



Utfordringer i arbeid med gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Challenges while treating pregnant women in opiate maintenance treatment (OMT)

Gravide og bruken av LAR

En kvalitativ forskningsstudie



Skrevet av Marie A. Osvåg, Annica Christensen og Marita S. Hettervik

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i vernepleie

Kull: VP12

Antall ord: 14 129

Dato: 22. mai 2015

## Forord

Denne bacheloroppgaven i vernepleie er et tegn på at vi nå snart er ferdig med en treårig studie på Diakonhjemmet høgskole Rogaland. Disse tre årene har vært utrolig spennende, lærerike og interessante. Vi har fått med oss ny kompetanse som vi kommer til å få bruk for i arbeidslivet etter endt utdanning. Temaet vi har skrevet om i denne oppgaven har vært utfordrende å arbeide med, men samtidig har det vært spennende og kjekt. Vi håper at vi kan få bruk for den kompetansen vi har lært oss om gravide og legemiddelassistert rehabilitering senere. Vi har vært tre flittige og arbeidslystne jenter som har jobbet og samarbeidet godt sammen, men samtidig har det til tider vært utfordrende.

Vi ønsker å takke de tre informantene vi har vært så heldige å få intervjuet under arbeidet med denne oppgaven. Det har vært spennende å høre deres meninger om dette tema, og hvordan det er å arbeide med denne pasientgruppen. Vi setter utrolig stor pris på at de var villige og interessert i å bli intervjuet.

Vi har også lyst til å sende en stor takk til vår kjære veileder, Hanne Line Wærness. Hun har vært en stor hjelp i arbeidet med bacheloroppgaven. Hun har kommet med mange gode tips som vi er takknemlige for, i tillegg har vi hatt lærerike og nyttige veiledningstimer med henne. Igjen, tusen takk for god hjelp.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	1
1.3 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.4 Oppgavens disposisjon .....	2
1.5 Avgrensning og presisering .....	2
1.6 Begrepsavklaring .....	3
1.6.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....	3
1.6.2 Brukermedvirkning .....	3
1.6.3 Etikk .....	3
1.6.4 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS) .....	4
<b>2.0 METODE .....</b>	<b>5</b>
2.1 Metodevalg .....	5
2.2 Begrunnelse for valg av metode .....	5
2.3 Gjennomføring og innhenting av data .....	6
2.5 Transkribering og bearbeiding av data .....	7
2.4 Om informantene .....	7
2.4.1 Vår forforståelse .....	8
2.4.2 Feilkilde .....	8
<b>3.0 TIDLIGERE FORSKNING .....</b>	<b>9</b>
3.1 Kildekritikk .....	9
3.2 Søkehistorie .....	9
3.3 Forskningsartikler .....	10
<b>4.0 TEORETISK PLATTFORM .....</b>	<b>11</b>
4.1 Yrkesetiske retningslinjer .....	11
4.2 Brukermedvirkning .....	11
4.3 Etikk .....	12
4.4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....	13
4.4.1 Historikk .....	13
4.4.2 Situasjonen i Norge .....	14
4.2.4 Lovverk .....	15
4.3 Graviditet og rus .....	16
4.3.1 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS) .....	16
4.3.2 Metadon og buprenorfin .....	16
4.4 Makt .....	17
4.5 Miljøterapi som vernepleier .....	18

<b>5.0 KVALITATIV UNDERSØKELSE .....</b>	<b>20</b>
5.1 Tematisert presentasjon av funn .....	20
5.1.1 Fosteret .....	20
5.1.2 Retningslinjer .....	21
5.1.3 Brukermedvirkning .....	22
5.1.4 Lovverk .....	23
5.1.5 Etikk .....	24
5.1.6 Behandling på institusjon .....	25
5.1.7 Konflikter som kan oppstå mellom pasient og vernepleier .....	26
5.2 Drøfting av hovedfunn .....	27
5.2.1 Fosteret i fokus .....	27
5.2.2 Relasjon og trygghet mellom pasient og vernepleier .....	29
5.2.3 Yrkesetiske problemstillinger .....	31
5.2.4 Konflikter som kan oppstå mellom pasient og vernepleier .....	35
<b>6.0 KONKLUSJON/AVSLUTNING .....</b>	<b>38</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>44</b>
Vedlegg 1: Retningslinjer .....	44
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring .....	46

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Presentasjon av tema**

Hvert år blir det flere pasienter under legemiddelassistert rehabilitering. Tallene stiger også for gravide under denne type behandling. I årsskriftet 2011 til 2012 var det 6640 pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (Haga, 2012). I 2011 ble det i Norge født 300 barn av kvinner i legemiddelassistert rehabilitering som har brukt enten buprenorfin eller metadon. Ettersom disse tallene så slik ut i 2011, regnes det med at det årlig blir født mellom 30 og 60 barn av gravide som er i legemiddelassistert rehabilitering (Helsedirektoratet, 2011). I Helsedirektoratet (2012) har Welle-Strand og Seraf hatt en undersøkelse om hvor mange gravide som gikk i legemiddelassistert rehabilitering før graviditeten, og hvor mange som hadde oppstart i legemiddelassistert rehabilitering under graviditeten. Denne undersøkelsen kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

### **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*Hvilke utfordringer kan vernepleiere møte på i behandling av gravide LAR-pasienter på institusjon?*

### **1.3 Bakgrunn for valg av tema**

Etter snart tre år på vernepleierutdanningen har vi vært innom flere ulike felt under våre praksisperioder, blant annet innen rusomsorgen. En av oss studenter har tidligere vært i praksis på en institusjon hvor det var innlagt LAR-pasienter. Hun synes det var noe utfordrende å arbeide med LAR-pasienter på grunn av at det ble utgitt legemidler på behandlingsinstitusjonen. På denne arbeidsplassen var det mye snakk om gravide LAR-pasienter som tidligere hadde vært innlagt, og som det etterhvert skulle komme flere av. Mange ansatte syntes det var utfordrende å arbeide med gravide LAR-pasienter, fordi de måtte på en behandlingsinstitusjon utdele legemidler som kunne skade fosteret. Det oppsto flere diskusjoner på arbeidsplassen, og vi bestemte oss derfor for at gravide i LAR-behandling var et aktuelt tema å skrive om.

Når vi i gruppa diskuterte teamet, kom vi frem til at dette var en type behandling med mange etiske utfordringer. Dette fordi det blant annet ikke bare er kvinnen man må ha fokus på, men også et uskyldig foster. Etter å ha utforsket i ulike søkemotorer om valgt team, fant vi ut at det

var gjort lite forskning om denne type behandling. På grunn av lite forskning, kritikk i media i forhold til LAR-behandling og mange etiske dilemmaer, kom vi frem til at dette var noe som vi ville fordype oss innen for å heve kompetansen vår innenfor dette område. Vi bestemte oss derfor for å finne ut hvordan det er for en vernepleier og arbeide med gravide i LAR-behandling.

Etter diskusjoner om hva vi ville fokusere på i bacheloroppgaven, kom vi frem til en problemstilling. I prosessen har vi omformulert problemstillingen vår noe. Ettersom vi fikk innspill fra vår veileder angående avgrensning i forhold til problemstillingen, endret vi fra behandling, til behandling i institusjon.

#### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven baserer seg på en metodedel, teoridel, kvalitativ undersøkelse, drøfting av hovedfunn og til slutt en konklusjon.

Metodedelen omfatter en beskrivelse av hva metode er, begrunnelse for valg av metode, bakgrunn for valg av informanter, samt en kort innføring i valg av intervju spørsmål. Teoridelen omhandler yrkesetiske retningslinjer, brukermedvirkning og etikk. Samtidig fokuserer vi på historikken bak LAR, hvordan situasjonen er i Norge og lovverket. Graviditet og rus gjøres også rede for i teoridelen, og herunder står neonatalt abstinenssyndrom (NAS) og rusmidlene metadon og buprenorfin sentralt. Til slutt beskrives miljøterapi som vernepleier. Før drøftingsdelen starter, har vi valgt å ha en tematisert presentasjon av våre funn etter å ha intervjuet tre informanter. I drøftingsdelen vil vi drøfte de viktigste funnene fra intervjuene opp mot teorien. Her har vi et ønske om at leseren skal få en god og oversiktlig opplevelse og vi har derfor satt opp fire underoverskrifter. Avslutningsvis vil vi oppsummere oppgaven som en helhet.

#### **1.5 Avgrensning og presisering**

På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å utelukke viktig og relevant teori som kommunikasjon og nettverk. Vi mener at selvbestemmelse og brukermedvirkning går veldig mye ut på det samme, og vi valgte derfor også å utelukke teori om selvbestemmelse. Vi har heller valgt å fokusere på det som vi mener er mest relevant i forhold til vår problemstilling.

På denne måten kan vi konsentrere oss mer om brukermedvirkning og etikk, ettersom dette er noe som er svært sentralt i arbeidet med gravide i LAR-behandling. I tillegg har vi valgt å legge ved LAR-retningslinjene som vedlegg, grunnet oppgavens ordbegrensning.

Vi har valgt å kalle de tre personene vi har intervjuet for informanter, dette på grunn av å ha et faglig ordbruk i vår bacheloroppgave. På denne måten vil vi presentere dem for vår første, andre og tredje informant gjennom oppgaven. Vår første informant er vernepleieren, mens vår andre og tredje informant er sosionomer.

## **1.6 Begrepsavklaring**

### **1.6.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

Substitusjonsbehandling er et tilbud som gjelder de menneskene som er avhengige av opioider, som oftest er dette heroin. I hovedsak er ikke målet at pasienter innen dette behandlingstilbudet skal bli helt rusfri, men det at de kommer til et stadie hvor de føler seg «frisk». Det er på dette stadiet pasienten føler at de har en god effekt av LAR-behandlingen. LAR-medikamentene hjelper med å holde abstinenssymptomene borte ved å normalisere de biologiske forholdene i hjernen (Haga, 2012).

### **1.6.2 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning betyr at pasienten skal ha en aktiv rolle i sin egen behandling. For at pasienten skal få ha en aktiv rolle i egen behandling, er det viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om helsetilstanden sin. Helsepersonellet skal komme med behandlingsalternativer, gi råd og veiledning. På denne måten kan pasienten være med å bestemme over egen behandling (Helsedirektoratet, 2011)

### **1.6.3 Etikk**

Etikk er et begrep som skal skille mellom det som er rett og det som er galt. Kari Martinsen beskriver sin omsorgsfilosofiske tenkning på en forståelig måte hvor hun har et godt fokus på å vektlegge begrepet omsorg. I Martinsen (2003) kan man lese om Løgstrup's etiske fordring:

Den etiske fordring, skriver Løgstrup, - med sitt grunnlag i interdependensen - innebærer en utfordring om å ta vare på, ha omsorg for det av den annens liv en har

fått ansvar for (Martinsen, 2003:91).

På denne måten kan man tolke at Martinsen bygger sin tenkning på Løgstrup's etiske fordring.

#### **1.6.4 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS)**

Neonatalt abstinenssyndrom oppstår hos barnet etter fødsel når moren har vært i LAR-behandling under graviditeten. Organsystemer som blir rammet hos barnet er sentralnervesystemet, det autonome nervesystemet, mage-tarmkanalen og respirasjonssystemet. Noen symptomer som kan oppstå ved NAS er blant annet svette, oppkast, diaré, motorisk uro og «high-pitched» skriking (Helsedirektoratet, 2011).



## 2.0 METODE

### 2.1 Metodevalg

Dalland (2012) skriver at metode er et redskap. Når man vil undersøke noe, hjelper det oss å samle inn den dataen man trenger til undersøkelsen vår. Med data, menes informasjon.

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 formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012:112)

I følge Dalland (2012) har et intervju som hensikt å innhente kvalitativ kunnskap ved bruk av et vanlig språk. Kvalitativ metode vil si at intervjuet har som utgangspunkt å bringe inn ulike synsvinkler ut i fra den situasjonen som intervjuinformanten befinner seg i. Det som er styrken i et kvalitativt intervju, er nøyaktigheten av beskrivelsene og oppfattelsen av hva innholdet betyr. Det å stille utfyllende spørsmål er ofte viktig med tanke på at en vil ha utfyllende svar som dekker spørsmålet (ibid).

### 2.2 Begrunnelse for valg av metode

Vi har valgt å bruke kvalitativ metode hvor vi intervjuer tre personer om hvilke utfordringer de støtter på i møte med gravide i LAR-behandling.

Grunnen til hvorfor vi valgte kvalitativ metode i form av intervju var fordi vi ønsket personlige svar fra vernepleieren og de to sosionomene vi intervjuet. Dette for å kunne få et bedre perspektiv fra deres ståsted med tanke på kunnskap, opplevelser og erfaringer de har innenfor dette feltet.

