frem til forskningslitteratur som beskriver metoder og resultater fra enkeltstudier. For å finne frem til relevant litteratur må søket være systematisk, noe som innebærer at søket foregår planmessig og begrunnet og er dokumentert og etterprøvbart (Kirkehei & Ormstad, 2013, s.141-142).

Søket struktureres gjennom spørsmålstilling som settes inn i et pico-skjema for å finne en strukturert søkestrategi. P står for populasjon og vil i denne oppgaven være gravide rusavhengige. I står for intervensjon og er i denne oppgaven tverrfaglig samarbeid, koordinering og kommunale helse og sosialtjenester (Kirkehei & Ormstad, 2013, s.142).

Helsebiblioteket er brukt for å finne MeSH-termer som er standardiserte søkeord på engelsk (Helsebiblioteket, s.a.).

Søkeordene er kombinert ved bruk av boolske operatører, OR, AND og NOT. Det vil si at alle søkeord under de enkelte delene i picoskjemaet kombineres med OR. De resultatene som da kommer frem kombineres med søkeordet AND (Kirkehei & Ormstad, 2013, s.141-142).

Litteraturen som har kommet frem fra søket er vurdert som vitenskapelig ut fra beskrivelse av metode som er brukt i forskningen. Litteraturen er vurdert som relevant ut fra gjennomgang av abstraktet.

Databaser som har blitt brukt er Cochrane, SwMed+ og Medline, i tillegg til Google Scholar. Det har også blitt søkt i fagtidsskrifter.

Mesh-termer og søkeord som har vært brukt er: pregnant woman, pregnancy, substance abuser, interdisciplinary communication, community health services, child welfare

gravide rusavhengige, koordinering, tverrfaglig samarbeid, kommunal helse og omsorgstjeneste, helsetjenester for kvinner, barnevern

2.3 Metodekritikk

Litteratursøket er forsøkt gjort systematisk, men det har også forekommet et ustrukturert søk, blant annet i Google Scholar. Det er i hovedsak søkt i Swemed. Søkene i Cochrae og andre databaser kunne ha vært gjort mer utførlig. Det er et stort fagfelt og det kommer opp mange artikler under søket selv om søket har vært forsøkt avgrenset. Søket har derfor vært tidkrevende og det har vært nødvendig å begrense det.

Av faglitteraturen er det brukt til dels gammel litteratur. Brudal og Broèn er anerkjent innenfor sitt fagfelt, og det er derfor vurdert at litteratur fra dem fortsatt er gyldig. Artikkelen om selvtillit er fra 1995. Den er likevel tatt med fordi selvtillit vurderes til å være et sentralt begrep i troen på egen mestringsevne.

3. DET TEORETISKE FUNDAMENT

Dette kapitlet inneholder det teoretiske fundamentet som ligger til grunn for drøfting senere i oppgaven. Først presenteres den salutogene modellen som er den bærende teorien i oppgaven. Så gir jeg en kort redegjørelse for de normale psykologiske endringer som skjer under svangerskapet og som leder frem til foreldreskapet, og til slutt teori om avhengighetssyndromet.

3.1 Den salutogene modellen

Gjennom sin salutogene modell utviklet Aron Antonovsky (2012) et nytt syn på helse og sykdom. Han ser helse og sykdom som en del av livet. Vi er alle i en viss forstand friske og i en viss forstand syke, men dette forskyves i begge retninger hele tiden. Antonovsky kaller det et kontinuum mellom helse og uhelse. I dette perspektivet handler det om å finne ut hvor den enkelte personen befinner seg til enhver tid (Antonovsky, 2012, s.27).

Den salutogene modellen ser ikke etter risikofaktorer slik som patologi gjør, men etter helsebringende faktorer (Antonovsky, 2012, s.30). I et salutogent perspektiv vil vi ikke se på hvilke risikofaktorer som kan gjøre at en rusavhengig kan begynne å ruse seg igjen. I stedet vil det bli sett etter hvilke faktorer og ressurser som er tilstede for at hun ikke skal begynne å ruse seg igjen.

3.1.1 Opplevelse av sammenheng

Antonovsky samler helsebegrepet i betegnelsen «Opplevelse av sammenheng», forkortet til OAS. OAS er avgjørende for hvor på kontinuumet helse-uhelse en person befinner seg, og hvilken retning personen beveger seg i (2012, s.38). Den gravide rusavhengiges OAS vil altså være avgjørende for hvor hun befinner seg mellom helse og uhelse, og hvordan hun beveger seg mellom de to i løpet av svangerskapet og tiden etter fødsel.

OAS består av tre faktorer, og blir definert slik:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller,

og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.» (Antonovsky, 2012, s.41).

Den første komponenten i OAS, kalt begripelighet, kjennetegnes altså ved at stimuli er forståelig, sammenhengende og strukturert. Stimuli oppleves som forutsigbare eller kan plasseres i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012, s.39-40).

Den andre komponenten, håndterbarhet, kjennetegnes ved at personen opplever å ha tilstrekkelig ressurser til å kunne møte de kravene som stimuliet stiller. Resurser kan være iboende hos personen selv, eller kan være tilgjengelig ressurser hos andre (Antonovsky, 2012, s. 40).

