

**MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG
MAJO5900**

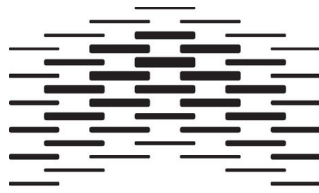
Oktober 2016

**Kvinner i Legemiddelasstert rehabilitering, erfaringer og
opplevelser med omsorg under fødsel**

Navn: Ulla Salthammer Fritzsønn
Veileder: Tine Schauer Eri

Antall ord: 14819

**Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord:

Det er mange jeg vil takke for deres bidrag til denne studien. Jeg hadde ikke klart det alene.

Først vil jeg takke informantene som åpnet hjemmene sine for meg og delte av de erfaringer og opplevelser de har i forhold til omsorg på fødestuen. Studien hadde ikke vært mulig uten dere. Dere har vist stor styrke og jeg vet at det for noen har vært tøft å ta frem minnene. Jeg håper dere vil kjenne dere igjen i deler av resultatene. For meg har deres vilje til å dele gjort meg bedre rustet til yrket som ligger foran meg, jeg lover å ta med meg deres erfaring inn i møte med kvinner på fødestuen.

En stor takk til Ida, Laila og Vivian på ProLAR, SMIL for at dere valgte å involvere dere i prosjektet. Jeg vet at dere har mange henvendelser og jeg er glad for at dere så anledning til å gå videre med denne studien. Det har vært til uvurderlig hjelp at dere har tatt ansvar for rekruttering av informanter, og jeg har hatt stor utbytte av de faglige diskusjonene. Dere gjør et fantastisk arbeidet.

Takk til Tine Schauer Eri som har hatt tro på prosjektet hele veien, og som har stått i min frustrasjon, som til tider har vært stor. For verdifull veiledning i form av samtaler og kommentarer. Jeg har lært mye både om kvalitativ forskning og skriveprosessen underveis.

Takk til Tonje for faglige diskusjoner, og for at du har vært opptatt av temaet og bidratt til å øke min nysgjerrighet, takk til Cristina som har tatt seg tid til gjennomlesning. Og takk til Cathrine for at du ble med meg på ferden gjennom Norge.

Takk til Andreas, Eik og Engle som har måtte holde ut i et kaos disse månedene. Til Andreas som tålmodig har gjennomlest, kommet med konstruktiv kritikk og tålt mottagelsen av den, før de har ført til nødvendige endringer.

Sammendrag:

Tittel: Kvinner i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), erfaringer og opplevelser med omsorg under fødsel **Hensikt:** Innsikt i hvordan kvinner i LAR opplever omsorg under fødsel, slik at jordmor erverver kunnskap som gjør henne i stand til å ivareta kvinnene og gi optimal fødselsomsorg. **Problemstilling:** *Hvordan opplever kvinner i LAR omsorg under fødsel?* **Metode:** Kvalitativ design, med semi-strukturerte forskningsintervju. Fortolket gjennom induktive analyse **Resultat:** Analysen resulterte i fem temaer; *Å møte på fødeavdelingen med negative forventninger i bagasjen, Jordmors trygge autoritet, Kommunikasjon som grunnleggende verktøy, Jordmors handlinger og Omsorgsrelasjon som resultat av møte* **Konklusjon:** Omsorgsrelasjonen oppstår som et resultat av møte mellom kvinnens forventninger om å bli møtt med fordommer og jordmors handlinger og væremåte.

Emneord: *Legemiddelassistert rehabilitering, Buprenofin, Metadon, Jordmor, Fødsel, Svangerskap, Omsorg, Omsorgsrelasjon*

Abstract:

Title: Women in Opioid substance treatment (OST) and how they experience care during labor. **Purpose:** Gain insight in how women in OST experience care during labor, with the aim of providing the midwife with knowledge of how to offer optimal care. **Problem:** *How do women in OST experience care during labor?* **Method:** Qualitative design with semi-structured research interviews. Interpreted through an inductive analysis. **Result:** The analysis resulted in five themes; *Arriving at the maternity ward with negative expectations, The midwives comforting authority, Communication as a basic tool, The significance of the midwives actions and A relationship based on care as a result of the meeting* **Conclusion:** A care-based relationship between the midwife and the women, is a result of the meeting between her expectation of being met with prejudice and the midwife's actions and behavior.

Key words: *Opioid substance treatment, Buprenorphine, Methadone, Midwife, Labor, Pregnancy, Care, Relationship-based care*

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.2 Bakgrunn	1
1.3 Hensikt.....	5
1.4 Oppgavens oppbygning.....	5
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	6
2.1 Fra Rusmisbruker til LAR pasient	6
2.2 Omsorg	7
2.3 Jordmorsomsorg	8
2.4 Å bli mor	10
3.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE	12
3.1 Metodologi og vitenskapsteori.....	12
3.1.1 Forske på sårbare	13
3.2 Kvalitativ design.....	13
3.2.1 Samhandlingens Innvirkning på kunnskapen.....	14
3.2.2 Fortolkning av datamaterialet.....	14
3.2.3 Forforståelse	15
3.2.4 Utvalg og rekruttering.....	16
3.2.5 Presentasjon av informantene	16
3.2.6 Intervjuene og kontekst.....	17
3.2.7 Transkribering	18
3.3 Analyse av datamaterialet.....	19
3.4 Etske refleksjoner.....	21
4.0 RESULTAT	23
4.1 Å møte på fødeavdelingen med negative forventninger i bagasjen.....	23
4.2 Jordmors trygge autoritet	25
4.3 Kommunikasjon som grunnleggende verktøy	26
4.4 Jordmors handlinger	27
4.5 Omsorgsrelasjon som resultat av møte.....	29
4.5.1 Sammenheng og påvirkning	30
5.0 DISKUSJON	31
5.1 Diskusjon av resultatene av analysen.....	31
5.1.1 Kvinnens forventning som premiss i omsorgsrelasjonen	31
5.1.2 Jordmors muligheter for å påvirke omsorgsrelasjonen gjennom autoritet, kommunikasjon og handlinger.....	33
5.1.3 Omsorgsrelasjon som resultat av møte, om sammenheng og påvirkning	36
5.2 Refleksjon over egen forforståelse og antagelser	37
5.3 Diskusjon av studiens kvalitet.....	39
6.0 KONKLUSJON	42
LITTERATURLISTE	43