Styrken i denne type intervju, er blant annet at man er til stedet, noe som gjør det enklere å avklare ting dersom det oppstår uklarhet. Informantene har også en mulighet til å fortelle fritt innenfor temaet dersom det er noe de vil tilføye. Om man ser behovet for å utdype noe ytterligere, kan man også komme med oppfølgingsspørsmål.

Før vi intervjuet informantene våre fikk de en samtykkeerklæring som de skrev under på

(vedlegg 2), dette for å ivareta taushetsplikten. I samtykkeerklæringen ber vi også om å få bruke et analogapparat. Informantene fikk informasjon om at opptaket ville bli slettet etter endt oppgave. Grunnen til at vi velger å bruke analogapparat er fordi intervjuet blir lagret, noe som gjør at vi kan høre det om igjen ved behov.

### 2.3 Gjennomføring og innhenting av data

Når vi skulle lage spørsmål til intervjuet, valgte vi å lage åpne spørsmål slik at vi skulle få mest mulig utfyllende svar. Intervjuet besto av 18 spørsmål og vi hadde både hovedpunkter og underpunkter for å få en oversiktlig struktur over intervjuet. Hovedpunktene vi endte opp med var; det ufødte barnet, retningslinjer, brukermedvirkning, lovverk, behandling på institusjon, konflikter og etikk.

Vi kontaktet informantene våre per telefon, der vi fortalte hvem vi var og hva vi skulle arbeide med i bacheloroppgaven vår. Dette gjorde vi med et ønske om at informantene skulle få innsikt i hva vi ville oppnå med problemstillingen vår, og at de på denne måten ville være en del av vår oppgaveløsning.

Vår første informant var informanten vi kontaktet først. Informanten arbeider som vernepleier på den rusinstitusjonen hvor en av oss var i praksis. Hun syntes at problemstillingen virket veldig interessant. Hun har nemlig arbeidet med gravide LAR-pasienter tidligere, og ønsket derfor å bidra i vår oppgave. Før intervjuet startet, fikk hun tilbud om å lese gjennom spørsmålene på forhånd med mulighet å forberede seg før vi startet. Dette takket hun nei til, ettersom hun ønsket at vi skulle starte intervjuet direkte. Etter endt intervju med henne anbefalte hun å kontakte Rus-teamet. Da vi pratet med Rus-teamet på telefon, henviste de oss videre til Fagteamet etter deres anbefalinger hvor vi fikk tak i vår andre og tredje informant.

Vår andre og tredje informant arbeider som nevnt i Fagteamet. Fagteamet arbeider med rus og tilrettelegging rundt dette. Vi kontaktet arbeidsplassen for å høre om noen var interessert i et intervju. Kvinnen vi snakket med sa seg villig til å bli intervjuet, men ønsket å ha en kollega med seg, ettersom hun gav inntrykk for at også hun hadde erfaring å bidra med i forhold til vår problemstilling. Hun ønsket å få tilsendt intervju spørsmålene via mail slik at de kunne diskutere og samkjøre seg, og på denne måten være forberedt til intervjuet.

Vi var alle tre til stedet under begge intervjuene. Først intervjuet vi vernepleieren, vår første informant. Deretter intervjuet vi sosionomene, vår andre og tredje informant. I forkant av intervjuene hadde vi planlagt hvordan vi ønsket å utføre intervjuet. Vi kom frem til at to av oss skulle stille spørsmålene og delte derfor hovedpunktene oss i mellom, mens den tredje skulle notere det som ble sagt under intervjuet. Før vi startet intervjuet, delte vi ut en samtykkeerklæring. Samtykkeerklæringen innehold informasjon om taushetsplikt, at vi ønsket å bruke analogapparat om det var greit, samt telefonnummer og email opplysninger til oss studenter og vår veilederen. På denne måten kunne informantene kontakte oss om de skulle skifte mening og ville bli slettet fra oppgaven. Heldigvis fikk vi lov til å bruke analogapparatet og samtlige har ønsket å ta del i oppgaven. Det ble sagt mye interessant under intervjuet, og analogapparatet var veldig behjelpelig da vi kunne spole frem og tilbake på apparatet når vi skulle transkribere og bearbeide svarene vi fikk. Intervjuene varte fra 45 min til 1 time, og vi har i etterkant sittet igjen med mye nyttig informasjon i forhold til vår problemstilling.

## **2.5 Transkribering og bearbeiding av data**

Transkribering vil i følge Dalland (2012) si å skrive ned intervjusvarene ord for ord. Dette var noe en av oss gjorde i løpet av intervjuene. Vi gjorde det på denne måten med tro på at det ville gjøre det lettere for oss under bearbeidelsen av intervjusvarene. Da kunne vi høre på analogapparatet samtidig som vi arbeidet ut i fra det vi fikk notert ned i løpet av intervjuene. Videre valgte vi å bearbeide intervjusvarene våre, slik at svarene fikk en mer skriftlig form. Når vi bearbeider svarene tar vi bort muntlige tilleggsord (Dalland, 2012). Vi bearbeidet intervjusvarene med varsomhet slik at setningenes innhold ikke ble endret. Vi har utelatt intervjusvar som ikke har vært relevant i forhold til vår oppgave.

Da vi hadde bearbeidet intervjusvarene, valgte vi å tematisere en presentasjon av våre funn etter inndeling av hovedpunktene i intervjuet. I drøftedelen valgte vi bort noen av disse punktene, slik at vi endte opp med fire hovedpunkter. Vi valgte å gjøre det på denne måten, fordi vi mener alle 7 punktene i tematiseringen går inn i hverandre i drøftedelen.

## **2.4 Om informantene**

For å ivareta taushetsplikten, har vi valgt å anonymisere informantene ved å kalle dem vår

første, andre og tredje informant.

Vår første informant ble utdannet vernepleier i 2008 og arbeider på en rusinstitusjon hvor det i utgangspunktet er frivillig innleggelse. Hun har tidligere vært primærkontakt for en gravid i LAR-behandling, hvor hun fulgte henne godt opp. Dette var veldig lærerikt for henne. Vi var så heldige å få intervjuet henne, da hun hadde mye å meddele av erfaringer og opplevelser som var relevant i forhold til vårt tema.

I vårt andre intervju var vi heldige å få to informanter som begge var sosionomer og har gjennom mange år arbeidet med gravide i LAR-behandling. De hadde mange like synspunkter som vår første informant om temaet gravide i LAR. Etter intervjuet var det ikke noe spesielt som kom frem som skilte disse to informantene i forhold til vår første informant. Som sosionomer på deres arbeidsplass, var fokuset deres rettet mot tilbud som kunne tilrettelegge pasientens behandling.

#### **2.4.1 Vår forforståelse**

Vår forforståelse er at det kan være vanskelig å jobbe med gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Dette på grunn av at man skal hjelpe den gravide kvinnen på en best mulig måte, samtidig som man skal sørge for at fosteret ikke blir utsatt for skade. Tanker som vi hadde før vi startet med oppgaven, var at det kan være utfordrende å gi disse typer medikamenter til en gravid kvinne som utsetter for NAS og medikamentell behandling etter fødsel.

#### **2.4.2 Feilkilde**

Det som kan være vanskelig med kvalitativ metode er kontrolleffekten. Dette betyr at det kan være problematisk for informanten å svare ærlig når personen sitter ansikt mot ansikt med den som skal intervjuet. At informanten ikke svarer ærlig kan være for å skjule uvitenhet, slik at informanten svarer på det hun/han tror intervjueren vil ha til svar, eller svarer for å gjøre et godt inntrykk. Det kan blant annet være lettere å svare ærlig på et avkryssningsskjema der man er anonym (Larsen, 2007).

## 3.0 TIDLIGERE FORSKNING

### 3.1 Kildekritikk

Dalland (2012) beskriver kildekritikk som en vurdering og karakterisering av kildene som benyttes, slik at man kan fastslå om en kilde er sann. Det er derfor viktig at vi stiller oss kritisk til litteraturen og forskningen vi har valgt å bruke, slik at vi best mulig kan besvare vår problemstilling.

Hvert år skjer det veldig mye innenfor forskning, og for å belyse vår problemstilling har vi derfor forsøkt å bruke fagbøker og artikler som ikke er eldre en 10 år. Likevel har vi brukt litteratur fra 1965, 1992, 1999 og 2003. Vi har valgt å bruke en artikkel fra 1965, «A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride». Denne artikkelen er primærkilde til Lossius (2012) sin beskrivelse av historikken rundt LAR. Barnevernloven ble vedtatt i 1992 og Helsepersonelloven ble vedtatt i 1999. Dette er lover som brukes den dag i dag og som vi ser på som relevant for oppgaven. I Kari Martinsens bok fra 2003 om fenomenologi og omsorg, står det mye om Løgstrup's etiske fordring som vi tolker at Martinsen har hentet sin omsorgsfilosofiske tenkning fra.

Vi har brukt databaser som vi er kjent med; CINAHL og PudMed. I tillegg har vi brukt Tidsskrift for norsk legeforening. Søkeordene vi har brukt er legemiddelassistert rehabilitering/opioid replacement therapy, gravid/pregnancy og kombinasjon av disse.

### 3.2 Søkehistorie

Vi startet det hele med å søke på databaser som PubMed og CINAHL. Både CINAHL og PubMed er internasjonale databaser og inneholder dermed referanser til engelskspråklig litteratur, og det må derfor søkes på engelsk. Etter en lang søkeprosess endte vi opp med å finne valgt artikkel i PudMed. Søkeordene vi først brukte var «opioid» og «pregnant». Dette gav oss ett treff på hele 1030 artikler. For å begrense søket kombinerte vi «opioid dependent» og «pregnant» og fikk da ett treff på 227 artikler. For å begrense søket ytterligere, merket vi av på «review» og «10 years», og klarte da å avgrense søket til kun 23 treff. Derifra brukte vi god tid til å finne en interessant og relevant artikkel, og endte til slutt opp med «Treatment of Opioid Dependent Pregnant Women: Clinical and Research Issues». Denne artikkelen syntes

vi var relevant med tanke på hvordan vernepleiere skal møte pasienten. Det å møte pasienten med respekt, og ikke med en klandret holdning, kan styrke pasientens håp om endring av livssituasjon, slik at de også kan få en følelse av trygghet.

Videre ville vi finne en artikkel som omhandlet konsekvenser for fosteret under LAR-behandling. For å finne en slik artikkel søkte vi på Tidsskrift for den Norske Legeforening hvor vi brukte søkeordet «legemiddelassistert rehabilitering» som gav oss 129 treff. For å minske søket, trykket vi inn på originale artikler som gav oss 15 treff. Etter å ha lest om de forskjellige artiklene endte vi til slutt opp med «Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna?» Dette fordi vi mente denne artikkelen kunne passe fint inn i vår problemstilling i forhold til annen litteratur.

### 3.3 Forskningsartikler

«*Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna?*» er en studie skrevet av Sandtorv, Reigstad, Bruarøy, Elgen og Lægreid. Studien inkluderer 15 barn av 10 mødre i LAR behandling som ble født ved Haukeland Universitetssykehus over en syvårsperiode. Studien viser at 8 av 15 barn ble eksponert for benzodiazepiner, heroin eller cannabis i tillegg til opiat. Samtlige barn hadde lavere fødselsvekt enn normalt, og hele 14 av 15 utviklet neonatal abstinens syndrom. Vi valgte denne artikkelen fordi den omhandlet sidemisbruk, noe som kan være etisk utfordrende når en skal bygge gode relasjoner.

«*Treatment of Opioid Dependent Pregnant Women: Clinical and Research Issues*» skrevet av Jones, Martin, Heil, Stine, Kaltenbach, Selby, Coyle, Grady, Arria og Fischer er en studie basert på tidligere forskning og klinisk erfaring av forfatterne av «*Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research (MOTHER)*». Studien tar for seg problemstillinger som klinikere står overfor ved behandling av gravide kvinner med opioidavhengighet. Jones m.fl. (2008) skriver blant annet at en gravid kvinne som viser interesse for å motta rusbehandling har tatt et modig skritt og at hun bør behandles deretter. Videre kan man lese at å klandre moren for tidligere oppførsel ikke vil tilrettelegge for positiv atferdsendring. For å unngå dette må man respektere moren for en modig beslutning.

## 4.0 TEORETISK PLATTFORM

### 4.1 Yrkesetiske retningslinjer

Som vernepleier har man yrkesetiske retningslinjer man må følge. Fellesorganisasjonen ble vedtatt 6. kongress i mars 2015. Dokumentet gjelder for vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og velferdsvitere (FO, 2015). Dokumentet tar for seg hvilke verdier vernepleiere og de andre yrkesutøverne bør ha fokus på i sitt arbeid. Målene innebærer blant annet at yrkesutøverne skal møte menneskers verdier og ønske om kontroll over eget liv med respekt, samt bidra til at pasienten får brukt sine ressurser. Ivaretagelse og fokus på levekår og livskvalitet hos hvert enkelt individ er sentralt i arbeidet. I tillegg forutsettes det både teoretisk og praksis kunnskap, evne til refleksjon og holdninger preget av ydmykhet, velvilje og respekt ovenfor brukerens verdier og livsvalg. Yrkesutøveren skal styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger, ved å skape dialog og tilrettelegging (ibid).