Meningsfullhet, som den siste komponenten kalles, representerer OAS-begrepets motivasjonselement, sier Antonovsky. Meningen er knyttet til både en følelsesmessig og en kognitiv forstand (Antonovsky, 2012, s.39-41).

3.1.2 Stressfaktorer og motstandsunderskudd

Stressfaktorer og motstandsunderskudd er med på å skape eller styrke en persons OAS sier Antonovsky (2012, s.50).

Stressfaktorer kan defineres som «*krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på*» (Antonovsky, 2012, s. 50). Antonovsky hevder videre at stressfaktorer skaper en spenningstilstand, men kan også ses på som at de gir personen erfaringer med uforutsigbare hendelser, noe som vil styrke personens OAS (2012, s.50).

Stressfaktorer i et patogent perspektiv alltid vil fremme sykdom og uhelse. I et salutogent perspektiv derimot, er stressfaktorer ikke alltid noe som må bekjempes, men kan være helsebringende avhengig av hvordan stressfaktoren blir møtt (Antonovsky, 2012, s.32-36). Det er viktig i denne sammenhengen å påpeke at Antonovsky ikke mener at det er enten eller, men både og når det gjelder et patologisk og salutogent perspektiv (2012, s. 36).

Motstandsressurser sier Antonovsky videre, er skapt av hendelser som er preget av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom belastninger av ulike grader. Sammen med

stressfaktorer vil motstandsressurser skape eller styrke personens OAS. I motsatt fall, hvis det er snakk om motstandsunderskudd, vil det kunne svekke OAS (Antonovsky, 2012, s.50).

3.2 Normale psykologiske reaksjoner i svangerskapet

Svangerskap og fødsel er en av de største endringer som skjer i et menneskets liv. Jeg støtter meg i stor grad til Lisbeth Brudal (2000) og Margaretha Brodèn (2004) i min teoretiske fremstilling av den psykologiske prosessen det er å få sitt første barn.

Brudal (2000) trekker frem Eriksons teori om ulike utviklingskriser, som resulterer i en positiv eller negativ utvikling. Tiden rundt svangerskap og fødsel hører til den syvende alder og en heldig utvikling fører til generativitet, det vil si en følelse av å bry seg om fremtidige generasjoner. I motsatt fall er utviklingen stagnasjon (Brudal, 2000, s.13-14).

Brodèn (2004) kaller dette overgangsperioder med flere muligheter for forandring og utvikling enn andre perioder. Hun beskriver puberteten, det å bli foreldre og klimakteriet som de viktigste overgangsperioder i livet (Brodèn, 2004, s.19).

Brudal (2000) støtter seg også til Antonovsky og de tre komponentene i OAS. Å forstå alle følelser og tanker i perinatalperioden, å mestre og å finne meningen i det som skjer (Brudal, 2000, s.18.).

Videre beskriver Brudal (2000) flere forhold som blir berørt av svangerskap og fødsel. Følelsene blir involvert i bevegelsen fra en livsfase til en annen. Både hvordan vårt sosiale rollemønster endrer seg, og hvordan vårt forhold til våre egne opplevelser endrer seg (Brudal, 2000, s.19). Stern (2000, s.13-20.) og Brodèn (2004) beskriver flere slike endringer som endringen fra å være noens datter til å bli noens mor, å oppleve en større og endret interesse fra andre kvinner, å få et annet syn på partneren, å få en ny trekant bestående av barnet, seg selv og sin mor, og å kjenne på ansvaret for et annet menneske; barnet (s. 20). I denne oppgaven vil det være en betydelig endring i det å gå fra rusavhengig til å være mor. Både med hensyn til roller, identitet og ansvar (Brodèn, 2004 s.20).

Andre forhold som blir berørt er det kognitive som preges av følelser og persepsjonen som alltid blir påvirket av overganger i livsfaser. Noen sanser blir mer fremtredende enn andre, for eksempel blir hørselen skjerpet. Forholdet til kroppen endrer seg når kroppen endrer seg fysisk

etterhvert som barnet vokser i morens mage. Dessuten endrer bevissthetstilstanden seg, noe Brudal går mer inn på sammen med regresjon (Brudal, 2000, s. 20-23).

Regresjon er noe som oppstår når vi beveger oss fra en livsfase til en annen, sier Brudal (2000, s.24). Dette kan resultere i at en person beveger seg fra å opptre rasjonelt, velkontrollert og fleksibelt til å bli mer emosjonell, personlig og mer snever og uberegnelig. Brudal viser til undersøkelser og teorier som viser at det er normalt å gjennomgå en regressiv prosess i forbindelse med svangerskap og fødsel, og hun kaller det «*en regresjon i reproduksjonens tjeneste*». I hennes modell er det fire mulige utfall av denne regresjonen; i verste fall psykoser, så fødselsuro, en kan bli som før eller det som oftest skjer, utfallet blir en modning og vekst hos den enkelte (Brudal, 2000, s. 23-26).