Vedlegg:

1: Vedtak REK 2: Godkjenning NSD 3: Informasjonsbrev og samtykke 4: Intervjuguide

1.0 INNLEDNING

1.1 Tema og problemstilling

I Norge fødes det hvert år 30-50 barn av kvinner i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I følge retningslinjer gitt av Helsedirektoratet skal kvinnene i LAR gis omsorg under fødsel på lik linje med andre kvinner (Helsedirektoratet, Bakstad, & Welle-Strand, 2011). LAR for gravide er et omdiskutert tema som vekker sterke følelser hos mange. Norske helsemyndigheter har i likhet med en rekke andre vestlige land godkjent LAR for gravide i tråd med WHO sine anbefalinger (WHO, 2009). Dette gjelder både for kvinner som allerede er i behandling på tidspunkt for graviditet og for kvinner som på grunn av sin rusadferd, etter utprøving av andre tiltak, blir satt under behandling på tvangsvedtak. Det forskes i dag mye på konsekvensene for barna som utsettes for behandlingen mens de enda er i sin mors mage, mens det finns lite forskning som tar for seg kvinnenes opplevelse av fødselsomsorgen. Denne studien vil ikke ta stilling til hvor vidt det er riktig å tilby LAR til gravide kvinner, men ta utgangspunkt i de betingelsene som er gitt av Helsemyndighetene. Kvinner som føder barn i LAR har økt risiko for komplikasjoner og er betegnet som en sårbar gruppe, denne studien vil undersøke deres erfaringer og opplevelser i forhold til omsorg under fødselen.

Problemstilling ”*Hvordan opplever kvinner i LAR omsorg under fødsel?*”

1.2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg undersøke og redegjøre for relevant forskning og tilgjengelige offentlige dokumenter som kan gi en oversikt over den kunnskapen som er akkumulert rundt temaet. Jeg har søkt etter relevant litteratur gjennom Bibsys og gjennom å undersøke aktuelle publikasjoner innenfor feltet. For å finne frem til relevant forskning har jeg gjort et strategisk søk i ulike databaser. Jeg har forsøkt å holde meg til jordmor- og sykepleie faglig artikler, men har i tillegg undersøkt artikler fra det rusfaglige feltet og medisinsk innrettet forskning. Databasene jeg har søkt i er Cochrane, Chinal (Cumulative Index to Nursing and Allied Health), Medline og Maternity and infant care. Jeg har benyttet meg av Mesh på norsk og engelsk og jeg har anvendt søkeordene: *opioid substance treatment, opiate maintenance treatment, medication assisted treatment, medication assisted rehabilitation, Buprenorphine, methadone, parturition, labor, pregnancy, nurse-patient relations og patient care* i ulike kombinasjoner. I de overnevnte kanalene var det ingen artikler som direkte omhandlet problemstillingen i denne studien. I Cochrane var det 11 artikler som omhandlet LAR, men

ingen som omhandlet omsorg for gravide eller fødende. I de øvrige databasene hadde jeg en del treff som omhandlet LAR, men de var fortrinnsvis kvantitative og med en medisinsk innretning. I all hovedsak omhandlet de bruken av medikamentene og påvirkningen medikamentene har for utfall hos mor og barn. Mange av studiene tar for seg neonatal abstinenssyndrom (NAS) hos barnet og hvordan utfallet hos barnet er på kort- og lang sikt. Noen av artiklene tok for seg kunnskapsnivå, stigmatiseringen og holdningene til jordmødre som jobber med gravide LAR pasienter (Radcliffe, 2011) og (Messaadi, Pansu, Evezard, Debrabant, Deruelle & Cottencin, 2014). Begge studiene er fra England hvor det kan se ut som om det i forskningen ikke har vært tradisjon for å differensiere mellom gravide rusmisbrukere og gravide i LAR. Et mindretall av artiklene var av kvalitativ design og en av artiklene omhandlet kvinnenens opplevelser av å være gravid i LAR (Varty & Alwyn, 2011). Artiklene nevnt over vil bli presentert i dette kapitlet, samtidig som jeg vil legge frem noe medisinsk forskning som synes relevant for tema for å bidra til en helhetlig forståelse (Welle-Strand, 2015a).