### 4.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har i de senere år fått mer innflytelse i helse- og sosialtjenesten. Dette betyr at pasienten har en mer aktiv rolle i sin egen behandling enn tidligere (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009). Noe som tilsier at det bør være en god relasjon mellom vernepleier og pasient (Dahl, 2012). Samarbeidet mellom pasient og vernepleier er viktig i egen endringsprosess. I et slikt samarbeid er det viktig at pasienten bruker vernepleieren som en ressurs for å få et best mulig resultat av sin egen behandling (Bøe og Thomassen, 2007). I følge Helsedirektoratet (2011) er det viktig at pasienten får informasjon om egen helsetilstand. Informasjonen bør være tilstrekkelig, slik at pasienten får innsikt i hvilke bivirkninger og risikoer som kan oppstå under behandling. Samtidig vil det være viktig fordi pasienten skal få velge mellom forsvarlig og tilgjengelig undersøkelse- og behandlingsmetoder. Dette vil med andre ord si at behandlingsmetoden skal tilpasses rett alder på pasient, erfaringer, språkbakgrunn og modenhet (ibid).

Som gravid i LAR-behandling er det legen som har beslutningsmakt når det gjelder medisiner og kontrolltiltak. Utlevering av medisiner skjer til avtalt tid og sted. Dette kan føre til utfordringer i forhold til brukermedvirkning. Som behandler i legemiddelassistert rehabilitering er det viktig at man diskuterer og reflekterer over kvinnen sin egen vurdering

over hennes behandlingssituasjon (Storm, 2009). Dette kan medføre at kvinnen føler seg som en del av sin egen behandling.

### 4.3 Etikk

Etikk er viktig innenfor helsearbeid. Man skal ivareta respekt for andre mennesker og menneskelige verdier. Dette ses på som etikkens formål. I følge humanistisk menneskesyn og yrkesetikk kan man i følge lovverket skrive seg ut fra blant annet behandling og sykehus når man selv vil (Grasaas, Sjørusen & Stordalen, 2009).

Det er også den verdibaserte refleksjonen mennesker gjør om sine holdninger, handlinger og atferd for å unngå at de verdiene de setter høyt, blir følsomt krenket, eller for å fremme realisering av disse verdiene. Med verdier forstås det i denne sammenheng kulturelle og åndelige tilstander og materielle gjenstander som er viktige eller helt umistelige for å leve et godt liv (Lingås, 2008)

Begrepet etikk handler om skillet mellom riktig og galt, mellom det vi ikke bør gjøre og det vi har plikt til å gjøre. Selv om dette er riktig, er ikke dette en dyp nok beskrivelse av ordet etikk. Dette fordi man har en tendens til å bruke ordene etikk og moral om hverandre, og i arbeidet med etiske spørsmål kreves det en mer presis definisjon. Mens moralen kommer til uttrykk gjennom det vi *gjør* og om noe er riktig eller galt, kommer etikk til uttrykk i det vi *tenker*. Etikk dreier seg om reglene og kjennetegnene vi bruker i de moralske vurderingene. Her fokuseres det på hvorfor noe er riktig eller galt, og om reglene kan begrunnes (Christoffersen, 2005).

Hva som er riktig og galt er ikke alltid tydelig, noe som kan være utfordrende når man står ovenfor et virkelig dilemma. Et virkelig dilemma kjennetegnes ved at gode hensyn trekker i hver sin retning, eller hvor vi ikke kan gjøre det som er riktig, uten å samtidig gjøre noe galt. Mens dette tilsvarer et dilemma, er fristelse noe annet. Man vet utmerket hva som er riktig og galt, men man er tilbøyelig til å gjøre det som er galt. Grunnen til dette kan være muligheten for å oppnå en fordel eller fortjeneste. Dette kalles et moralsk problem, men for å dekke over fristelsen, har vi lett for å fremstille den som et etisk dilemma. For å håndtere situasjoner med et etisk problem eller dilemma, kreves det moralsk integritet. (Christoffersen, 2005).



I følge Kari Martinsens omsorgsfilosofiske tenkning i Grasaas m.fl. (2009) legger hun stor vekt på omsorg. Hun vektlegger at denne tenkningen er å mestre en opprettholdelse av funksjonsnivået og prøve å utelate forverring. Som tidligere nevnt, tolker vi at hennes tenkning er knyttet opp mot Løgstrups teori. Målet til Martinsen er at man som pleier skal gjøre det beste ut av en situasjon, for personen det handler om, nemlig hennes «her-og-nå-situasjon» (Grasaas, m.fl., 2009). Hun beskriver omsorg som: «et grunnleggende fenomen ved menneskelig eksistens og samhandling mellom mennesker» (Grasaas, m.fl., 2009:52).

## 4.4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

### 4.4.1 Historikk

På 1960-tallet ble det introdusert av Vincent P. Dole og Marie Nyswander en behandlingsmodell for mennesker med opioidavhengighet. Denne modellen gikk under benevnelsen «Methadon Maintenance Treatment» (Dole & Nyswander, 1965 i Haga, 2012). For å gjøre pasienten abstinensfri under behandling, ble metadon erstattet av det illegale opioidstoffet. I de fleste europeiske land ble det ikke startet opp med substitusjonsbehandling før på 1980-tallet. Dette fordi det var kontroversielt. Substitusjonsbehandlingen ble startet opp med bakgrunn av HIV-epidemien (ibid). I følge Haga (2012) var det i 2005 over en halv million mennesker i behandling av metadon. Videre skriver hun at mennesker som får en tilstrekkelig dosering av substitusjonsmedikamentet, er lenger i behandling, noe som igjen viser at det blir mindre antall overdosetilfeller og mindre kriminell atferd (ibid).

I Norge har mennesker med rusavhengighet blitt sett på som en sosial lidelse (Haga, 2012). På grunn av HIV-epidemien ble det i 1991 opprettet et såkalt forsøksprosjekt for metadonstøttet behandling i Norge, samt HIV-Met, et prosjekt i Oslo for AIDS-syke mennesker. I 1994 ble MiO (Metadon i Oslo) prosjektet introdusert, noe som viste seg å ha gode resultater etter tett oppfølging med støttetiltak og behandling. I utgangspunktet ble dette prøveprosjektet i Oslo satt i sentrum på grunn av høye overdosetall og økende sykkelighet blant flere grupper med opioidavhengighet som ikke ville ta i mot den tradisjonelle behandlingen uten medikamentell behandling (ibid). Etter dette prosjektet ble det vedtatt på Stortinget et landsdekkende behandlingstilbud som skulle nå ut til mennesker med en stor grad med avhengighet og et høyt antall dødelighet. Siden 1999 har dette behandlingstilbudet vært allment tilgjengelig, og fra 1998 har behandling av opioidavhengighet vært et tilbud i

tverrfaglig spesialisert rusbehandling (ibid).

I 1997 ble det kalkulert med at det skulle være rundt seks til syv hundre mennesker som trengte dette tilbudet om behandling, men som senere viste seg å være for lite. I 2009 ble antallet økt opp til 5500 mennesker, mens i årsskiftet mellom 2011/2012 var det hele 6640 pasienter under LAR-behandling (Haga, 2012)

Som tidligere nevnt, var det Dole og Nyswander som hadde et gjennombrudd for behandling av pasienter med en opioidavhengighet tidlig i 1960 i New York. Senere ble det i flere land et tilbud til substitusjonsbehandling. Gjennom vitenskapelige studier i 1970-1990 årene ble metadonbehandling legitimert. Det viste seg at gravide som var i LAR-behandling ved bruk av metadon hadde en større sjans for at barnet ble født nærmere termin, og at de hadde en betraktelig bedre fødselsvekt enn de barna som hadde mødre som var heroinbrukere. Det ble også påvist senere at Pionerprogram som «Pregnant Addicts and Addicted Mothers» og «Family Centre» var hensiktsmessige, medisinsk forsvarlig og kostnadseffektive, slik at det gav en medikamentell og tverrfaglig psykososial behandling av gravide som var i substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet, 2011). I verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer anbefales metadon til gravide som skal starte i LAR-behandling (ibid).

#### 4.4.2 Situasjonen i Norge

I løpet av 2011 ble det i Norge født rundt 300 barn av mødre som har vært i behandling med medikamentene buprenorfin eller metadon. Welle-Strand og Seraf utførte en undersøkelse om kvinner som var i LAR-behandling under graviditeten. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 32 år, og 59 % av disse kvinnene hadde barn fra tidligere. Rundt 20 % startet ikke opp med LAR-behandling før under graviditeten, mens 77 % hadde vært i LAR-behandling i 19 måneder før de ble gravide (Helsedirektoratet, 2012). Sistnevnte er en veldig høy prosent. Det Welle-Strand og Seraf konkluderte med, er at det i Norge i dag er færre kvinner som starter opp med substitusjonsbehandling under graviditeten enn før. Det viser seg til at kvinner i liten grad misbruker rusmidler under graviditeten (ibid). I følge Welle-Strand og Seraf sin undersøkelse var det 75 % av kvinnene som hadde negative urinprøver. Gravide som er i LAR-behandling bruker vanligvis høye doser sammenlignet med andre LAR-pasienter. Det som er positivt, er at omtrent alle har en nedtrappingsplan under graviditeten. Ved oppstart av

LAR-behandling kan en kvinne bruke en metadondosering på 98 mg før graviditeten, mens rett før fødsel er dosen redusert til 93 mg. Flere kvinner som starter opp med substitusjonsbehandling har ofte psykiske og somatisk sykdom, dette gjelder også deres partnere. Samtidig er det mange LAR-pasienter som har veldig dårlig økonomisk status, samt et dårlig familie- og vennenettverk (ibid). Dette trenger som regel ikke å oppstå idet den rusavhengige starter med LAR-behandling, men det kan ofte ha startet fra barnevernoppfølging i barne- og skolealder. Mange kvinner har barn fra før av og det kan være vanskelig for moren å takke ja til tilbud om hjelp og oppfølging. Grunnet til dette kan være at barnevern har tatt over omsorgen for morens eldste barn (Helsedirektoratet, 2011).

#### 4.2.4 Lovverk

I følge helse og omsorgstjenesteloven (2011) § 10-3 om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige skal den gravide holdes tilbake på institusjon hvis det er fare for at barnet blir født med noen som helst form for skader. Samtidig vil fylkesnemnda at det skal være adgang til å kunne ta urinprøver under oppholdet på institusjonen. Fylkesnemndene er i følge Kjørstad og Syse (2012) velferdsorganer som ligger mellom de ordinære domstolene og de ordinære forvaltningsorganene. Videre står det at formålet er å prøve å unngå at barnet blir påført unødig skade, mens det samtidig skal tilrettelegges for en tilfredsstillende behandling på institusjonen av den gravide slik at hun skal kunne ta vare på sitt barn.

I Helsepersonelloven (1999) § 32. Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten står det at det skal det gis opplysninger i forhold til taushetsplikt etter § 21 om det er fare for å tro at den gravid inntar rusmidler som påfører skader på fosteret.

Formålet med LAR-forskriften (2009) § 1. er å tilby en effektiv behandling for pasienter som har en opioidavhengighet. Dette for å unngå at det skal oppstå overdreven bruk av sterke vanedannende legemidler, og for å forebygge skader som kan oppstå (LAR-forskriften). Samtidig er det viktig at denne type behandling skal gi en økt livskvalitet hos den enkelte. Dette innebærer en bedring av pasientens funksjons- og mestringsnivå, slik at faren for overdosetilfeller minsker. Det er viktig å ta forbehold om at substitusjonsbehandling ikke skal være det første behandlingsalternativet, som det står under § 4. vilkår for innskriving. Samtidig vil vi påpeke at lengden på avhengighetsperioden og alderen til pasienten skal

vurderes nøye før det tilbys en eventuell substitusjonsbehandling (ibid).

Barnevernsloven (1992) § 1-1 er relevant innen dette tema. Dette fordi at loven skal hjelpe til med sikkerhet når det kommer til barnet, noe som tilsier at deres utvikling og helse lever under trygge forhold. Her er trygge oppvekstvilkår og nødvendig omsorg ovenfor barnet sentralt (Barnevernloven).