Også bevissthetstilstanden endrer seg under svangerskapet og i tiden etter fødsel. Dette er normale variasjoner av bevisstheten vår som blir ekstra fremtredende (Brodèn, 2004, s. 63, Brudal, 2000, s. 27). Både Brodèn og Brudal henviser til Winnicot som beskriver en spesiell bevissthetstilstand som kalles «*Primary Maternal Preoccupation*», PMP. I denne tilstanden er kvinnen i en ekstrem følsom periode med svake psykologiske forsvarsmekanismer. Denne perioden varer til noen uker etter fødsel (Brodèn, 2004, s.64, Brodal, 2000, s. 30).

Schibbye (2012) mener den psykologiske endringen som skjer under svangerskapet gjør mor i stand til å identifisere seg med barnet for å gjøre det mulig for henne å vite hva barnet trenger. I følge Schibbey er den gravides forhold og erfaringen med egen mor viktig for hvordan hun selv utvikler seg til mor. Den gravides ønsker og fantasier om hvordan hun skal være som mor har sitt utspring i hvordan hennes mor var (Shibbey, 2012, s. 215-216).

3.3 Avhengighet

Å forklare rusavhengighet er ikke en enkel oppgave. Kari Lossius innleder sin bok med:

«Rusavhengighet er komplekse tilstander som involverer genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige forhold» (Lossius, 2012, s.23).

Avhengighet er noe som utvikler seg over tid. I følge Lossius skjer utviklingen i faser. I fase 1 tenker personen lite over om bruken av rusmidler er farlig eller skadelig. Det er det positive ved rusen som er i fokus. I fase 2 kommer det en ambivalens hos denne personen med spørsmål om inntaket av rusmidlene er bra eller ikke. Det kan foreligge tanker om å gjøre noe med

bruken av rusmidler, samtidig som fristelsen til å fortsette bruken er stor. Motivasjonen svinger fra det ene til det andre. Avhengigheten viser seg ved en strek lyst eller trang til å innta rusmidlet, samtidig som det er vanskelig å kontrollere inntaket og å stoppe inntaket (Lossius, 2012 s. 25-26).

I medisinsk forstand blir rusavhengighet definert når fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomen gjør at rusmiddelet får en mye høyere prioritet enn det som tidligere var av stor verdi for den aktuelle personen (Lossius, 2012, s.26.).

Rusmiddelet påvirker hjernens belønningssystem som har hatt sammenheng med overlevelse. Det kan forklare hvorfor det er vanskelig å venne seg av med rusmiddelet. Bruk av rusmidler fører til en utvikling av toleranse i hjernen ved at hjernen regulerer antall reseptorer opp eller ned for å beholde balanse i mengden mellom transmittersubstanser (som rusmiddelet påvirker) og reseptorer (Jellestad, 2012, s.75-76).

Når inntaket av rusmiddelet opphører, vil denne balansen bli forstyrret og kroppen reagerer med abstinenssymptomer. Abstinenssymptomer kan for eksempel være nedstemthet, kramper og diaré. Etter en tid vil hjernen ha justert antall reseptorer til å passe til det nye nivået av transmittersubstans, slik at abstinenssymptomene vil forsvinne. Tiden dette tar er avhengig av hva slags rusmiddel det er snakk om (Jellestad, 2012, s. 81-82).

Dette er den fysiologiske avhengigheten. Den psykologiske og sosiale avhengigheten er langt mer kompleks å forklare. Ved siden av den fysiologiske forståelsen beskriver Mørland og Waal (2016) også forståelse av avhengighet ut fra et psykososialt perspektiv. Til det psykososiale perspektivet hører det flere forklaringer (Mørland og Waal, 2016, s.25).

En vanlig forklaring er å se avhengigheten som et symptom på psykososiale vansker. Mørland og Waal (2016, s.49) hevder at de aller fleste undersøkelser om avhengighet viser at brukerne har en sterkt økt forekomst av barndomstraumer, omsorgssvikt, psykiske vansker og rusproblemer hos egne foreldre. Det kan være erfaringer med økt bruk av vold og overgrep, flyttinger og relasjonsbrudd. Dette kan igjen føre til skyldfølelse, skam, angst og nedstemthet. Rusmiddelet blir en måte å undertrykke disse vanskelige følelsene. Bruken av rusmidler blir en slags selvmedisinering for å løse følelsesmessige vanskeligheter (Mørland og Waal, 2016 s.49).

Videre kan avhengigheten ses på som en tillært atferd sier Mørland og Waal (2016, s.50) videre. Akkurat som annen adferd vil bli automatisert hvis vi får en form for belønning, vil rusbruken kunne bli automatisert fordi den i tidlig stadium av misbruket har gitt brukeren en behagelig opplevelse. Bruken av rusmiddelet blir til en viss grad gjort uten å ta bevisst standpunkt til å innta det. Inntaket er en naturlig handling, akkurat som det er en naturlig handling å drikke når en blir tørst (Mørland og Waal, 2016, s.51).

Avhengigheten kan også knyttes til identitetsutviklingen sett i lys av kognisjon og atferd. Det forklares med at avhengigheten har fått utvikle seg på grunn av utilstrekkelig eller begrenset kompetanse knyttet til atferd og informasjonssinnhenting. Det kognitive mønsteret hos den rusavhengige inneholder en type hjelpeløshet. Opplevelsen av mestring av rusmisbruket kan gi en økt selvfølelse som vil bekrefte bruken av rusmiddelet (Mørland og Waal, 2016, s.51-52).