Utgangspunktet for arbeidet med denne studien er anbefalingene fra WHO (WHO, 2009) og retningslinjene for gravide i LAR (Helsedirektoratet et al., 2011). Jeg vil starte med å presentere disse med fokus på hovedtrekkene som angår fødsel. WHO er tydelige i sine formodninger og anbefaler at alle opiatmisbrukere som får konstatert graviditet starter opp med LAR. Videre anbefaler de at kvinner som er under behandling i LAR blir stående på behandlingen. WHO anbefaler ikke at kvinnen forsøker å trappe ned, heller ikke der hvor kvinnen selv ønsker det. Begrunnelsene de gir er at risikoen for tilbakefall er høy og at utfallet av fødsel er langt dårligere om kvinnen har hatt tilbakefall på Heroin. De norske Retningslinjer for gravide i LAR ble utgitt i 2011 og lener seg på WHO sine anbefalinger. Retningslinjene anbefaler at man skal videreføre LAR under graviditeten og starte opp med LAR for opiatmisbrukere som ikke er under behandling ved konstatering av graviditet. De norske retningslinjene åpner også for tvangsvedtak der det skulle være nødvendig. Det som skiller de Norske retningslinjene fra WHO sine anbefalinger er at de er mer åpne for muligheten til å trappe ned på medisiner under graviditeten, men er varsomme på abstinenssymptomer hos mor, da de i seg selv kan påføre fosteret mye stress. De belyser også muligheten for at fosteret gjennomgår intrauterine abstinenser (Helsedirektoratet et al., 2011). På samme måte som svangerskapet hos en kvinne i LAR er betraktet som risikosvangerskap, er det også risiko forbundet med selve fødselen. Dette handler i stor grad om risiko for barnet og mulighet for å utvikle NAS, men også at barnet står i fare for å bli født med en lavere

fødselsvekt. Kvinner med risikosvangerskap er sikret plass på sykehus med spesiell kompetanse (Helsedirektoratet et al., 2011).

Hensikten med doktorgraden til Welle-Strand (2015a) var å studere utfallet for kvinnen og den nyfødte når kvinnen bruker LAR-legemidler i svangerskapet. Hun ønsket videre å sammenlikne nyfødtfunn etter kvinnes bruk av henholdsvis metadon og buprenofin i svangerskapet (Lund, Fischer, Welle-Strand, O'grady, Debelak, Morrone & Jones, 2013) samt å studere effekten av amming på NAS (Welle-Strand, Skurtveit, Jansson, Bakstad, Bjarkø & Ravndal, 2013). Hun ønsket også å se på i hvilken grad kvinnene trappet ned medisinbruken i løpet av svangerskapet og hvilken effekt det hadde på den nyfødte (Welle-Strand, 2015b). Hun fulgte 139 kvinner i LAR gjennom svangerskapene og de 161 nyfødte barna kvinnene fikk mellom 1996 og 2009. Hennes resultater tyder på at både metadon og buprenorfin er akseptable legemidler å bruke under graviditet. Hvis LAR skal startes under graviditet, bør buprenorfin vurderes som førstevalg på grunn av bedre vekstparameter for fosteret. Studien fant at det er en fordel å amme nyfødte som har blitt eksponert for LAR legemiddel under graviditet, da dette virker positivt på fosteret grunnet en noe lavere forekomst og kortere varighet av legemiddelbehandling for NAS. I studien fant hun at mindre en 20 % av kvinnene trapper vesentlig ned på legemiddeldoseringen under graviditeten. Det eneste signifikante funnet ved nedtrapping var noe økt fødselsvekt hos metadoneksponerte nyfødte hos kvinner som hadde trappet ned over 50% av legemiddeldosering. Studien konkluderte med at det trengs mer forskning og at kvinner som prøver nedtrapping under graviditet må følges opp tett av helsepersonell.

Studien til Radcliffe (2011) har sett på stigmatisering av kvinnelige stoffmisbrukere og kvinner i LAR i fødselsomsorgen. Hensikten med studien var å undersøke hvordan jordmødre identifiserte problemer og hvordan de arbeidet med gravide rusmisbrukere og/eller gravide i LAR. Studien er fra London og har intervjuet tilsammen 22 ansatte i svangerskap- og fødselsomsorgen, informantene består av jordmødre med og uten videreutdanning ved tre store sykehus, jordmødre i kommunehelsetjenesten, ansatte på barselavdelingene og ultralyd jordmødre. De gjennomførte både individuelle intervjuer, samt fokusgruppeintervjuer. Samtidig intervjuet de 24 kvinner som hadde født barn innenfor de siste 2 årene på et av de inkluderte sykehusene. Alle bortsett fra 2 av informantene var i LAR gjennom graviditeten. Studien fant at Jordmødrene var utsatt for å ta til seg stereotypene og stigmatiserende holdninger, men at disse holdningen kan endres. De jordmødrene som hadde mottatt

undervisning på område sosial og emosjonell erfaring hos misbruk- eller LAR kvinner, var mer aksepterende og empatiske og hadde mindre sannsynlighet for å ty til stereotypier om kaos og elendighet. Paradoksalt nok ga denne kunnskapen også de ansatte en ydmykhet til å erkjenne nivåer av usikkerhet og kunnskapshull. Forskerne poengter at selv om ansatte i fødselsomsorgen spiller en viktig rolle i svangerskapsoppfølgingen av kvinnelige stoffmisbrukere og kvinner i LAR, så trenger de å opparbeide seg kunnskap om de vanskelige omstendighetene og livserfaringene rusmisbruket har ført med seg, for å kunne møte henne på hennes nivå. For å hindre stigmatiserende holdninger i fødselsomsorgen må det rettes et fokus på kunnskapsbaserte modeller og teknikker fra spesialiserte tjenester for denne gruppen kvinner, slik at ansatte i fødselsomsorgen og svangerskapsomsorgen når gjennom til dem.

Også studien til Messaadi et al. (2014) viser at det er behov for økt kunnskap hos jordmødre som ivaretar LAR pasienter gjennom svangerskapet. Hensikt med studien var å undersøke hvorvidt jordmødre hadde erfaring med å jobbe med gravide i LAR og undersøke nivå av kunnskap. Jordmødrene ser pasientene gjentatte ganger i svangerskapet og har derfor mulighet for å overvåke kvinnen og fosteret. De innhentet spørreskjemaer fra 159 jordmødre som arbeider i svangerskapsomsorgen i byen Lille i Frankrike, hvorav 110 spørreskjemaer ble inkludert i studien. Resultat deres var at jordmødre var kjent med effekten av heroin på graviditeten, men var ikke kjent med LAR. De hadde lite kunnskap om de veldokumenterte fordelene ved at gravide kvinner ble inkludert i LAR behandling, og de viste også liten kunnskap om riktig dosering og nødvendig overvåking av kvinnene ved en eventuell nedtrapping av LAR medisiner i graviditeten. De konkluderte med at opplæring av jordmødrene spilte en viktig rolle for redusere risiko og at jordmødre bør ha god kjennskap til LAR. I følge deres analyse krever det spesifikk undervisning om tema.