## **4.3 Graviditet og rus**

### **4.3.1 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS)**

Neonatalt abstinenssyndrom (NAS) oppstår oftest i løpet de første 72 timene etter fødsel hos 60-80 % av nyfødte som har vært eksponert for opiat i fosterlivet. Syndromet omfatter flere organsystem, blant annet sentralnervesystemet, det autonome nervesystemet, mage-tarmkanalen og respirasjonssystemet. Symptomer fra sentralnervesystemet kan være økt spenning i muskulaturen, forsterkede reflekser og spiseproblemer. Det nyfødte barnet kan også få sår i huden grunnet hyperaktivitet med motorisk uro. Symptomer fra det autonome nervesystemet innebærer nysing, gjesping, tåreflod, svette og feber. Gulping, oppkast og diaré er symptomer fra mage-tarmkanalen. Symptomer fra respirasjonssystemet omhandler rask respirasjonsfrekvens og respiratorisk alkalose. I tillegg til alt dette, er ofte NAS barnet karakterisert med «high-pitched» skrik. Symptomene varierer fra barn til barn, men kan ubehandlet ha et alvorlig og eventuelt dødelig forløp (Helsedirektoratet, 2011).

### **4.3.2 Metadon og buprenorfin**

Det har vist seg at behandling med opioidholdige legemidler har redusert pasientens bruk av heroin. Det har også redusert dødelighet og bedret livskvaliteten til pasienten, noe som er formålet med denne behandlingen. Gravide som er i substitusjonsbehandling i Norge behandles enten med metadon eller buprenorfin (Helsedirektoratet, 2011). Både metadon og buprenorfin har lang halveringstid, og det er derfor disse medikamentene brukes i substitusjonsbehandling. Metadon er et legemiddel som blir løst opp i væske og drikkes, mens buprenorfin er en sugetablett som legges under tunga og blir tatt opp av slimhinnene i munnhulen (Lossius, 2012.) Når man bruker metadon og får riktig dose, forhindres opioidsuget/abstinens i minst 24 timer. Metadon er full agonist, noe som betyr at legemiddelet virker på alle opiatreseptorer i hjernen. Dette gjør at jo høyere dosen er, jo sterkere blir

effekten. Buprenorfin er partiell agonist, noe som betyr at virkningen ikke øker med økt dosering. Metadon kan dermed føre til lettere overdosering enn buprenorfin. Buprenorfin er lettere å slutte på enn metadon, dette fordi man ser at preparatet gir mindre sterke abstinensfenomener enn metadon (Helsedirektoratet, 2011).

En undersøkelse som ble avsluttet ved årsskiftet 2009/2010 viser til at nyfødte som ble eksponert for buprenorfin i svangerskapet trengte mindre dose morfin i NAS behandling. De ble også behandlet i færre døgn og hadde kortere liggetid på sykehus enn nyfødte som ble eksponert for metadon i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2011). I denne studien kom det frem at flere av mødre som fikk buprenorfin behandling droppet ut av behandlingen. Nyere forskning på fosteret i svangerskapet viser at foster som blir eksponert for metadon har noe lavere hjerterytme frekvens og beveger seg mindre i livmor rett etter inntak av metadon, enn foster som blir eksponert for buprenorfin. På grunn av få deltakere i studien, er det ikke blitt gjort en konklusjon om hvilket legemiddel som egner seg best for mor og barn (Helsedirektoratet, 2011).

#### 4.4 Makt

Innenfor helse- og sosialsektoren kommer makt og sosial kontroll frem på mange ulike områder. Blant annet innen arbeidsforholdene for de helse- og sosialfaglige profesjonene, i deres profesjonskamp, i tjenestenes funksjon i storsamfunnet og i forhold til pasientene. Vi har et medmenneskelig og spesielt etisk ansvar som helse- og sosialarbeider ovenfor pasienter som har den svakeste posisjonen i hjelpeapparatet, samt for svake grupper i samfunnet. Vi trenger derfor å forstå når og på hvilken måte vi skal ta i bruk sosial kontroll og makt. Dette er også noe som vi må forholde oss til i praksis, da det er viktig at vi utvikler gode etiske grenser for hvordan vi skal utøve makt (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009).

Makt er et relasjonelt begrep som uttrykker at noen forholder seg til andre og kan ha innflytelse på andres handlinger. Makt må ikke praktiseres for å være til stede i et forhold, men det at man har sjansen til å få igjennom sin vilje kan være en form for makt. Dersom en av partene har mulighet for å utøve makt, for eksempel i forhold til tvangsbehandling, vil dette påvirke selve styrkeforholdet mellom dem. Utøvelsen av makt skjer derfor ofte ved at den som utsettes for makt, som for eksempel pasienten, ikke får med seg hvilke ønsker og

reaksjoner som kan forekomme ut i fra makthaveren. Pasienten underordner seg så den som har makten, allerede før makthaveren har ytret noe direkte (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009).

Makt kan brukes til å tilfredsstille egne behov og ønsker dersom vi ser det fra et personlig perspektiv, med andre ord at man bruker makt *til* å gjøre noe. Makt i politikken verden kan benyttes for å samle mennesker, slik at fellesmål blir nådd gjennom kollektiv handling. Dette legger grunnlag for et fungerende samfunn, og denne type makt blir sett på som en positiv og nødvendig faktor. Makt kan dermed gi positive konsekvenser. Har man en mulighet for å dekke et behov, eller oppnå et ønsket mål, kan man ta i bruk makt, noe som fører til et positivt utfall. Ved å bruke makt kan man altså oppnå mye positivt, men maktbruk kan også i noen situasjoner få negative utfall. Maktmisbruk, undertrykkelse eller krenkelse av andre mennesker er ulike faktorer som gjenspeiler negativ bruk av makt. Når man er arbeider i helse- og sosialsektoren er det viktig å være kritisk til egne handlinger når det oppstår situasjoner som krever maktbruk. Makt skal tas i bruk som en positiv ressurs, og ansatte må ha en kritisk holdning til mulige situasjoner hvor makt kan tas i bruk som et element (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009).

Det er viktig å skille mellom tvang og makt, da disse ordene har helt forskjellig betydning. Det som skiller makt og tvang, er friheten. Makten forutsetter at pasienten har mulighet for å nekte eller gjøre opprør. Når vedkommende er i stand til å foreta mottrekk av ett eller annet slag, inntreer makten. Hvis pasienten er bevisstløs, er det ikke snakk om en maktrelasjon, men en tvangsrelasjon (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009).

#### **4.5 Miljøterapi som vernepleier**

Mennesker lever i samhandling med sine omgivelser gjennom hele livet. Der individet påvirker omgivelsene, og omgivelsene påvirker individet. På denne måten skaper miljø og individ hverandre, og en kan ikke forsøke å forstå det ene uten å samtidig ta hensyn til det andre. Miljøterapi er en form for behandling som omhandler all planlagt bruk av det som skjer mellom pasienten og miljøpersonalet hele døgnet (Henriksen, 2011).

Miljøet skapes av en vernepleiers handlinger, holdninger, følelser, tanker og ytringer. De ulike trekkene viser seg i samhandling med pasientene og opplevelsen av disse. Bygningens

beliggenhet og fysiske omgivelser er en vesentlig faktor. Miljøet skapes nettopp av bidrag fra vernepleiere og pasienter innenfor bygningsmessige, rommessige og fysiske rammer (Henriksen, 2011).

Pasienter som er i LAR-behandling av rusmiddelmissbruk skal følge institusjonens retningslinjer. Hensikten er at pasienten selv skal ta ansvar for egne handlinger, ta egne og frie valg og legge seg inn for å få hjelp med sitt rusproblem. Med tanke på at det som oftest er pasienten selv som vet best hvilken hjelp hun har behov for, skal vernepleier legge opp behandlingen i samarbeid med vedkommende (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009).

Et mål med miljøterapi er å gi pasienten nye erfaringer som skal hjelpe pasienten til å forholde seg annerledes til seg selv og andre. For å lykkes med dette, er gode holdninger en nøkkelfaktor. De ansatte må ha gode holdninger, som innebærer å avstå fra å dømme og ikke tro at problemene til pasienten er selvforskyldt. For at miljøterapien skal bli en god opplevelse for pasienten, må vernepleier akseptere personen som en verdig samarbeidspartner. For at miljøterapi skal fungere må vernepleier ha kontroll på ulike situasjoner som kan forekomme underveis. Det er vanlig at en rusmisbruker sprekker, og det er derfor viktig at behandlingsmiljøet har en klar strategi på hvordan en slik situasjon skal håndteres (Aarre, m.fl., 2009).

## 5.0 KVALITATIV UNDERSØKELSE

Her vil vi presentere funnene fra den kvalitative undersøkelsen vår. Disse har vi tematisert og delt opp i hovedpunkter. Vi ser her på ulikheter og likheter med tanke på svarene deres og for å finne ut om vi har fått svar på vår problemstilling «*Hvilke utfordringer kan vernepleiere møte på i behandling av gravide LAR-pasienter på institusjon?*»

### 5.1 Tematisert presentasjon av funn

#### 5.1.1 Fosteret

«Jeg tror dem blir preget, dessverre», svarer vår første informant på spørsmålet «i hvor stor grad tror du at LAR-behandling påvirker det ufødte barnet?» Hun forteller at hun selv skrev bacheloroppgave om skadene et barn kunne pådra seg når mor var rusmisbruker. Hun har derfor gjort seg tanker og erfaringer om i hvor stor grad barnet blir påvirket. Hun sier at hun tror dem blir preget av at mor går i LAR-behandling under svangerskapet. Hun har selv sett et nyfødt barn født av en kvinne som gikk i LAR-behandling der barnet var abstinent.

Informanten forteller videre at barn som blir født med abstinenser, også er veldig vare. Hun sier videre at alkohol er mer skadelig for fosteret enn andre rusmidler.

Den første informanten har vært i kontakt med et beredskapshjem som har tatt seg av barn like etter fødsel der mor har gått i LAR-behandling i svangerskapet. Informanten forteller at omsorgspersonen må ha mye kunnskap om NAS for å kunne hjelpe barnet på en best mulig måte. Dette fordi barnet krever mer enn hva et barn som ikke er blitt født av en mor i LAR-behandling.

I følge våre to siste informanter finnes det mye forskning rundt fosteret, og på hvor stor andel av disse som blir født med abstinenser. Med dette er det forsket på at omtrent 50 % av barna blir født med abstinenser, og rundt 50 % av barna har oppstart med medikamentell behandling. Samtidig blir de fleste født med lav fødselsvekt.

Vår første informant forteller at hennes erfaring er at barnevernet velger å vente med å fortelle mor at hun ikke får beholde barnet til etter fødselen. Hun mener dette er for å ikke stresse fosteret. Dette kan variere, men det er vanlig at mor får beskjed på sykehuset om hun ikke får



beholde barnet sitt. Det er også vanlig at personalet på institusjonen ikke vet hvilke avgjørelser barnevernet har tatt. Hun sier at det er veldig greit at de ikke vet noe. Det gjør det lettere å ha samtale med kvinnene når de snakker om barnet sitt. Videre forteller hun om en vanskelig situasjon der hun visste at en gravid kvinne kom til å bli fratatt barnet etter fødselen. Kvinnen visste ikke dette selv og satt og strikket klær til barnet og fortalte informanten vår om alle fremtidsplanene hennes. Informanten synes det var svært vanskelig å ha en samtale med denne kvinnen, siden hun visste at det kvinnen fortalte ikke kom til å skje.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) kapittel 10-3 står det at det skal tilrettelegges for hjelp med rusmiddelbruk, slik at moren kan være i stand til å ta vare på barnet. Mange arbeider ulikt når det kommer til dette, men vår første informant sier at et «mor og barn-senter» samarbeider godt med institusjonen hun arbeider ved. Institusjonen knytter også opp kvinnen med jordmor på sykehuset som hun kan prate med. Flere av mødrene forholder seg ikke til at det er et barn i magen; de røyker, drikker Coca-Cola og spiser usunn mat. Andre kvinner kan glede seg over barnet og tenker at dette blir en ny start. Det er også noen som ikke har noen form for tillitt til personalet, dette fordi de ikke tror personalet vil dem godt. Derfor er det viktig i følge vår første informant at de som arbeider på institusjonen hvor den gravide er innlagt, forbereder henne på å bli mor og hjelper til med planlegging og oppfølging. Det vil også være viktig å informere om at pasienten selv må fokusere på egen mestring.

### **5.1.2 Retningslinjer**

På institusjonen der vår første informant jobber, kan personer legge seg inn frivillig eller bli tvangsinnlagt. De kvinnene som legger seg inn frivillig ser selv at de trenger hjelp, eller får høre av fastlegen eller psykolog at det er lurt å legge seg inn. Dette kan øke sjansen til at de får beholde barnet sitt, sier informanten vår. Når noen innlegges på tvang, er det gjort et tvangsvedtak på grunn av noen mener at kvinnen ikke klarer og ivareta seg selv og barnet sitt godt nok. De som legger seg inn frivillig får oftere mer frihet enn hva en kvinne som er lagt inn på tvang har, på grunn av at de ofte er mer samarbeidsvillige og følger institusjonens regler. Når en gravid kvinne blir lagt inn på tvang blir hun fotfulgt døgnet rundt. Dette er for å passe på at det ikke foregår noe form av sidemisbruk eller at pasienten rømmer. Dette medfører en til en. Det vil si at en ansatt skal være med pasienten hele tiden. På denne måten blir personalet godt kjent med kvinnen, og etterhvert vil kvinnen få mer og mer frihet om hun

følger institusjonens regler, avslutter vår første informant.