Rusavhengigheten kan også være knyttet til sosialkonstruksjon. Bruken av rusmidler og rollen som rusavhengig blir påvirket av hva andre tenker. Hvordan den enkelte blir inkludert eller ikke inkludert i et ikke-rusmiljø kan føre brukeren inn i et miljø hvor brukeren får en rolle som han/hun føler seg akseptert i (Mørland og Waal, 2016, s.52-53).

Avslutningsvis må det pekes på at avhengighet er et sammensatt fenomen, og alle faktorer må sees under ett. Ved å stenge ute en eller flere faktorer utelates viktige aspekter som forklarer avhengigheten (Mørland og Waal, 2016, s.59).

4. DRØFTING

Denne oppgaven ser på hvordan gravide rusavhengige best kan ivaretas for å øke tro på egen mestringsevne. Til nå har jeg sett på ulik forskning og teori knyttet til problemstillingen, direkte eller indirekte.

I det følgende vil jeg drøfte det jeg har funnet opp mot problemstillingen. For å strukturere drøftingen har jeg valgt å dele den opp i fire emner.

4.1 Avhengigheten og opplevelsen av sammenheng - OAS

Behandling av avhengigheten vil medføre mange endringer for den enkelte. Den gravide rusavhengige skal gjøre disse endringene samtidig som hun går igjennom de normale endringene og psykologisk prosessene som et svangerskap medfører. Vi vet også at det er en sterk sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012, s.26). Den gravide kvinnen har med andre ord ikke bare dobbelt opp, men tre-dobbelt opp. En utfordring blir å integrere dette til en helhetlig endringsprosess, ikke fragmentert i flere sidestilte prosesser

Hvordan en person møter de utfordringer hun står ovenfor er avhengig av personens OAS, slik jeg tidligere har vist (Antonovsky, 2012, s.39-41). Samtidig har jeg vist at utviklingen av avhengigheten kan skje på flere måter (Mørland og Waal, 2016, s.25-53). Jeg tenker at de to kan stå i forhold til hverandre når den rusavhengige skal komme seg fra sitt avhengighetsproblem.

Hvis avhengigheten er et symptom på psykososiale vansker, utviklet fra blant annet barndomstraumer, kan det være lett å tenke at vedkommende har en lav OAS. Barndomstraumene, som et eksempel, utgjør stressfaktorer som det kan ha vært vanskelig å møte på en slik måte at de har styrket personens OAS. Sammen med et motstandsunderskudd, slik det tidligere er forklart, vil dette svekke personens OAS. Jeg mener at personens OAS er noe som vil komme til uttrykk når kvinnen blir gravid og skal mestre en rusfri tilværelse frem mot og etter fødsel.

På samme måte kan det stilles spørsmål om avhengigheten sett i lys av tillært adferd kan oppstå selv for en person med en sterk OAS og gode motstandsressurser. Hvis det er vanskeligere å komme ut av avhengigheten i det forrige eksempelet, kan det være grunn til å anta at det

motsatte er mulig i dette eksempelet. Hvordan kvinnen ser mening, opplever mulighet til mestring og forstår hva som skjer, er avgjørende for å komme videre frem mot en rusfri tilværelse med god omsorg for et barn. Jeg stiller derfor spørsmål om det er grunn til å anta at ved avhengighet som oppstår på grunn av tillært atferd, vil tilfriskningsprosessen være lettere for en person med en høy grad av OAS enn en med en lav grad av OAS.

Dette er selvfølgelig en stor forenkling av et sammensatt problem. Å behandle utløsende faktorer til rusavhengigheten er ikke det samme som å behandle hele rusavhengigheten. Underveis i rusmisbruket har det tilkommet biologiske endringer i nervesystemet og nye psykososiale utfordringer (Mørland og Waal, s.81). Etter min oppfatning handler det blant annet om identitet, nettverk, skam og skyld og psykiske lidelser.

Sett i forhold til min problemstilling, så vil den gravides OAS være en av faktorene som er avgjørende for hvordan hjelpeapparatet skal møte en gravid kvinne for å styrke hennes tro på egen mestringsevne sett i forhold til hennes avhengighet.

4.2 Fra rusavhengig til mamma

Rusavhengig – mamma, tilsynelatende to motsatser, to verdener og to identiteter. I løpet av i underkant av ni måneder skal den gravide rusavhengige, familien, hjelpeapparatet og samfunnet for øvrig også, gjøre et kvantesprang fra at kvinnen har en identitet som rusavhengig til å akseptere identiteten som mamma med alt det innebærer. Denne endringsfasen vekker sterke følelser hos kvinnen (Broden, 2004, s.24).

En rusavhengig lever ofte på siden av samfunnet, og samfunnet oppfatter på sin side den rusavhengige til å være nederst på rangstigen (Lossius, 2012, s.28). Min erfaring er at rusavhengige også oppfatter seg selv nederst på rangstigen. Dette i sterk motsetning til hvordan samfunnet oppfatter en gravid kvinne eller en kvinne med et spebarn. Det er noe vi gjerne vil bære fram og beskytte. Det må være en enorm utfordring for den gravide rusavhengige å forholde seg til disse to ytterpunktene og til å greie å gjennomføre den endringen som skal til for å identifisere seg selv som mamma og ikke som en rusavhengig. Fallhøyden er stor!