Hensikten med studien til Varty and Alwyn (2011) var å få et innblikk i de erfaringene kvinnene hadde med å ta Metadon eller Buprenofin i svangerskapet. Studien er gjennomført med kvalitativ design hvor de har utført semi-strukturerte forskningsintervjuer med 6 gravide kvinner i LAR, bosatt i en større by i Wales. Deres hovedfunn er at kvinnene vil det beste for sine barn og at dette kan være en motiverende faktor for å søke LAR. De fant at kvinnen følte skyld, skam og var flau noe som førte til at det å søke hjelp og komme inn i behandling kunne føles uoverkommelig. Kvinnen ønsket mer støtte av LAR i form av mer hyppige møter og testing. Videre fant de at amming kunne være en motiverende faktor for avholdenhet fra heroin og at selve stunden med amming potensielt var en sårbar tid for kvinnen. De

konkluderte med at det finnes lite kunnskap om kvinner i LAR og spesielt gravide kvinner, og at den kunnskapen som finnes fokuserer hovedsakelig på klinisk utfall for svangerskapet og den nyfødte. Funnen i studien indikerer at det er mye å lære ved å lytte til kvinnen selv. Selv om kvinnen i studien rapportere om noen like erfaringer, var det allikevel de individuelle historiene til hver kvinne som var mest slående. Studien viste at en proaktiv tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å engasjere disse kvinnen og at hjelpetilbudet er nødt til å være individuelt tilpasset for å møte deres behov.

Ingen av forskningsartiklene jeg har funnet gir direkte kunnskap om fødsel. De strategiske søkene i databasene og forskningen presentert over understøtter at det trengs mer kunnskap om gravide kvinner i LAR og deres opplevelser og erfaringer under fødsel. Et kunnskapshull denne studien vil bidra til å fylle.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få innsikt i hvordan kvinner som er i LAR opplever omsorg under fødsel, slik at jordmor kan erverve kunnskap som gjør henne i stand til å ivareta kvinnene under fødsel og gi optimal fødselsomsorg.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp av 6 kapitler. I 1. kapittel vil tema, problemstilling, bakgrunn og hensikt for studien bli presentert. I 2. kapittel vil jeg fremlegge den teoretiske referanserammen som skal bidra til å forstå og belyse resultatene av analysen. I kapittel 3 vil jeg redegjøre for vitenskapsteori og de metodiske valg jeg har gjort underveis i studien. I kapittel 4 vil resultatene av analysen bli presentert. I kapittel 5 vil jeg innledningsvis diskutere resultatene i lys av den teoretiske referanserammen, faglitteratur og forskning på tema. Deretter vil jeg reflektere over egen forforståelse og antagelser, for videre å diskutere kvaliteten på studien. I det siste kapittel, kapittel 6 vil jeg forsøke å konkludere, fremlegge implikasjon for praksis og komme med forslag til videre forskning.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet vil jeg presentere teori som skal brukes til å forstå og belyse resultatene av analysen.

2.1 Fra Rusmisbruker til LAR pasient

For å skape en forståelse for de store endringene rusbehandling har vært gjennom i den senere tid og hvilke felles erfaringer informantene har med seg inn i studien, vil jeg kort gå inn på organiseringen av rusomsorgen og hva det innebærer å ha en fortid som rusmisbruker.

Heroin blir ofte kategorisert som det narkotiske stoffet som har flest skadevirkninger og høyest risiko for dødsfall. Som oftest medfører heroinmisbruk en livstil som er krevende og har mange følgetilstander. Kvinner er regnet for å være spesielt utsatt for risiko som følge av sitt misbruk. Tall fra SIRUS estimerer at det i 2014 eksisterer ca. 8 400 injiserende opiat bruker i Norge (Hordvin & Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 2015).

I Norge ble det startet opp med Metadonassistert rehabilitering (MAR) gjennom to små prosjekter i Oslo i 1991 og 1994. I 1997 ble det i Stortinget bestemt at det skulle tilbys metadonassistert rehabilitering i hele Norge. Det ble satt strenge inkluderingskriterier; brukeren måtte være minimum 25 år, ha vært opiatbruker i minst 10 år og andre medikamentfri behandlingsalternativer skulle vært forsøkt. I 2001 ble Buprenorfin introdusert i LAR og i 2005 ble kravet om å ha vært opiatbruker senket fra 10 til 5 år. Med de nye retningslinjene i 2010 ble kravene ytterligere sluppet opp (Welle-Strand, 2015a). Ved oppstart av behandling i 1997 ble det kalkulert med at antallet opioidavhengige som var i behov av LAR, var mellom seks og syv hundre, et anslag som raskt viste seg å være for lavt. Pågangen til LAR behandling var stor og antall pasienter ekspanderte raskt. Ved utgangen av 2014 var det 7433 pasienter i LAR (Waal, Bussesund, Clausen, Skeie, Håseth & Lillevold, 2015). Samfunnets holdningene til LAR som et alternativ i rusbehandlingen har endret seg i positiv retning, som følge av både nedgang i antall overdosedødsfall og dokumentert positiv behandlingseffekt for de tidligere misbrukerne (Haga, 2011).