«Kravene blir stilt individuelt» forteller den tredje informanten vår når vi spør om hvilke retningslinjer gravide i LAR-behandling må følge. Om pasienten er ny i behandlingen, blir hun observert når hun skal ta medisiner for å se om hun tar dem på riktig måte. Pasientene må også ta urinprøver tre ganger i uken. Videre forteller vår tredje informant at kravene blir mindre strenge for gravide kvinner som har vært i behandling en god stund før graviditeten.

### 5.1.3 Brukermedvirkning

I kommunen der vår første informant jobber, går LAR under seksjon for spesialisert behandling. De som jobber i denne seksjonen lager et LAR vedtak til hver pasient. Når pasienten kommer inn på institusjonen der vår første informant jobber, opprettholder de vedtaket som LAR seksjonen har utarbeidet.

Det er vanskelig med brukermedvirkning når kvinnen er på institusjonen, dette er fordi kvinnene må følge institusjonens regler. De som har lagt seg inn frivillig er mer med å bestemme over sin egen behandling enn de som er lagt inn på tvang. De som er lagt inn frivillig får flere behandlingstilbud, noe de har lov å takke nei til. Blir kvinnen altfor passiv og ikke er interessert i noe, kan tvang vurderes om hun ikke er villig til å hjelpe det ufødte barnet, forteller vår tredje informant. Så lenge det er forsvarlig oppfølging, har de medvirkning i egen behandling påpeker vår andre informant.

Det er ikke alltid slik at pasienten forstår hva behandling er, noe som kan gjøre det komplisert og vanskelig å være innlagt. Her tenker vi på nye rutiner som skal følges. Da vi snakket med vår tredje informant formidlet hun raskt at det er viktig å hjelpe med alt man kan hjelpe med. Det er ikke så mye mer man kan gjøre enn å tilby en god oppfølging på institusjon. Den gravide pasienten må ville dette selv. Pasienter som blir lagt inn på tvang kan føle seg sinte, irriterte og lei seg, fordi de ikke tror at hjelpeapparatet har tro på at pasienten skal klare dette selv. I forhold til tvangsinnleggelse formidler hun at det som regel går bra etter at all frustrasjon er borte. De tjenestene som kan være med på å opprettholde et godt samarbeid og mestring hos pasienten, kan være å hjelpe til med økonomien, finne bolig og være veiledende når det gjelder de praktiske tingene.

#### 5.1.4 Lovverk

Vår første informant forteller at det er større sjanse for at kvinnen får beholde barnet sitt hvis hun legger seg inn frivillig. Dette hjelper flere med å holde seg rusfri på institusjon. Gravide som har sidemisbruk, men vil det beste for fosteret, kan føle at det blir for vanskelig å klare det på egenhånd, og velger derfor å legge seg inn frivillig. Tvangsinnleggelse derimot vil være vanskelig på grunn av selvbestemmelsesretten hos pasienten. Hjelpeapparatet må her tenke på fosteret i første omgang, hvor omfattende sidemisbruk og uforsvarlig oppførsel vil skade fosteret.

I følge sosial- og helsetjenesten har alle rett på en Individuell plan, men dette blir alt for lite brukt. Som ansatt og pleier har man en plikt til å informere pasienten at de har rett på det. Kommunen bestemmer mye av det. Dette er et verktøy som er behjelpelig til å sette behandlingen i gang. Vår andre informant utdypet seg her om hvor individuell plan burde bli tatt mer i bruk som et verktøy. Alle som blir lagt inn på institusjonen, får tilbud om individuell plan, og hjelpeapparatet ønsker at flest mulig skal bruke det. Det har hendt at flere pasienter takker nei til individuell plan på grunn av sin stolthet. Derfor er det viktig å påpeke at det er slik det fungerer, med andre ord bør man normalisere det på en best mulig måte. I en individuell plan står det nyttige faktorer som datoer og vedtak man skal huske. Det kan for eksempel stå hvilken dato pasienten skal søke på barnehage til barnet, eller når hun skal ha samtale med psykologen. I tillegg til denne planen blir det også skrevet kriseplan, hvor det blant annet kan stå krav som pasienten selv har satt seg. Et eksempel på dette kan være hvis pasienten har oppført seg på en spesiell måte, og hun selv har det nedskrevet at da skal hjelpeapparatet handle på den og den måten. Med dette menes at man i første omgang går et lite skritt nærmere hovedmålet ved hjelp av et delmål, og i andre omgang går pasienten til neste delmål. At pasienten benekter noe hun selv har gjort kan raskt oppstå, men da har hjelpeapparatet det nedskrevet hva de fikk beskjed om å si og gjøre ved hjelp av kriseplanen. Under behandling kan det oppstå tøffe tak som pasienten ikke klarer å overholde, noe som kan føre til rømming i sammenheng med en dårlig periode. Derfor er det veldig viktig å begynne rolig med ikke alt for omfattende delmål, synliggjøre disse slik at det blir lettere for pasienten å gjennomføre. Det kan også oppstå mål som ikke er realistiske.

### 5.1.5 Etikk

Vår første informant meddeler at med tanke på etikk og ivaretagelse kan fotfølging av tvangsinnlagte pasienter i LAR-behandling være lite verdig for pasienten. Likevel er dette noe man må gjøre for å sikre fosteret. Siden fosteret blir hovedfokuset når en kvinne er tvangsinnlagt, blir hun fotfulgt den første tiden slik at personalet vet at kvinnen ikke har sidemisbruk eller prøver å rømme. Fotfølging skal være så skånsomt som mulig, forteller vår første informant. Som sagt er det avhengig av samarbeidet mellom pasient og pleier; er de samarbeidsvillige, blir det automatisk mindre tvang og fotfølging. Det som kan sees på som en vanskelig situasjon når det gjelder pasientens verdighet og integritet, kan blant annet være det å formidle at pasienten kanskje ikke klarer seg på egenhånd under svangerskapet. Det som vil være viktig her er å ha tett oppfølging med tanke på sidemisbruk. På en måte kan det være forståelig at de reagerer på en oppgitt eller stressende måte, og dette på grunn av at de selv sammenligner seg med andre gravide. Flere tenker nok hvorfor det skal være ulike krav til gravide i LAR-behandling enn andre kvinner som blir gravide, sier vår andre informant. Noen vil nok også tenke på om hjelpeapparatet ikke har tro på dem og andre kan også komme i en situasjon hvor de benekter at de er gravide, hvor de lyver om at de har vært på ultralyd eller på kontroll hos fastlegen.

Vår første informant forteller at det var store diskusjoner på avdelingen når de for første gang fikk inn en gravid pasient som skulle ha LAR-behandling. Personalet stilte seg spørsmålet; «har jeg lyst å gi LAR til en baby?» På avdelingen er det ikke lov å reservere seg mot LAR. Dette betyr at man kanskje må slutte på avdelingen, om man ikke klarer å gi LAR. Grunnen til at vår første informant valgte å gi LAR til gravide pasienter, er at hun forholder seg til retningslinjene. Hun sier «hva ellers er alternativet til disse mødrene?» Her på avdelingen får de døgnrytme, de får sunn mat og de får hjelp fra ulike hjelpeapparater.

Etiske dilemmaer som vår første informant delte med oss er et paradoks i forhold til gravide i LAR-behandling som er innlagt, og gravide pasienter som har gått på illegale rusmidler fra markedet. Gravide kvinner som ikke er i LAR-behandling må kutte rusmisbruket ved innleggelse, mens en gravid kvinne i LAR-behandling blir rådet til å ikke ha en nedtrappingsplan på grunn av skader dette kan påføre fosteret. Dette er vanskelig sier informanten vår. Det og gi metadon til noen kvinner mens andre ikke skal ha og begge er gravide, kan trigge både pasienter og personal i avdelingen. Vår tredje informant påpeker at

tvangsinnleggelse og hvor selvbestemmelsen ikke blir ivaretatt, er typiske etiske problemstillinger som vil oppstå.

### 5.1.6 Behandling på institusjon

Vår første informant forteller at nettverket rundt pasienter som er innlagt på institusjon for behandling, varierer mye. Mange har levd i et aktivt rusmiljø hele livet, noe som kan skyldes at pasienten ikke har hatt et gunstig oppvekstmiljø. Fra begge sider kan nettverket bli brutt. Noen har velfungerende nettverk som støtter den det gjelder, mens andre bryter det viktige nettverket. Dette kan være svært vanskelig. Vår andre informant fortalte at det er veldig individuelt hvordan nettverket til pasienten er. Noen kvinner kan ha gått på LAR medisiner i flere år og har et godt nettverk rundt seg. I forhold til nettverk som ansvarsgrupper, barnevernstjenesten og støttesamtaler kan dette virke positivt for pasienten, men det kan også være vanskelig å distansere seg. Når det gjelder nettverk som familie og venner, er det ikke alle som har sterke bånd til dem. Noen har ressurssterke familier, mens andre ikke har noen kontakt med dem. Hvis det er eller tidligere har vært rusproblematikk i familien, vil dette virke lite støttende for den pasienten som kanskje ønsker en forandring. Dette på grunn av at for eksempel familien har vært en deltakende årsak til rusproblemene. Andre skaffer seg nytt nettverk, som ny kjæreste eller nye venner. Det er mange som kun tenker på moren som bærer frem et barn, men man må også tenke på faren. Han kan få tilbud om å være med på blant annet ultralyd, oppfølging og andre vesentlige ting som moren får tilbud om. Man må prøve å inkludere faren på en best mulig måte, slik at det ikke oppstår ekskludering fra hans side. Hvis faren også holder seg til rusmiljøet og er aktiv ruset, kan dette bli utfordrende på flere måter, sier vår tredje informant.

Vår andre informant meddeler at pasienter har en egen vilje til hvordan de vil leve livet sitt, men for å prøve på en best mulig måte å unngå at pasienten etter behandling får tilbakefall med rusmidler, er det veldig viktig å komme i dialog med den pasienten. Noen ønsker ikke å endre livet sitt, noe som fører til at de går tilbake til rusmiljøet, mens andre prøver å bli rusfri fordi andre krever det. Herunder blant annet familien og det nettverket som er. Det vil være viktig å møte pasienten der hun er. Høre om hun er klar for å komme seg ut i arbeidslivet, møte pasienten der hun er akkurat nå. Prate varsomt sammen, bygge opp sterke og trygge relasjoner, slik at dialogen har en fin flyt. Det som her vil være det viktigste i følge vår tredje informant, er å tilby hjelp, oppfølging, lage nye rutiner og legge til rette for det praktiske.

Støttesamtaler og ansvarsgrupper vil her være relevant. For at man skal prøve å unngå at pasienten vender tilbake til rusmiljøet må også hun være positiv til behandling, med dette er det viktig at hun bruker det hjelpeapparatet hun får tilbud fra. Samtidig vil det her være viktig at pasienten ikke føler seg glemte etter en stund. Hjelpeapparatet bør være obs på å kontakte pasienten, utføre hjemmebesøk og ha viktige og gode samtaler sammen. Altså å opprettholde kontakten jevnlig. Dette kan hjelpe pasienten til å ikke tenke på rus hvis man plutselig en dag ikke har noe å ta seg til. Hvis dette oppstår, er det viktig at hjelpeapparatet prøver å kontakte pasienten for å prøve å motivere henne igjen.

### **5.1.7 Konflikter som kan oppstå mellom pasient og vernepleier**

I forhold til pasientens selvbestemmelsesrett og vernepleierens opplysningsrett er det ikke store dilemma som oppstår. Som helsepersonell har man en plikt til å opplyse. Når de legger seg frivillig inn, godtar de betingelsene på behandlingsstedet. Det kan påvirke barnet hvis moren for eksempel kun drikker Coca-Cola eller røyker under svangerskapet, forteller vår første informant. Selvbestemmelse er noe som institusjoner vil prøve å legge til rette for, slik at de ikke får en følelse av at de ikke blir sett, eller at man ikke tror de vil klare seg på egne bein. Pasientens syn på hva som kan være skadelig eller ikke skadelig på fosteret, kan være et helt annet syn enn hva vernepleiere synes. En annen ting som kan føles uverdigg ovenfor pasienten, vil være at de ikke tror eller får beskjed om at de ikke har omsorgsevne til å skape en god relasjon med barnet. Vernepleierens meninger kan være vonde å høre. Det kan ikke være lett å høre at du ikke er en omsorgsperson, noe som kan medføre til at samarbeidet mellom hjelpeapparatet og pasienten blir vanskelig.