Identiteten henger nøye sammen med selvtillit slik jeg ser det. Studien fra 1995 viser at gravide rusavhengige i stor grad har lav selvtillit (Higgins, Clough & Wallerstedt, 1995). Gravide

rusavhengige har ofte en stor angst for å bli fratatt barnet (KoRus Sør, Borgestadklinikken, 2014, s.18). Dette ser jeg i sammenheng med lav selvtillit. Angst for å miste barnet, skam, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse mener jeg kan stå i veien for de normale psykologiske prosessene som skjer i svangerskapet.

Samtidig er svangerskapet en tid for endring og den gravide rusavhengige kan være lettere tilgjengelig for nødvendige endringer av livsstil (KoRus Sør, Borgestadklinikken, 2014, s.17). Derfor er tiltak som styrker selvtilliten og en anerkjennende holdning nødvendig fra alle parter rundt kvinnen.

Erfaringene som kvinnen sitter med er viktig i endringsprosessen. Hvordan hun har opplevd egen mor er av stor betydning. Moren blir hennes rollemodell (Schibbey, 2012, s.233). Hva slags oppvekstforhold kvinnen har hatt er derfor betydningsfull. På den ene siden kan jeg finne en kvinne med en lav grad av OAS hvor rusavhengigheten kan ha oppstått på grunn av barndomstraumer, og på den andre siden en kvinne med en sterk OAS som har en avhengighetsproblematikk knyttet til tillært adferd. Det er lett å tenke seg at kvinnen med sterk OAS har fått med seg noe i barndommen som gjør at hun lettere kan tilpasse seg de nødvendige endringene som skal til for å bli i stand til å ta seg av sitt barn.

OAS sine tre komponenter vil være viktig for den gravide rusavhengige. Begripelighet sier noe om at kvinnen kan forstå det som skjer. Spørsmålet om svangerskapet kan forklares og forstås er sentralt. Neste komponent blir mestring. Her er det viktig med støtte fra andre, egen familie eller hjelpeapparat. Og til slutt kommer meningskomponenten. Kan kvinnen se en mening med svangerskapet, med at nettopp hun skulle bli gravid? Som tidligere drøftet så kan graden av OAS ha sammenheng med grunnlaget for avhengigheten. Oppvekstvilkårene vil ha betydning både for utviklingen av avhengighet, for kvinnens OAS og for utviklingen frem mot å bli mamma.

Brudal (2000) ser også svangerskap og fødsel i et eksistensielt perspektiv når hun beskriver eksistensielle reaksjoner som angst og skyld. Om angst sier hun:

«Når vi møter de eksistensielle temaene i livet, enten gjennom ytre hendelser eller som følge av en indre prosess, oppstår det en eksistensiell angst. Denne angsten betraktes som en normal reaksjon som kan føre til vekst, og som kan tvinge oss til å ta valg eller ta stilling til egne verdier. Dersom vi unnviker denne eksistensielle angsten, kan resultatet bli psykisk ubalanse og forvirring.» (Brudal, 2000, s. 34).

Den gravide rusavhengige blir under svangerskap og i tiden etter fødsel nærmest tvunget til å ta et eksistensielt valg basert på sine verdier som finnes i hennes eksistensielle dimensjoner, slik jeg leser dette. Det kan føre til vekst hos kvinnen. Hvis hun prøver å unngå dette vil det kunne føre til større ubalanse og forvirring og kan kanskje forklare økende rusmisbruk.

4.3 Den gode hjelper

Menneskesynet former hvordan vi vil være som hjelper (Aadland, 2011, s.97). Hvordan jeg ser på den som trenger hjelp og hvordan jeg ser på meg selv som hjelper vil prege den hjelpen jeg gir. Tom Andersen (1999) sier om veiledning at den som trenger hjelp og den som skal gi hjelp inngår i et samarbeid. Et samarbeid forutsetter at hjelperen ser på den som trenger hjelp og seg selv som likeverdige, og at det er den som trenger hjelp som best vet hva han trenger hjelp til og når han trenger denne hjelpen (Andersen, 1999, s.156-157). Jeg mener at dette også gjelder for samarbeidet med en rusavhengig.

Vil det da si at jeg som hjelper alltid kan stole på at den gravide kvinnen vet hva som er best for seg og det ventende barnet? Frivillige tiltak skal forsøkes så langt det lar seg gjøre heter det (2017, §10-3). Men hvis kvinnen ikke vil være med på et frivillig tiltak som for eksempel å levere urinprøver, så kommer mistanken om fortsatt rusbruk. Det må da vurderes om denne mistanken er så sterk at tvang skal benyttes. Hva slags samarbeid har vi da? Fremstår jeg som en hjelper som har tro på at kvinnen alltid vil seg selv og sitt barns beste? Kontrollfunksjonen er beskrevet som en av utfordringene knyttet til samarbeidet med gravide med rusproblematikk (KoRus-Sør, Borgestadklinikken, 2014, s.36), noe som er gjenkjennbart fra mitt arbeid.