Haga (2011) hevder at selv om holdningene til LAR som behandlingsalternativ igjennom årene har blitt endret, er det et stykke igjen å gå når det gjelder holdningene til pasienten. Både blant befolkningen og i hjelpeapparatet er det fremdeles mange som anser pasientene som narkomane, noe som kan medføre stigmatisering. Det blir utfordrende i forhold til å

bygge opp sin identitet som rusfri og velfungerende voksen, når man til stadighet blir konfrontert med manglende kunnskap og holdninger om metadon og buprenorfin som rusmiddel og pasienten som narkoman. I tillegg kan et langt liv som rusmiddelmissbruker, med en tilværelse preget av rotløshet og sosial utstøting gjør det utfordrende å håndtere hverdagen uten bruk av rusmidler. Da pasienten ofte har opplevd å bli møtt med konfrontasjon og fordømmelse i ulike sammenhenger, blir det viktig å gi pasienten tid, vise interesse og lytte til hennes opplevelse, heller enn å fortelle hva som vil være best. Dette vil være gode komponenter for relasjonsbygging (Haga, 2011).

Forskningen til Welle-Strand (2015a) viser at de fleste kvinner i Norge som føder barn i LAR, allerede er i behandling på tidspunkt av unnfangelse og at de har vært i behandling i over ett år. I følge retningslinjene bør kvinner i LAR som blir gravide gjøres kjent med de medisinske dilemmaene, blant annet hvilken påvirkning det kan ha på barnet og eventuelt utviklingen av NAS (Helsedirektoratet et al., 2011). Hvis de ønsker nedtrapping bør det gjennomføres på en sånn måte at det blir minst mulig abstinenser for henne og barnet (Lorvik & Hansen 2011). Det bør ikke legges press på henne, verken indirekte eller direkte om hva hun skal gjøre, men det anbefales at det skal være åpenhet, slik at hun underveis kan bestemme seg utfra de abstinensene hun opplever (Lorvik & Hansen, 2011).

2.2 Omsorg

Å yte omsorg har eksistert i alle tider, og det å få omsorg er et menneskelig behov. Det er helt nødvendig for at menneske skal overleve og utvikle seg. Å gi omsorg er noe naturlig og nødvendig i mellommenneskelige relasjoner. Gjennom historien har man sett det i forhold til foreldre og barn, hvor man har gitt omsorg til hverandre i perioder hvor det har vært nødvendig. Omsorg kan deles inn i to kategorier; den naturlige omsorg og den profesjonelle. Den naturlige finnes naturlig innebygget i oss, den profesjonelle bygger på den naturlige innebyggede omsorgen, men innehar i tillegg profesjonell kompetanse bygget på vitenskap og etikk (Söderlund, 2012).

Profesjonell omsorg har sin grunn i den humanvitenskapelige tradisjon, men befinner seg i skjæringspunktet mellom flere vitenskaper. Det er viktig for å forstå omfanget av omsorgen og studere, beskrive og reflektere over omsorgens mange uttrykk. Omsorgen utføres ut i fra en ontologisk base som består av etiske valg, de etiske valg ligger til grunn for holdning og handlinger (Berg & Lundgren, 2010).

Omsorgen kan forstås som en arena som er preget av ansvar og samarbeidet. Det fremtrer en grunnleggende omtanke for mennesket, en dyp respekt og et ønske om å lindre deres lidelse og få dem til å se en mening med livet tross sykdom og lidelse. Det eksisterer et ønske om å verne om pasientens verdighet. Det handler om respekt for, og imøtekomme pasienten som et unikt menneske (Söderlund, 2012).

Denne studien tar utgangspunkt i Berg and Lundgren (2010) sin tolkning av begrepet omsorg. De bruker det engelske begrepet *care* og det svenske begrepet *vårdandet*. Det gis meningen; behandling, pleie og omsorg, som innebærer å vise oppmerksomhet, beskytte og vokte. Omsorg innebærer å gi liv og næring.

2.3 Jordmoromsorg

I dette kapitlet skal jeg presentere Berg og Lundgren (2010) sin teori ”Att Stödja og Stärka”, en sentral teori i jordmorfaget, den skal anvendes for å belyse og forstå resultatene av analysen i studien.

Berg and Lundgren (2010) er opptatt av å undersøke hvordan jordmor kan påvirke fødselsforløpet for å sikre en positiv fødselsopplevelse. Dette er viktig fordi fødsel regnes som en sentral livshendelse og den kan ha betydning for mor-barn tilknytningen. Det er forskjellige faktorer som påvirker hvordan kvinnen opplever fødselen, men den viktigste faktoren for en positiv fødselsopplevelse er opplevelsen av støtte. Støtte kan gis av blant annet jordmor.

I det normale fødselsforløpet viser Berg and Lundgren (2010) sin forskning til at stillhet, nærvær og tillitt er sentrale begreper i møte mellom fødekvinnen og jordmor.

Kvinner som får vite at det er en økt risiko for komplikasjoner hos enten henne selv eller barnet er ekstra sårbare og utsatte. Denne delen av teorien er derfor særlig relevant for denne studien som omhandler sårbare kvinner og barn med økt risiko

Berg og Lundgren (2010) har utviklet en teoretisk modell for å gi jordmødre et redskap for å sikre optimal omsorg for kvinner med økt risiko. Modellen har fått navnet *Genuin omsorg for det genuine*. Genuin omsorg uttrykker både en måte å være på, en holdning og en handling, selve aktiviteten i omsorgen.