Vår tredje informant sier at det sjeldent oppstår konflikter i det tverrfaglige samarbeidet. Det opprettholdes et godt samarbeid med føden, men dette ligger utenfor deres bestemmelsesområdet. Det som i blant kan oppstå kan være at sosionomen har stor tro på at pasienten kommer til å klare seg bra under og etter svangerskapet, mens fastlegen kan ha et helt annet syn på dette. Noen forstår kanskje ikke hvorfor noen klarer å fortsette å arbeide med denne pasienten. Når man jobber så tett på pasientene, dannes det en relasjon mellom pasient og vernepleier som kanskje ingen andre legger merke til, eller forstår helt hvordan dette skal ende. Med andre ord har man ulik kjennskap til pasienten, avslutter vår tredje informant.

## 5.2 Drøfting av hovedfunn

Problemstillingen «*Hvilke utfordringer kan vernepleiere møte på i behandling av gravide LAR-pasienter på institusjon?*» skal vi prøve å svare på ved å dele opp drøftingsdelen i fire hovedpunkter.

### 5.2.1 Fosteret i fokus

I følge Ingjerd M. Lorvik og Frid A. Hansen i Lossius (2012) skriver de at målsetting av prioriteringer er svært viktig. Dette medfører at den viktigste prioriteringen bør være å bearbeide en god dialog med pasienten slik at det settes inn tiltak for sikring av fosteret. Her vil det være viktig at vernepleieren bidrar med å styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger, ved å skape dialog og tilrettelegging (FO, 2015).

Den første informanten vår hevder at hennes nåværende arbeidsplass arbeider slik at fosteret er i fokus. Grunnen til hvorfor fosteret skal være i fokus, er for å redusere risikoen for store skader som fosteret kan pådra seg under svangerskapet. I helse og omsorgstjenesteloven § 10-3 (2011) står det at gravide rusmiddelavhengige kan tilbakeholdes på institusjon uten eget samtykke. Dette betyr at hvis det er fare for at mor har sidemisbruk ved siden av behandlingen, kan hun bli holdt på institusjon til barnet blir født. Her vil bruken av makt være en positiv ressurs, der vernepleiere kan ha en innflytelse med tanke på hva som er rett å gjøre i forhold til det ufødte barnet. I følge Welle-Strand og Seraf sin undersøkelse, er det i liten grad at kvinner har sidemisbruk ved siden av svangerskapet (Helsedirektoratet, 2012).

60-80 % av nyfødte barn som har blitt eksponert for opiatte i fosterlivet får neonatalt abstinenssyndrom som kommer i løpet av de første 72 timene etter fødsel (Helsedirektoratet, 2011) NAS rammer flere av systemene til barnet og hvis barnet ikke blir behandlet for disse symptomene, kan det ha et alvorlig eller dødelig forløp. Som Sandtorv, Reigstad, Bruarøy, Elgen og Lærgreid (2009) viser frem i sin undersøkelse, ble to av barna rammet av plutselig, uventet spedbarns død. Dette kan være fordi de etter endt undersøkelse kom frem til at det var

et større tall enn forventet når det gjaldt sidemisbruk under LAR-behandling, som videre synes å være en sårbar gruppe bestående av disse barna. Det som vil være veldig sårbart for barna, er at de vil trenge behandling for abstinenser i nyfødtpperioden (ibid). Noen av mødrene kan kanskje tenke at de ikke har gjort en god jobb, siden de på en måte har vært delaktig i skadene som fosteret pådrar seg. Den første informanten vår forklarte at det var vanskelig å se et barn med abstinenser. Selv om LAR- retningslinjene (vedlegg 1) og forskning viser at det er best for barnet, er det likevel vanskelig å se et barn trenger behandling for abstinenser like etter fødsel. Den andre informanten vår forteller at barn som har vært eksponert for opiater i fosterlivet, ofte har en lavere fødselsvekt enn barn som ikke har vært eksponert for opiater i fosterlivet. Som vi skrev tidligere har det blitt gjort forskning på metadon og buprenorfin i forhold til foster og etter fødsel. Forskningen viste ulikheter både i fosterlivet og etter fødsel. Ut i fra den forskningen viser det seg at barn som var blitt eksponert for buprenorfin hadde kortere NAS behandling enn de som var blitt eksponert for metadon i fosterlivet. Ulempen var at under forskningen var det flere av mødrene som ble behandlet med buprenorfin som droppet ut av behandlingen (Helsedirektoratet, 2011).

I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at kvinnen skal få hjelp med rusmiddelbruket sitt, slik at hun blir i stand til å ta vare på barnet sitt. Når kvinnen er innlagt på institusjonen der vår første informant jobber, er det andre instanser som tar seg av dette. Her får kvinnen hjelp av et annet senter, som er et «mor og barn-senter», hvor kvinnen får ha samtaler med jordmor på sykehuset. Det blir ellers ikke så mye fokus på dette på institusjonen, meddeler vår første informant.

Videre forklarer informanten at de fleste kvinner ikke får vite om de får beholde barnet før etter fødsel. Dette får pasienten beskjed om på sykehuset av barnevernstjenesten. Barnevernsloven (1992) blir her fulgt med tanke på at barnet skal få et bra oppvekstvilkår. Det må gjøres på denne måten slik at moren ikke blir stresset under behandling, og for å unngå at fosteret opplever mye stress. Vår første informant meddeler videre at det er vanskelig å snakke med kvinner om barnet i situasjoner der vernepleieren vet at hun blir



fratatt barnet. Hvordan kan vernepleiere hjelpe pasienten på en best mulig måte når man vet at hun ikke får beholde barnet sitt? Skal man prøve å bytte emne, snakke minst mulig eller spille med? Dette tolker vi som en stor utfordring. En annen utfordring er når pasienten får vite at hun ikke får beholde barnet sitt. Den tredje informanten vår sier at det er vanskelig for en kvinne å få denne beskjeden, og at det er vanskelig å være den som må si at kvinnen ikke har god nok omsorgsevne til å ta vare på barnet. Videre forteller informanten sannsynligheter for å få beholde barnet øker om pasienten er samarbeidsvillig og legges inn frivillig.

### **5.2.2 Relasjon og trygghet mellom pasient og vernepleier**

Hvordan man tar i mot pasienten har stor betydning når man skal tilrettelegge for god helsehjelp og tjeneste. Omgivelsene har stor påvirkningskraft, slik at det vil være viktig for pasienten å ha et trygt miljø rundt seg. De fysiske omgivelsene kan påvirke hvordan relasjonen er mellom vernepleier og pasient (Henriksen, 2011). I en «en-til-en-situasjon» kan relasjonen være sterk, mens i en situasjon med mange parter involvert, kan relasjonen påvirkes i form av usikkerhet fra pasientens side. Derfor er det viktig at institusjonen opererer med miljøterapi. Miljøterapi er en behandling som foregår hele døgnet, som omhandler planlagt bruk av det som skjer mellom pasient og miljøpersonalet. Det er viktig at vernepleieren skaper et trygt miljø. Hvordan kan man skape et slikt miljø? Henriksen (2011) skriver at man for eksempel kan ta i bruk vernepleierens handlinger, holdninger, følelser, tanker og ytringer. Vernepleieren må bruke egenskapene riktig, og ikke la seg påvirke av negative tanker, holdninger eller pasientens bakgrunn (Aarre, m.fl., 2009).

Det er viktig at man møter pasienten med holdninger som er preget av ydmykhet, velvilje og respekt (FO, 2015). Å møte pasienten med åpenhet, empati og omsorg er også viktig når man skal utvikle tillit og trygghet. I følge Jones m.fl. (2008) har den gravide pasienten gjort et modig skritt mot behandling, hvor det vil være viktig for vernepleieren å møte henne med respekt. Man skal ikke dømme hennes fortid for de tidligere valgene hun har gjort, men prøve å få henne til å være positiv til behandling, og informere om at dette kan stresse fosteret mindre. Som Martinsen sier er det viktig å møte henne i «her-og-nå situasjonen» (Grasaas, m.fl., 2009).

Ut i fra det første intervjuet, fikk informanten frem at alle gravide pasienter som er i LAR-behandling er forskjellige. Noen har lett for å utvikle en god relasjon til pleieren, og andre

synes det kan være vanskelig. Dette gjelder også når det kommer til samarbeid. Noen har behov for relasjoner og nettverk rundt seg, mens andre derimot ønsker ikke å ha de som står henne nært som en del av behandlingen. Det er derfor viktig og møte pasienten på midten, forteller informanten.

Det ligger en stor utfordring i relasjonsbygging mellom pasient og vernepleier. Alle pasienter er ulike, og for vernepleiere er det viktig å ta hensyn til nettopp dette. Relasjonsbygging med en pasient som er tvangsinnlagt kan være utfordrende. I analysedelen kom det frem at pasienter som er tvangsinnlagte kan bli fotfulgt i starten. Hvordan kan vernepleieren få pasienten til å føle seg mindre overvåket? Brukermedvirkning kan være en vesentlig faktor. Brukermedvirkning i følge teorien tilsier at pasienten skal ha en aktiv rolle i sin egen behandling (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009).

I intervjuet får den første informanten frem at brukermedvirkning er utfordrende på sin arbeidsplass. Dette på grunn av retningslinjene som pasienten må følge under LAR-behandlingen. De ansatte må forholde seg til et vedtak som er opprettholdt i forhold til LAR-behandling, noe som kan føre til at pasienten ikke får ha en aktiv rolle i sin egen behandling. Dette kan føre til etisk dilemma for vernepleieren. Skal vernepleieren da gå i mot retningslinjene for at pasienten skal få en mer aktiv rolle i egen behandling, eller skal hun følge retningslinjene? Målet med retningslinjene for gravide i LAR-behandling skal i følge Helsedirektoratet (2010) medføre at pasienten får en god oppfølging fra hjelpeapparatet. I tillegg skal pasienten bli ivaretatt og respektert (vedlegg 1). For at pasienten skal være positiv til behandling og samarbeidsvillig, er det viktig å opprettholde retningslinjene både under tvangsinnleggelse og frivillig innleggelse (ibid). Informanten forteller videre at samarbeid i forhold til brukermedvirkning vil si og bygge relasjoner og tillit. Hvis retningslinjene fører til at pasienten får mindre kontroll over egen behandling, kan dette muligens føre til brudd på relasjon og mistillit. Dette avhenger selvsagt ut i fra hvem som er innlagt, og om pasienten er villig til å samarbeide med seg selv. For at pasienten og vernepleieren skal kunne utvikle en god relasjon og et godt samarbeid, er det først og fremst viktig å hjelpe og tilrettelegge for pasienten.

Vår andre og tredje informant fikk frem at brukermedvirkning på deres institusjon mest handler om å være på tilbudssiden når det kom til ulike hjelpeapparater, og motivere pasienten etter best mulig evne. Hvis tilbud skal settes i verk, er det pasienten selv som må ønske dette.

Hjelpeapparatet kan da bidra til å motivere og oppmuntre til riktige beslutninger ut i fra deres ståsted. Videre fremhevet sosionomene at det er viktig å holde kontakten med pasientene etter endt behandling. Dette kan være positivt for pasienten med tanke på at det kan være flere ulike triggere som lett kan friste når hun er ferdig i behandling, og skal ut å klare seg selv. Det er derfor viktig å ha en jevnlig kontakt med pasienten, høre hvordan det går, og kanskje foreta et besøk om man skulle ha mistanke om rusmisbruk. Dette kan føre til at pasienten utvikler en trygghetsrelasjon til hjelpeapparatet, ved at hjelpeapparatet gir støtte og omsorg.

Ut i fra artikkelen «Legemiddellassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna?» kommer det tydelig frem en utfordring som er sentral med tanke på relasjonen mellom vernepleieren og pasienten (Jones, m.fl., 2008). Hvis en pasient får tilbakefall, som kan få konsekvenser som kan skade fosteret, kan det være utfordrende for vernepleieren å opprettholde relasjonen. Det vil være vanskelig å stole på pasienten, ettersom pasienten har «brutt» tilliten. Hvis en slik situasjon oppstår, bør vernepleieren opprettholde tillit til pasienten, men dette kan være etisk utfordrende. Pasienten må da kunne bevise at hun er villig til å bygge opp tillitsbåndet steg for steg. Oppgaven til en vernepleier blir da å hjelpe pasienten slik at hun unngår tilbakefall. Hvis pasienten får et tilbakefall, er det i pensum ulike meninger om hvordan institusjonen og vernepleieren skal reagere. Noen mener at tilliten er brutt og pasienten mister sin plass på institusjonen, mens andre mener at man må være forberedt på at slike ting kan skje (Aarre, m.fl., 2009).