Min erfaring er at rusavhengige kvinner som blir gravide har de samme ønsker og forhåpninger som andre gravide. I tillegg finnes en ambivalens mellom behovet for å beskytte det ufødte barnet og suget etter rus (Søderstrøm, 2011, s.197 – 217). Som hjelper er det to hensyn å ta; hensynet til barnet og hensynet til mor, hvor hensynet til barnet alltid skal veies tyngst. Det blir en avveining mellom morens autonomi og ivaretagelsen av barnet. På den ene siden skal den gravide selv definere hvilken hjelp hun trenger slik Andersen (1999) sier, mens på den andre siden må hjelperen gripe inn med tvang når ivaretagelsen av barnet tilsier det.

Viken (2007) skriver i sin masteroppgave: «*Selv om det er mange gode eksempler, domineres historiene av krenkelser og maktmisbruk av hjelperne innenfor sosial- og helsevesenet.*» (s.37). Noe som må ses på å være det motsatte av en god hjelper. Jeg tror at ingen av oss som

går inn i en hjelperrolle, har et ønske om å krenke eller utøve utilbørlig makt over andre. Det er grunn til å spørre hvorfor det da er slik at de som blir utsatt for oss ofte opplever det som nettopp krenkelser og maktmisbruk?

PMP er en del av den naturlige utvikling frem mot det å identifisere barnets behov og seg selv som mamma (Schibbey, 2012, s.215). Jeg har møtt mange gravide kvinner, og blir ofte slått av den spesielle atmosfære rundt dem. Denne litt drømmeaktige fremtoningen som er helt naturlig og veldig viktig for tilknytning, kan være lett å forveksle med en type apati eller virkelighetsflukt som skyldes rustanker.

Om denne psykologiske omorganiseringen som skjer fem mot å bli mor sier Schibbey (2012):

«I min språkdrakt opplever hun et driv til å gi denne omsorgen, som forøvrig også er avgjørende for hennes følelse av selvaktelse som mor. For moren blir barnets vekst og trivsel avgjørende, ikke bare på grunn av et driv mot at barnet skal vokse opp, men også for hennes selvaktelse» (Schibbey, 2012, s.215)

Den gode hjelper må ha flere forhold i tankene i støtten som gis til den gravide rusavhengige. De naturlige endringer som skjer og hvordan disse blir møtt og hvilken støtte den gravide har fra familie og nettverk. Men også hvordan rusen har påvirket og påvirker kvinnen i prosessen frem mot å bli mamma. Derfor må hjelperen også kunne se hvordan hun utvikler seg, og støtte henne i denne utviklingen av foreldrekompetanse i løpet av svangerskapet (KoRus Sør, Borgestadklinikken, 2014, s.7).

Ved siden av samarbeidet er Andersen opptatt av at hjelperen ikke skal legge nye ord eller nye metaforer i munnen på den andre (Andersen, 1999, s.156-157). I Vikens masteroppgave kommer det motsatte til uttrykk. Å bli klient innebærer i stor grad å gå fra å være et subjekt til å bli et objekt som blir gjenstand for «...diagnostiske, terapeutiske, hjelpende, støttende, frigjørende eller undertrykkende handlinger.» (Viken, 2007, s.37). Samarbeidet er ofte ikke-eksisterende, og over tid opplever den enkelte at selvbildet reduseres fra et subjekt til et objekt. Denne prosessen svekkes eller strykes ettersom de profesjonelle utøver sin rolle på sier Viken videre (2014, s37). Jeg oppfatter at det er i denne prosessen opplevelsen av maktmisbruk og krenkelser oppstår.

Skjervheim (1996) beskriver en tre-leddet og en to-leddet kommunikasjon. Ved en treleddet kommunikasjon ser hjelperen på den hjelpetrengende og problemet hans som to forskjellige

ting. Det vil si at hjelperen ser at han og den hjelpetrengende har et problem som de sammen skal løse. Ved en to-leddet kommunikasjon ser ikke hjelperen den hjelpetrengende som et eget subjekt, men ser den sammen med problemet. Hjelperen forholder seg til den hjelpetrengende og problemet som et objekt (Skjervheim, 1996, s.71-72).

Også Tom Andersen (1999) og Martin Buber (1995) er inne på det samme. Buber kaller det «jeg-du-det» og «jeg-det» forhold. Mitt poeng med dette er at om jeg skal hjelpe et annet menneske med et problem, så må jeg gjøre det sammen med den andre, ikke se den andre som problemet.

Hensynet til barnet på den ene siden og virkningen av avhengigheten på den andre siden kan gjøre det nødvendig med en «konfrontasjon». Kvinnen har behov for støtte, ikke fordømmelse og moralisering (Søderstrøm, 2011, s.217). Med utgangspunkt i at kvinnen egentlig ønsker det beste for barnet sitt, er det mulig å fremføre en konfrontasjon på en ikke-krenkende måte. Derfor har jeg tro på, og erfaring med, at selv tvangsbruk kan bli gjort på en slik måte at det ikke oppleves som hverken krenkelse eller maktutøvelse.