Modellen er bygget opp av tre deler:

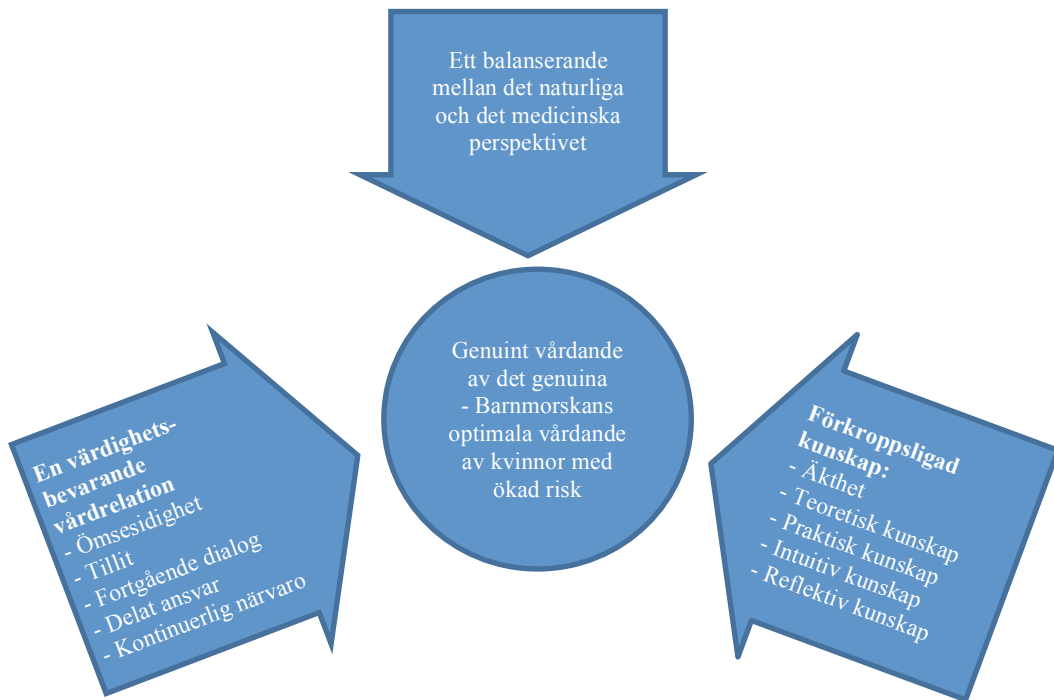
- Verdighetsbevarende omsorgsrelasjon
- Legemliggjort kunnskap
- Balanse mellom det naturlige og det medisinske prinsipp

En verdighetsbevarende omsorgsrelasjon består av fem deler som er nært knyttet sammen *Gjensidighet, tillit, fortløpende dialog, delt ansvar og kontinuerlig nærvær*. *Gjensidighet* oppstår når vi gjennom en interaktiv prosess åpner opp for hverandre. *Tillitt* innebærer at jordmor har tillit til kvinnen som person, til hennes kapasitet og følelser som gravid og fødende. For Kvinnen innebærer det å vise tillit til jordmor som person og til hennes profesjonelle kunnskap. Gjennom å holde kvinnen informert om alt som skjer, også der hun ikke spør legges grunnlaget for en *fortløpende dialog*. Gjennom å ha kontrollen til å overgi ansvaret til profesjonelle og ha tillit til kompetansen, opprettholdes *et delt ansvar*. *Kontinuerlig nærvær* inkluderer fysisk og følelsesmessig nærvær.

Legemliggjort kunnskap uttrykker at kunnskapen er dypt forankret og integrert i jordmoren. Kunnskapen kommer til syne ved at jordmor bruker sine sanser. Legemliggjort kunnskap består i; *å være ekte*, som innebærer å være seg selv og akseptere sin personlighet og sine følelser samtidig som man benytter sine *teoretiske og erfaringsbaserte kunnskaper*. Denne kunnskapen innebærer også teoretisk kunnskap og praktisk erfaring om komplikasjoner og sykdommer som kan medføre negative hendelser i forbindelse med barnefødsel. Det vil si at det forutsetter og innebærer en *reflektiv kunnskap* som er evnen til å reflektere over en situasjon og hvordan den er håndtert, også der det ikke har gått bra. Det finnes ingen snarvei til godt forankret kunnskap men det innebærer at man utsettes for et bredt utvalg av situasjoner gjentatte ganger. Gjennom det kan det vokse frem en *intuitiv kunnskap* som er et viktig redskap for å forstå og tolke en kvinnes tilstand og behov.

Den tredje og siste del av modellen innebærer at jordmor må finne en balanse mellom det naturlige og det medisinske perspektiv slik at begge perspektiv kan få plass samtidig. At jordmoren også ved barnefødsler hvor det er økt risiko, evner å se fødselen som en naturlig fysiologisk og følelsesmessig livshendelse. Å gi omsorg for det genuine og normale hos hver kvinne, handler om å støtte hennes utvikling og vekst inn i morskapet. Det er jordmors rolle å gi støtte til morskapet uansett situasjon.

Illustrasjon av den teoretiske modellen ”genuin omsorg for det genuinet”



(Berg & Lundgren, 2010, p. 151).

2.4 Å bli mor

Å bli mor er en stor livshendelse. For å forstå hvilke forandringer kvinner går igjennom og hvordan omsorg fra jordmor under fødsel kan spille inn på samspele mellom mor og barn, vil jeg i dette avsnitte gå nærmere inn på betydningen av å bli mor.

Graviditeten er en spesiell tid for kvinnen hvor hun befinner seg i et grenseland mellom ulike identiteter. Hun er på vei inn i moderskapet og det medfører en reise hvor hun reflektere over hvem hun er, hvor hun er på vei og hva hun har med seg av bagasje fra egen oppvekst, oppsummert i spørsmålet; hvem blir jeg som mor? Den kommende oppgaven kan kjennes overveldende og hun kan vekselvis kjenne på følelse av selvtillit og avmakt. Hvis kvinnen gir rom for ambivalensen, både gleden og sorgen, kan det bidra positiv til graviditetsprosessen (Brodén, 2004).