Som vernepleier er det viktig å være tydelig i formidlingen til pasienten om konsekvenser som kan påføres fosteret. I LAR-behandling har vi som tidligere nevnt at fokuset skal være rettet mot både mor og foster, men ber det mistanke om sidemisbruk, er det fosteret som blir hovedfokuset under behandling, formidler vår første informant. I en slik situasjon hvor det er fokus på fosteret, kan det muligens forekomme at man neglisjerer pasienten selv.

Konsekvenser av dette kan være at pasienten føler seg ignorert, og relasjonen til vernepleier blir svekket.

### 5.2.3 Yrkesetiske problemstillinger

I følge Martinsens omsorgsfilosofiske tenkning vektlegges det at det er viktig å møte pasienten der hun står, her og nå. Hun beskriver at relasjoner og verdioppfatning er sentralt i menneskets liv, noe som bør komme godt frem (Grasaas, m.fl., 2009). Flere pasienter som

havner i rusmiljøet mister hele eller deler av nettverket sitt, som familie og venner. Nettverk vil være sentralt i behandling med rusmisbrukere fordi man er avhengige av å ha kjente mennesker rundt oss. Uten nettverk kan det raskt oppstå problematiske situasjoner og vanskeligheter i behandling på institusjon. Det vi mener her, er at Martinsens tenkning bør være sentral for både vernepleierne og for nettverket rundt pasienten. På denne måten kan omsorg legges stor vekt på, og pasienten kan føle seg trygg med tillit og støtte fra begge parter.

I det første intervjuet fikk vi et lite innblikk i et etisk dilemma som omhandlet noe informantene lenge har stusset på. Det har seg slik at gravide i LAR-behandling som legges inn på institusjon ikke skal ha en form for nedtrappingsplan, verken før eller under svangerskapet. I følge Welle-Strand og Seraf sin undersøkelse var det 20 % som startet opp med LAR-behandling under graviditeten, men formidler at det i Norge i dag er et betraktelig mindre antall kvinner som starter med behandling under graviditeten (Helsedirektoratet, 2012). Videre i undersøkelsen ser man at flere kvinner ikke har sidemisbruk, men heller tenker på fosteret (ibid). Årsaker til hvorfor kvinner tar mer hensyn til fosteret, kan være etterfulgt av god oppfølging, nyttige støttesamtaler, hjelpeapparatet, gode dialoger og relasjoner. Samtidig kan det tenkes at etikken spiller inn her, hvor pasienten sannsynligvis vet at det ikke er sunt for fosteret at hun ruser seg, og lar derfor være å ha sidemisbruk (Christoffersen, 2005). Alt dette spiller inn for å skape et godt samarbeid. I motsetning til Welle-Strand og Seraf sin undersøkelse (Helsedirektoratet, 2012), ser man i Sandtorv m.fl. (2009) sin studie at hele 8 av 15 barn eksponeres for sidemisbruk. Videre kan man lese at de var overrasket over hvor mange som hadde sidemisbruk i tillegg til å være under legemiddelassistert rehabilitering. Her kan vi se at det er stor forskjell fra Welle-Strand og Seraf sin undersøkelse og den sistnevnte studien, som videre kan føre til at det er vanskelig å forholde seg til en undersøkelse. Forekommer det sidemisbruk kan det være at pasienten opplever et moralsk problem i stedet for et etisk dilemma. Pasienten vet at det er galt å bruke rusmidler samtidig som hun er i LAR-behandling, men ruser seg for fristelsen blir for stor (Christoffersen, 2005).

Noen får utdelt rusmidler på institusjonen hvor mange prøver å bli rusfri, mens andre ikke får det. Slike etiske dilemmaer kan ofte oppstå. Hvordan skal vernepleiere forholde seg til dette? Det som vil bli den største utfordringen for vernepleiere vil være å utdele LAR medikamenter til gravide i LAR-behandling. Dette fordi barnet blir eksponert for legemidler som kan skade

dem både som foster, og som nyfødt.

I situasjoner hvor den gravide ønsker å legges inn frivillig på institusjon for behandling, er det et sentralt område å opprettholde og respektere deres selvbestemmelse. For å ivareta dette vil det være viktig å ha et godt samarbeid som gjør det trygt for personalet å stole på pasientens valg (Grasaas m.fl. 2009).

I forhold til yrkesetiske problemstillinger og tvangsinnleggelse på institusjon for behandling, vil dette være lite verdig for den gravide. Disse valgene blir tatt for at et nytt liv ikke skal påføres store skader under svangerskapet. Det å ha makt med tanke på tvangsinnleggelse av en pasient på en institusjon, kan for pasienten oppleves at hun blir tråkket på og undertrykt, men ettersom det er det rette og utføre i forhold til det ufødte barnet, vil makt ha et positivt utfall (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). Man må på best mulig måte bruke makten med tanke på pasientens og fosterets fordel (ibid). I disse tilfellene vil det være veldig viktig å skape en god dialog med pasienten slik at det etterhvert vil oppstå en god relasjon og trygghet hos pasienten. Dette har mye å si for både trivsel og livskvalitet når man er i en sårbar situasjon. I følge Sandtorv m.fl. (2009) er kvinner i legemiddelassistert rehabilitering en veldig sårbar gruppe, som trenger mye omsorg for å kunne se det positive i en behandlingsprosess. Som nevnt synes vi at den omsorgsfilosofiske tenkningen til Kari Martinsen spiller en viktig rolle her, hvor hun setter omsorg sentralt, og hvor hun vil unngå tilbakefall etter endt behandling (Grasaas m.fl. 2009). I tillegg er det viktig å følge Martinsens teori om å opprettholde pasientens funksjonsnivå, slik at det ikke fører til forverringer i behandlingen. Vi tolker her at Martinsens teori om å opprettholde et bra funksjonsnivå og LAR-forskriftens (2009) formål om en bedring av pasientens funksjons- og mestringsnivå, går mye ut på det samme. På den ene siden kan det være bra å ha støttesamtaler med pasienten, skape en god flyt i dialogen, slik at vernepleieren kan prøve å forstå hennes situasjon her og nå, men på den andre siden kan pasienten få en følelse av at vernepleieren kommer litt for tett innpå livet hennes.

Grunnen til hvorfor gravide rusmiddelavhengige legges inn på tvang er i følge Lorvik og Hansen (2012) at moren har brukt opp hjelpeapparatet, og som videre har ført til at hun ikke stoler på noen, ikke tror på behandling og sliter psykisk. Gravide rusmiddelavhengige som legges inn kan føle at hele friheten tas bort, fordi fosterets sikkerhet står i viktigste prioriteringen. Dette vises godt i lov om helse- og omsorgstjenester (2011) hvor det formidles

at formålet er å unngå skader på fosteret. Dette kan føles som et stort overgrep for den gravide, noe som gjør at innleggelsen kan utgjøre til et dårlig resultat. Vi tolker her at barnevernloven (1992) er relevant fordi loven vektlegger barns sikkerhet, utvikling, helse og mål om trygge oppvekstvilkår. Det som kan være overraskende og positivt med tvangsinnleggelse, er at det senere kan føles som et vendepunkt. Det er nok få av de gravide rusmiddelavhengige som vil barnet vondt, men som ikke helt klarer å forstå hva som eventuelt kan være det beste for barnet (Lorvik & Hansen, 2012). Med tanke på tvangsinnleggelse, kan makt her være en positiv ressurs der en kan oppnå det som var målet. Som nevnt tidligere kan tvangsinnleggelse være en krevende prosess hvor man må være ekstra varsom på og ikke misbruke makt ovenfor pasienten (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). For at kvinnen skal få oppnådd et vendepunkt på institusjonen er det viktig at vernepleierne som sagt prøver å forstå hennes situasjon. Det er tross alt kommunen som har fattet tvangsvedtaket, ikke selve institusjonen. Pasienten vet som oftest best hva hun har behov for, og det er vernepleierens jobb å legge opp behandlingen i samarbeid med vedkommende, noe det fokuseres på i miljøterapi (Aarre, m.fl., 2009). Samarbeidet mellom pasient, vernepleier og andre støtteapparater kan være vesentlig i behandlingen i forhold til utvikling og bedring hos den kvinnelige pasienten. Videre kan dette være store skritt frem mot et selvstendig liv, hvor hun kanskje kan ha omsorgen over barnet. Dette krever store endringer og godt samarbeid, samt at pasienten møter til avtalte timer, derav spesielt urinprøver (Lorvik & Hansen, 2012).

Hvis det under behandling oppstår urovekkende situasjoner hvor den gravide ikke dukker opp til avtalte tider med for eksempel psykologen sin, ikke møter opp til urinprøver eller prøver å manipulere urinprøvene, skal det sendes inn en bekymringsmelding til kommunens helse- og omsorgstjeneste (Lorvik & Hansen, 2012). Da må man i følge Helsepersonelloven (1999) § 25 gi opplysninger til samarbeidende personell slik at man ivaretar barnet behov.

Bekymringsmeldingene som sendes inn ved mistanke om rusmisbruk kan sendes fra enten jordmor eller fastlege (Lorvik & Hansen, 2012). Dette fordi det kan tenkes at det er sidemisbruk av enten alkohol eller rusmidler som kan skade fosteret. Her tenkes det juridiske først, hvor tvang raskt kan igangsettes, med tanke på fosteret (Helsepersonelloven).

LAR og gravide er et kontroversielt tema, noe som raskt kan føre til blant annet etiske, juridiske og medisinske spørsmål. Det som i starten av svangerskapet vil være etisk riktig å gjøre, er først og fremst henvisning til et tverrfaglig spesialisert behandlingsopplegg for

spesifikk graviditetsoppfølging (Lorvik & Hansen, 2012). Derfra vil det være vesentlig å igangsette et tiltak raskest mulig, få en god oversikt over kvinnens livssituasjon og stadfeste svangerskapet. Fagpersoner vil også spille en brikke i dette. En klar ansvarsfordeling over hva som skal gjøres og koordinert oppfølging innen 14 dager vil være viktig. Etter møtet med de involverte, skal det i kommunen gis gode råd og veiledning til jordmor, helsesøster og fastlege. Den første og veldig viktige prioriteringen ved innleggelse bør være, som nevnt ovenfor, å skape en god dialog som videre skaper gode relasjoner med den gravide kvinnen. Et resultat som forhåpentligvis da vil oppnås, er å sikre fosteret et rusfritt miljø, slik at langvarige skader, både i svangerskapet og etter fødsel unngås på en best mulig måte. Dette vil til sammen utgjøre et bra utviklingsforløp (ibid).

#### **5.2.4 Konflikter som kan oppstå mellom pasient og vernepleier**

Som vår første informant forteller, er det ikke ofte det skjer omfattende konflikter rundt pasientens selvbestemmelsesrett og vernepleierens opplysningsplikt. Det som kan være litt vanskelig i følge Helsedirektoratet (2011) er at brukermedvirkning ikke blir prioritert på lik linje som hos andre pasienter. Dette fordi legen har en beslutningsmakt i forhold til medisiner og kontrolltiltak (ibid). Brukermedvirkning er viktig innenfor denne type arbeid, slik at pasienten ikke føler seg sett ned på, men sett på som et likegyldig menneske. For at pasienten skal føle seg godt ivaretatt er det med henvisning fra Martinsens omsorgsfilosofiske tenkning viktig å legge vekt på omsorg, opprettholdelse av pasientens funksjonsnivå og unngå forverring i behandling på en god og forsvarlig måte (Grasaas, m.fl., 2009). Hvorfor blir ikke da brukermedvirkning ivaretatt på lik linje som andre pasienter? Er det rett å gjøre forskjell? Det er virkelig ikke lett å vite hva og hvordan man skal gjøre ting. På andre institusjoner kan det hende de har mer fokus på brukermedvirkning enn enkelte andre institusjoner.