Dette kan knyttes opp mot anerkjennelse. Anerkjennelse som noe mer enn belønning, beundring og så videre. Anerkjennelse slik Schibbey ser det:

«...innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske.» (Schibbey, 2012, s.258).

Jeg mener at den gode hjelper som er anerkjennende i denne betydningen, vil fremføre et budskap om en bekymring på en slik måte at kvinnen forstår at hjelperen ser hennes indre med de motstridende følelsene som finnes der.

4.4 Samarbeidsklima

Behovet for koordinering av tjenestetilbudet er stort når det gjelder gravide rusavhengige. Mange er involvert i oppfølgingen og ofte er den gravide redd for å avvise tilbud om hjelp etter min erfaring. Mange har et dårlig sosialt nettverk med liten støtte, og mange har også negative erfaringer fra hjelpeapparatet (Søderstrøm, 2011, s.209).

Det er ofte behov for mange aktører; helsestasjon, kommunal rus og psykiatritjeneste, NAV, barnevern, tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), føde/barsel avdeling og spe-og

småbarnsteam ved BUP. Utfordringen, sier nasjonale retningslinjer for gravide i LAR, kan være å få de ulike behandlingssystemene til å være bevisst egne og andres faglige ståsted og vise fleksibilitet og vilje til samarbeid (Helsedirektoratet, 2011, s.31-32). Retningslinjene oppgir tre ulike behov for koordinatore og ansvarsgrupper. Det er koordinator for kvinnen og hennes oppfølgingsbehov, en koordinator i spesialisthelsetjenesten og en koordinator for barnet.

Jeg har opplevd kvinner som har ringt til meg og spurt hvorfor de ikke har avtale denne uken. De er vant til å ha avtaler nesten hver dag med noen fra hjelpeapparatet! Hvordan skal en kvinne, gravid eller spedbarnsmor, ha mulighet til å følge opp avtaler nesten hver dag og i tillegg forholde seg til tre koordinatore, slik veilederen sier (Helsedirektoratet 2011, s.32)?

Det er mange å forholde seg til, og hvem som helst ville ha opplevd dette kaotisk! I iveren etter å hjelpe denne kvinnen kan vi kanskje heller «kvele» enn hjelpe kvinnen.

Når vedkommende i utgangspunktet sliter med avhengighetsproblematikk og psykiske utfordringer i tillegg til de endringer som foregår i og like etter svangerskapet, kan det stilles spørsmål om det kaoset snarere kan skape grunnlag for å mislykkes enn å lykkes med å opprettholde sin rusfrihet og å bli en god mor.

Skal vi gi en helhetlig hjelp må det være et tett samarbeid mellom de ulike instansene. Retningslinjene anbefale bruk av ansvarsgrupper og individuell plan (Helsedirektoratet, 2011, s.32). Min erfaring som koordinator er at samarbeidet fungerer ulikt fra sak til sak. Intensjonene hos de enkelte deltakerne i ansvarsgruppene kan være de beste, men når regelverket ikke gir rom for skjønn kan det oppstå situasjoner hvor faggruppene har ulike krav og forventinger. For eksempel kan NAV ha krav til utdanning på fulltid for å gi støtte, mens DPS, barnevern og BUP anbefale utdanning på halv tid.

På samme måte er min erfaring at de enkelte aktørene kan se sin rolle som den viktigste, slik at dennes deltagelse blir viktigere enn de andres. Cochrane-artikkelen konkluderer med å anbefale hjemmebesøk. Men hvis alle ser det som sitt ansvar, sin kompetanse, så er muligheten stor for at kvinnen vil oppleve at hjelpeapparatet nesten invaderer hennes private hjem. Ansvarsgruppene som i stor grad brukes til å oppsummere hvordan tiden har vært, bør heller brukes til å legge planer for hvem som skal gjøre hva i tiden frem mot neste ansvarsgruppemøte.

John Lundstøl utdyper begrepet «*passé*» (Lundstøl, 1999, s.52). Jeg støtter meg på han og det han sier om at *passé* er et sentralt ord i praktisk kunnskap. Han beskriver *passé* med «...er å ta stilling til, ta et standpunkt til eller bestemme seg for. Det å bruke dømmekraft vil si å finne ut hva som er *passé*, hver konkrete gang.» (Lundstøl, 1999, s.52).

Gravide med et rusavhengighetsproblem er ikke en ensartet gruppe. Det er derfor ikke mulig å finne hva som er *passé* slik at det passer for alle. Tvert imot, sier Lundstøl, det må det finnes ut av hver gang, der og da (Lundstøl 1999, s.53). Derfor er det nødvendig med et godt samarbeidsklima hvor de ulike aktørene er åpne for andres kompetanse i hvert enkelt tilfelle. Kanskje er det min kompetanse som er viktig en gang, kanskje er det en annens som er viktigst en annen gang. Og kanskje er det viktig med daglig oppfølging av en kvinne, mens det holder en gang hver fjortende dag for en annen.

Koordinator har en sentral og viktig rolle med å ha oversikt og se til at kvinnen får akkurat *passé* med hjelp. Samarbeidet må foregå både i og utenfor ansvarsgruppen. Forebyggende familieteam kan være en måte å organisere samhandlingen på.