Morskapet vil både oppleves og utøves ulikt og det finnes mange variasjoner i mor-barn relasjonen. Tilknytningen til barnet påvirkes av faktorer som kvinnens historie, personlighet

og livssituasjon. Noen kvinner kjenner en umiddelbar følelsesmessig tilknytning, mens andre kan kjenne på angst ovenfor nærhet til barnet og beskytte seg gjennom å holde en vis avstand (Berg & Lundgren, 2010). Forskning til Mercer (2004) viser at det er en sammenheng mellom tilknytning til barnet under graviditeten og mors tilknytning til barnet etter fødsel. Videre kan en angstfull og traumatisk fødsel medføre følelsesmessige blokkeringer ovenfor barnet. På den andre siden kan kvinner med en positiv fødselsopplevelse se ut til å ha det lettere for å knytte seg til barnet (Berg & Lundgren, 2010).

Kirkham (2010) hevder at dersom det etableres et godt samarbeid mellom kvinnen og jordmor under fødselen, vil det ha langsiktig påvirkning på kvinnens morsrolle. Hun argumenter med at kvinner som har følt seg styrket i fødsel vil ta med seg selvtilliten inn i rollen som mor og bruke den til å styrke familien. Kirkham (2010) understreker at man ikke skal undervurder effekten av en positiv fødselsopplevelse.

3.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE

”Hvad er sand viden, og hvordan kan vi være sikre på, at det, vi tror, vi ved, er viden i vitenskabelig forstand?” (Koch & Vallgård, 2011, p. 43).

I dette kapitlet vil jeg presentere vitenskapsteorien og de metodiske valg jeg har gjort underveis i prosjektet

3.1 Metodologi og vitenskapsteori

Koch and Vallgård (2011) svarer på hva teori er, ved å forslå tre forskjellige grunnmetaforer. Gjennom å tydeliggjøre og forklare disse ønsker jeg å øke leserens forståelse av min oppfattelse av teori, og dermed også si noe om min abstraksjon og ontologi.

De tre grunnmetaforer de forslår er en *representasjon* av empirien, en *bokseåpner* til å åpne og forstå empirien og en *linse* til å se den gjennom. Med *representasjon* av empirien menes det å forstå teorien, som det vi allerede vet i forveien. Her vil teorien typisk fremlegges som en oversikt over eksisterende studier. Når en bruker *bokseåpner* i møte med teorien vil teorien komme til synet gjennom hele oppgaven, den åpner for flere måter å bygge opp teorikapitlene på. Med utgangspunkt i denne oppfattelse av teorien, er teorien noe man aldri blir ferdig med, og noe som er med til å bestemme hva som skal undersøkes. Det er noe man bruker før studiet går i gang for å innsnevre en problemstilling og noe man kan bruke for å forstå resultatet av analysen. Ved å bruke *linse* til å forstå teorien vil teorikapitlet konsentrere seg om å presentere ”linsen” som man legger over materialet, med andre ord det blikket en ser materialet med.

For å besvare problemstillingen i denne oppgaven, har jeg valgt å bruke Koch and Vallgård (2011) sin metafor ”bokseåpneren” for hvordan jeg vil anvende teorien. Jeg har hatt brede rammer for hvilke teori som har vært interessant, men tatt valg underveis som har ført til den teoretiske referanserammen som er presenter i kap. 2. Med denne oppfattelse av teori menes det sjeldent at man kan forstå alle aspekter av et fenomen fullstendig. Og at alt prinsipielt kan undersøkes på mange måter. Hensikten er ikke å forutse fremtidige hendelser, men å nyansere fenomenet opplevd omsorg for meg selv som blivende jordmor og for leseren. slik at en kan opparbeide seg kunnskap om hvordan erfaringer, handlinger og ord påvirker opplevelsen av omsorg.

3.1.1 Forske på sårbare

En presis definisjon av en sårbar gruppe eller person er ikke uproblematisk da det er et sosialt konstruert fenomen. I et forsøk på å definere begrepet sårbar gruppe argumentere Liamputtong (2007) at en sårbar gruppe er en gruppe av befolkningen med økt risiko for problemer. Hun fremlegger at sårbare mennesker vil inkludere de som er fattig, sosialt på sidelinjen, diskriminerte og/eller utsatt for stigma. Begrepet sårbar brukes ofte om hverandre med begreper som sensitiv, vanskelig-og-nå og skjult befolkning. Informantene i denne studien er kvinner som har født barn mens de er i LAR. Helsedirektoratet et al. (2011) beskriver at mange av kvinnene som blir gravide og føder barn i LAR har mangelfullt støttende nettverk og at de har en generelt lav sosioøkonomisk status. Videre beskriver hun at kvinnen ofte har en forhistorie med oppfølging fra hjelpeapparatet, mange helt tilbake til barn- og ungdoms årene. Halvparten av informantene i denne studien har fra tidligere barn hvor barnevernet har overtatt omsorgen. Derav har de mange sårbarhetsfaktorer med seg inn i studien og i møte med det profesjonelle hjelpeapparatet.

I følge Liamputtong (2007) stiller dette særlig krav til forskeren som først må stille seg spørsmålet om fordelene ved studien overveier ulempene. For å ivareta informantene, er det viktig at de valgene vi tar har en underliggende moral, og et ønske om å vise respekt og omsorg for den andre og fremme likeverdighet. Jeg har i denne studien forsøkt å være bevisst mine intervju spørsmål slik at resultatet ikke fører til ytterligere diskriminering, marginalisering eller stigmatisering.