Det kan være en stor påkjenning for den gravide i LAR-behandling om vernepleierne har et annet syn på hva som er det beste for fosteret, enn det pasienten selv har. Vår tredje informant meddelte at hun hadde vært med på å måtte formidle til pasienten at hun ikke har god nok erfaring og kompetanse til å opprettholde en god omsorgsevne ovenfor barnet. Som informanten fortalte var dette en veldig stor påkjenning, både for pasienten som fikk det fortalt, og for vernepleieren som måtte formidle det. Det å gå rundt med en følelse over at du ikke er en god nok omsorgsperson kan være nedverdiggende for pasienten. I følge Bøe og

Thomassen (2007) vil det være viktig å ha et godt samarbeid i endringsprosessen sammen med pasienten. For at pasienten skal få et bra resultat av behandlingen, vil det være viktig at hun bruker vernepleieren som en ressurs. Dette kan være en stor utfordring for begge parter. Derfor vil det her være viktig at man i følge studien av Jones m.fl. (2008) ikke klandrer moren for tidligere oppførsel. Dette fordi hun har tatt et valg som kan ha vært svært vanskelig, noe som kan føre til en negativ atferdsendring om man ikke møter moren med en positiv og respektfull innstilling. Det er viktig at de ansatte har en god holdning i møte med pasienten, og ikke dømmer henne, slik at pasienten ikke blir påminnet om at problemet er selvforskyldt (Aarre, m.fl., 2009). Dette vil være veldig viktig å være oppmerksom på under behandlingen, slik at det oppstår en positiv atferdsendring, og ikke en negativ atferdsendring. Oppstår det en atferdsendring som viser seg å være negativ, kan dette skape konsekvenser for fosteret, samt i nyfødtp perioden. I følge Sandtorv m.fl. (2009) kan barnet bli plassert i fosterhjem på grunn av omfattende rehabiliteringstiltak. Samtidig kan en av grunnene til hvorfor barnet blir plassert i fosterhjem være fordi moren kanskje ikke har tatt helt hensyn til barnet under svangerskapet.

I følge vår andre informant kan det oppstå konflikter i det tverrfaglige samarbeidet som de ulike instansene er uenige om. Fastlegen kan blant annet ha et helt annet syn på pasienten enn hva vernepleierne som arbeider med denne pasienten har. Det som vil være en stor forskjell her er at vernepleierne har ett tett arbeid med samarbeid og god oppfølging, gjerne gjennom miljøterapi, hvor de har oversikt over pasientens oppnådde kvalifikasjoner. I følge Henriksen (2011) skaper miljø og individ hverandre, og man kan ikke forsøke å forstå det ene uten og samtidig ta hensyn til det andre. Disse faktorene har ikke fastlegen like god kontroll og oversikt over.

I følge Lorvik og Hansen i Lossius (2012) skriver de at flere gravide i LAR-behandling ikke alltid oppdager at de er gravide før sent i svangerskapet, mens noen kan benekte for at de er gravide. Dette forklarte vår andre informant på en god måte. Grunnen til hvorfor flere ikke oppdager det tidlig kan blant annet være fordi symptomene og tegnene kan tyde på rusens egen syklus. Når ubehaget oppstår er det lettere å innta en høyere dosering av rusmidler for å døyve dette. Hvis kvinnen oppdager at hun er gravid, men benekter dette og ikke ønsker noen form for hjelp, kan det resultere til at hun tar enda mer rusmidler på grunn av stress, skyldfølelse og fortvilelse (Lorvik & Hansen i Lossius, 2012). Det som kan utgjøre en potensiell skade hos fosteret kan blant annet være at kvinnen finner en balanse mellom



følelsesmessig tilstand, smerte og ubalanse som kan reguleres. I følge informanten ovenfor, har hun som sagt vært med på slike situasjoner som viser til at det ikke er lett for moren å ta et valg i en kritisk periode. Her vil det som nevnt være viktig med god relasjon og effektive dialoger som hjelper til med et godt samarbeid, hvor pleieren senere kan forberede moren på å klare de utfordringene hun kan møte på i hverdagen. Dette står også nedskrevet under formålet i lov om helse- og omsorgstjenester (2011), hvor det formidles at man skal legge til rette for en tilfredsstillende behandling på institusjonen slik at den gravide pasienten kan endre sin livssituasjon og forbereder seg til å ta vare på barnet etter fødsel.

## 6.0 KONKLUSJON/AVSLUTNING

Etter endt oppgave har vi kommet frem til at vernepleiere støtter på flere utfordringer i møte med gravide i LAR-behandling. Blant annet har vi i den ene studien sett at det er få som har sidemisbruk under svangerskapet, i motsetning til den andre studien hvor det var store tall med sidemisbruk. Forskning bør derfor fortsette slik at man kan få et mer reelt svar på hvor mange gravide i LAR-behandling som faktisk har sidemisbruk. Skulle det bli mindre sidemisbruk blant kvinner i denne type behandling, vil det være mindre antall kvinner som også må legges inn på tvang for å ikke forårsake skader på fosteret. Dette kan øke sjansen for at moren kan få beholde barnet etter fødsel.

For mennesker som er i legemiddellassistert rehabilitering stilles det ofte strenge krav, som retningslinjene. Hvis disse ikke opprettholdes, kan det føre til at pasienten ikke lenger får være i behandling på institusjon. Noen i denne type behandling kan føle at retningslinjene blir omfattende, noe som kan gå utover pasientens integritet. Som vernepleier skal en være til stede for å gjøre en god jobb slik at pasientene føler seg godt tatt i mot, og at de får oppnådd sine mål under behandlingen. Derfor ser vi på disse retningslinjene som nødvendig i behandling med denne type pasientgruppe.

Relasjonsbygging mellom pasient og vernepleier er viktig for at behandlingen skal få et best mulig resultat, og på denne måten er det viktig å ikke møte pasienten med en holdning som kan virke krenkende for pasienten. Vernepleieren må her fokusere på pasientens «her-og-nå-situasjon». Hvis pasienten får tilbakefall vil det være viktig at vernepleieren forsøker å holde kontakten med pasienten, slik at relasjonen dem i mellom kan være med på å øke tillitten. Videre kan dette føre til at pasienten ser på behandling som en positiv prosess, noe som kan styrke tillitten, og som kan få pasienten til ha fokus på fosteret.

Samhandling mellom pasient og vernepleier kan settes på prøve i arbeid med gravide i LAR-behandling når det gjelder å utdele disse typer medikamentene. Det er lite forskning rundt dette, som derfor kan være utfordrende. Man vet ikke hvordan fosteret vil reagere, noe som kan gjøre det enda vanskeligere. Som tidligere nevnt har man ikke lov til å reservere oss mot det å gi medikamentet til den gravide kvinnen. For noen blir dette for mye å håndtere, og velger derfor å ikke gi, mens andre bestemmer seg for å opprettholde bruken av retningslinjene og følger disse. Dette med tanke på at pasienten skal få en tilstrekkelig

dosering av medikamentet under behandling, enn å gå tilbake til rusmiljøet, hvor fosteret er i enda større fare for skader. Hvis det forskes mer rundt dette, altså hvordan fosteret reagerer på medikamentet, kan det føre til at det blir lettere for vernepleieren å utdele disse typer medikamenter på arbeidsplassen.

## Referanser

Aarre, T. F., Bugge, P., og Juklestad, S. I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. 1.utg. Bergen: Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Barnevernloven. *Lov av 17. juli 1992 nr 100 om barnevernstjenester*

Brodtkorb, E. (red.) og Rugkåsa, M. (red.). (2009). *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bøe, T. D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget

Christoffersen, S. A. (2005). *Handling, person, samfunn: innføring i etikk for helse- og sosialfagene*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Dahl, T. (2012). *Ambulant Brukerstyrt Samarbeid*. I: Lossius, K. (red.). *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 345-362)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 112)

Dole, V.P. og Nyswander, M.E. (1965). *A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride*. JAMA, 23(8): 646-650

Grasaas, K. K., Sjørnsen, M., og Stordalen, J. (2009). *Etikk og kommunikasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget – Norwegian Academic Press

Haga, W. (2012). *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*. I: Lossius, K (red.). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 363-380)

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. Hentet 10. april 2015 fra:  
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/gravide-i-lar/hva-vet-vi-om-pasientgruppen/hva-er-situasjonen-i-norge/norske-unders%C3%B8kelser>

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v*

Henriksen, A. T. (2011). *Miljøterapi: en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. 6.utg. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Jones, H.E., Martin, P.R., Heil, S.H., Kalkenbach, K., Selby, P., Coyle M.G., Stine, S.M., O'Grady, K.E., Arria, A.M., & Fischer, G. (2008). *Treatment of Opioid Dependent Pregnant Women: Clinical and Research Issues*. 35(3):245-59. doi: 10.1016

LAR-forskriften. *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)* – FOR-

2009-12.18.1641

Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Lingås, L.G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lorvik, I, M., og Hansen, F, A. (2012). *Gravide rusmiddelavhengige*. I: Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 381-398)

Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget

*Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. (05/2011) Helsedirektoratet, IS-1876, Oslo

*Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. (08/2010) Helsedirektoratet, IS-1701, Oslo

Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S, Elgen I, Lægreid LM. (2009). Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? Tidsskr Nor Legeforen; 129: 287–90. doi: 10.4045/tidsskr.09.33335

Storm, M. (2009). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Retningslinjer

LAR-retningslinjen ble utgitt 1.februar 2010 hvor målet var å forsøke å få behandlingen normalisert for mennesker som var opioidavhengige. Samtidig var målet å få LAR-retningslinjen landsdekket som et behandlingstilbud. Behandlingen skulle også sees på som forsvarlig og kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2010).

I 2004 kom det ut en evaluering av LAR fra sosial- og helsedirektoratet. I evalueringen fant de ut at det ble gjort store ulikheter i LAR -behandlingen rundt om i Norge. Dette gjaldt dose, valg av legemiddel, kontrollrutiner og inntak og utskrivning av pasienter. Også den sosialfaglige oppfølgingen var ikke god nok flere plasser. Etter denne evalueringen ble det utarbeidet faglige retningslinjer for LAR av sosial- og helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010).

Noen anbefalinger sosial- og helsedirektoratet kom med til departementet, var at LAR burde være et trepartssamarbeid. Dette betyr at det vil være et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, allmennlegen og sosialtjenesten. LAR behandlingen er i dag regulert i helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og i legemiddeloven (Helsedirektoratet, 2010).

Den nasjonale retningslinjen for gravide i legemiddelassistert rehabilitering skal gi konkrete og kunnskapsbaserte anbefalinger til gravide kvinner i LAR (Helsedirektoratet, 2011)

Målsettingen med denne retningslinjer er at familier skal få så god oppfølging fra hjelpeapparatet som mulig. Familien skal bli ivaretatt og respektert fra hjelpeapparatet og få den bistanden og oppfølgingen de trenger. Retningslinjene er for gravide som er i LAR-behandling, pårørende, helsepersonell og stat (ibid).

Det som er viktig når en kvinne i LAR forteller at hun er gravid, er å kartlegge hennes livssituasjon. Norske studier viser til at rusmiddelbrukere har dårligere økonomi, lavere utdanning, mindre sosialt nettverk og dårligere fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2011). For å kunne hjelpe kvinnen og familien er det viktig at hjelpeapparatet får tidlig kontakt med kvinnen og kunnskap om deres liv. Dette skal hjelpe dem på den måten at man



får satt inn hjelpetiltak tidligst mulig (ibid).

Gravide i LAR-behandling har utalt seg gjennom forskjellige forskningsprosjekter om hvordan møte med helsepersonell var i denne behandlingen. Beskrivelsen kvinnene kommer med, er at møte med helsepersonell blir preget av stigmatisering, mangelfull informasjon og at helsepersonell uttaler sine private meninger (Helsedirektoratet, 2011). Det er viktig at helsepersonell har ikke-dømmende holdninger og respekterer kvinnen. Dette kan føre til en god relasjon mellom kvinnen og helsepersonell. Kvinnen kan da føle seg tryggere i sin behandling og lettere tilegne seg kunnskap og forståelse om oppfølgingsbehovet barnet vil ha (ibid).

## Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Haugesund, 10.04.2015

### Samtykke

Informanten som her blir intervjuet vil bli anonymisert gjennom hele bacheloroppgaven og intervjuet. Samtidig ber vi om å få bruke et analogapparat. I oppgaven kommer vi ikke til å bruke alle erfaringene og informasjonen vi får tildelt, men det som er det mest relevante ifht vår oppgave. Da oppgaven er ferdig skrevet og innlevert vil vi slette lydopptaket på analogapparatet. Hvis informanten ønsker å skifte mening og vil slettes fra oppgaven, kan dette kreves. Vi har gjennom Diakonhjemmet høgskole skrevet under på en taushetserklæring. Denne vil også gjelde under intervjuet og hele prosessen ifht bacheloroppgaven.

Jeg har lest vilkårene og herved bekreftet at jeg har lest kontrakten og akseptert dette.

Om du skulle endre mening kan vi kontaktes på mail:

Sted

Dato

-----  
Informant

Studenter:

Marie Amdal Osvåg -

Tlf: 911 35 129

e-mail: [maosvag@gmail.com](mailto:maosvag@gmail.com)

Annica Christensen

Tlf: 934 99 405

email: [annica\\_vea@hotmail.com](mailto:annica_vea@hotmail.com)

Marita Stokkenes Hettervik

Tlf: 482 80 067

e-mail: [marita\\_hettervik@hotmail.no](mailto:marita_hettervik@hotmail.no)

**Veileder:**

Hanne Line Wærness

e-mail: [hanne.l.waerness@diakonhjemmet.no](mailto:hanne.l.waerness@diakonhjemmet.no)