5. AVSLUTNING

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan vi som profesjonelle kan støtte en gravid rusavhengig i det å styrke sin tro på egen mestringsevne. Oppgaven oppsummerer statlige føringer for omsorgen, viser til noe av forskningen på området og viser også sentrale teorier som er utgangspunkt for min drøfting.

I drøftingen har jeg fokusert på avhengighet sett i et salutogent perspektiv, jeg har drøftet ulike sider av det å gå fra å være rusavhengig til det å bli mamma. Videre har jeg sett på egenskaper ved den gode hjelper og hvordan samarbeidsklimaet er. Drøftingen er gjort for å komme frem til hvordan vi skal støtte den gravide rusavhengige.

Svangerskapet kan absolutt være den store muligheten for en gravid rusavhengig, men det kan også bli den store nedturen. Jeg har kommet til at hjelpenes holdninger, fleksibilitet og vilje til samhandling og samarbeid er avgjørende.

Oppgaven kunne ha utdypet flere forhold i drøftingen. Blant annet ville profesjonell relasjonskompetanse, utdyping av motstandsressurser, styrkning av OAS, «regresjonen i reproduksjonens tjeneste» og betydningen av nettverket vært nyttig å drøfte, men oppgavens størrelse tillot ikke dette.

Litteraturliste

Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...»: vitenskapsteori i helse og sosialfag. (.3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Andersen, T. (1999.) Et samarbeid – av noen kalt veiledning. I M.H. Rønnestad. *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aubert, A-M. & Bakke I.M. (2008) *Utvikling av relasjonskompetanse: Nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Brekke, M. (2006). *Å begripe teksten: om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.

Brodèn, M. (2004). *Graviditetens muligheter*. København: Akademisk forlag.

Brudal, L. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Buber, M. (1995) *Det mellanmänskliga* (2.utg.). Ludvika: Dualis Förlag AB

Folkehelseinstituttet, (s.a.), *Medisinsk fødselsregister og abortregister – statistikkbanker*. Hentet fra: <http://statistikk.fhi.no/mfr/>

Helsebiblioteket. (s.a.), *MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra <http://mesh.uia.no/>

Helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. (Nasjonale Faglige Retningslinjer IS-1179). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. (Nasjonale Faglige Retningslinjer IS-1876). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/454/Nasjonalt-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-utgave-som-trykkes-lar-IS-1876.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. (Nasjonale Faglige Retningslinjer IS- 1948). Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>

Helsedirektoratet. (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer - etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10*. (Veileder IS-2355).

Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-tvangstiltak-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer>

Higgins, P.G., Clough, D.H., & Wallerstedt, C. (1995) Self-esteem of Pregnant substance Abusers. *Maternal-Child Nursing Journal*. 23: 3, 75-80.

Identitet. (2016, 2. desember). I Store norske leksikon. Hentet 13. mai 2017 fra <https://snl.no/identitet>.

Jellestad, F.K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius, (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg. s.75 – 88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Johannessen A., P.A. Tufte, L. Kristoffersen (2006) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag as

Kirkehei, I. & Ormstad, S.S. (2013). Litteratursøk. *Norsk epidemiologi*, 2013, Årg. 23, nr. 2, pp.141-145 [Fagfelleverdert tidsskrift] Hentet fra:

<http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1635>

KoRus-Sør, Borgestadklinikken, (2014). *Hjelp til gravide og småbarnsfamilier med problematisk bruk av rusmidler-ressurshefte for kommunene*. Hentet fra: <http://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/83612-Ressurshefte-for-kommunene.pdf>

Lindboe, B., Kufås, E. & Karlsson, B. (2013). Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier-samhandlingens betydning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 10:4, 308-315.

Lossius, K.(2012). Om å ruse seg. I K. Lossius, (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg. s.23 – 39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lundstøl, J. (1999). *Kunnskapens hemmeligheter: Vitenskapsfilosofiske essay for praktiske fag og profesjoner*. Oslo: Cappelens Akademiske Forlag

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget

Olsson, H. & S. Sörensen. (2011). *Forskningsprosessen: Kvalitative och kvantitative perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Schibbey, A.L.L. (2012) *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Skjervheim, H. (1996) Deltakar og tilskodar I: *Deltakar og tilskodar og andre essays* (s. 71-88). Oslo: Achehoug & Co

Stern, D., & Bruscheiler, N. (2000). *En mor blir til* [A mother emerges]. Bergen: Fagbokforlaget

Torvik, F.A & Rognmo, C.(2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Folkehelseinstituttet rapport 2011:4) Oslo: Folkehelseinstituttet

Turnbull, C. & Osborn D. A. (2012). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (Issue 1). <http://dx.doi:10.1002/14651858.CD004456.pub3>.

LOV-2011-06-24-30. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Vikan, A. (2007). *Fra narkoman til nykter. Kvinner forteller om sine erfaringer*. (Masteroppgave, Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap) Hentet fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:730381/FULLTEXT01.pdf>

Wiig, E.L., Hugland, B.S.M, Halsa, A. & Myhra, S.M. (2014). Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child and Family Social Work*. 1-10. <http://dx.doi:10.1111/cfs.12190>