3.2 Kvalitativ design

Valg av forskningsmetode avhenger blant annet av hvilken problemstilling man ønsker å belyse og hvilke intervju spørsmål som stilles i studien (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015) Problemstillingen i denne studien er å undersøke hvordan kvinnene i LAR opplevde omsorg under fødsel. Ved å bruke kvalitativ design kan jeg få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventinger. Det kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Kvalitativ tilnærminger passer godt for å utforske samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2011).

I følge Liamputtong (2007) er kvalitativ forskning spesielt godt egnet til forskning som innebefatter sårbare grupper. Hun fremhever at i kvalitativ forskning vil veien lede til målet. Forskeren går sammen med deltageren, spør spørsmål som leder til at deltageren forteller sin

historie om levd liv. Kvalitativ forskning er fleksibel og bevegelig, derfor passer det for å forstå meningen, tolkningen og den subjektive erfaringen hos en sårbar gruppe.

3.2.1 Samhandlingens Innvirkning på kunnskapen

I følge Malterud (2011) inneholder samtaler mellom mennesker både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Vi skaper gjennom ordene, den virkelighet vi er en del av.

I denne studien er det gjennomført intervjuer og kunnskapen har blitt utviklet i felleskap. Kvale et al. (2015) kaller det et vekselspill mellom de som vet, og det som vites, mellom de som konstruerer kunnskap, og kunnskapen som blir konstruert, mellom aktørene som iscenesetter intervjuets samtale kontekst og den kontekst som bestemmer hva aktørene sier.

Når en gjennomfører kvalitative intervjuer vil konteksten rundt samtalen være en påvirkende faktor for kunnskapsutviklingen. Det blir derfor viktig at jeg som intervjuer vet hva som foregår mellom deltagerne i samtalen, og hvilke innvirkning det har for tolkningen og funn (Malterud, 2011). Intervjuene i denne studien ble foretatt i det private hjemmet til informantene, dette vil jeg komme tilbake til under kap. 3.2.6 Jeg som intervjuer er under utdanning for å bli den profesjonen de skal si noe om. Det ble derfor viktig for meg å tydeliggjøre for informantene at jeg ikke var ute etter en gitt opplevelse, men etter den erfaring de satt igjen med. Egen forforståelse og antagelser er forsøkt fremlagt i kap. 3.2.3 og vil komme til syne senere i oppgaven når jeg skal tolke og forstå resultatene i diskusjonen.

3.2.2 Fortolkning av datamaterialet

I denne studien har jeg hatt en Hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale et al., 2015).

Gjennom å benytte den hermeneutiske sirkel bruker man prinsippet om en kontinuerlig frem- og tilbake prosess mellom deler og helhet. Jeg har forsøkt å tolke teksten for å finne mening, gjennom å gå ut over det som direkte blir sagt og finne meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer umiddelbart (Malterud, 2011). Den hermeneutiske sirkel vil komme til syne i denne studien både for å forstå den teoretiske referanserammen og i analysen av datamaterialet.

Når jeg i denne studien har foretatt kvalitative intervjuer vil det være vanskelig å henvise til objektive sannheter, da det som undersøkes er kvinnens subjektive opplevelse slik hun husker den i denne konteksten. Derfor stilles det store krav til beskrivelse av metode og de valg som er gjort underveis. Det har også vært viktig å gi leseren innblikk i den teoretiske referanserammen og hvordan den skal brukes, de metodologiske valg og min personlige forforståelse. (Koch & Vallgård, 2011).

3.2.3 Forforståelse

Et møte med andre mennesker eller nye situasjoner skjer aldri med helt blanke ark. Inn i møte har vi med oss en forforståelse. Dette handler om erfaringer, interesser og ervervet kunnskap, som vi har med oss når vi tolker og forsøker å forstå. Forforståelsen gir ofte også forskeren den forkunnskap som gjør det mulig å stille forskningsspørsmålet. Videre kan kunnskapen videreutvikles, omdannes og formuleres (Koch & Vallgård, 2011).

Jeg har i mange år jobbet i rusomsorgen og i barnevernet i Oslo kommune. Jeg har en videreutdanning i Rusproblematikk. Bevissthet rundt egen forforståelse har vært viktig, og jeg har reflektert rundt forskjellige antagelser min forforståelse kan ha medført. Jeg velger her å fremlegge antagelsene, og jeg vil ta de frem igjen for ny refleksjon i diskusjonskapitlet.

Antagelse 1: Det oppstår et dilemma når jordmor skal ivareta mødre i LAR, samtidig som barnet fødes abstinent. Min antagelse er at dette kan påvirke omsorgen jordmor yter ovenfor fødekvinne. Samtidig kan det tenkes at selv om dette skulle være sannferdig er det ikke sikkert at det ”blir med” inn på fødestuen. Det innebærer at jordmødre opptrer profesjonelt og lar holdninger til eventuelle valg mor har tatt bli igjen på utsiden av fødestuen.

Antagelse 2: LAR pasienter har med seg lang erfaring fra aktivt rusmisbruk inn i rollen som LAR pasient. Forskning har vist at dette er en pasientgruppe som er utsatt for stigmatisering (Haga, 2011). At de nå er LAR pasient, men først og fremst en fødende kvinne kan tenkes å spille inn på møte med sykehuset og opplevelsen de har av hvordan de blir møtt med omsorg.

Når jeg gikk i gang med oppgaven stilte jeg meg åpen for hvilke meninger som ville tre frem, og jeg forsøkte å fortolke materialet så grundig og reflektert jeg kunne. Samtidig forsøkte jeg å se på hvordan min egen forforståelse påvirket fortolkningen jeg gjorde.

3.2.4 Utvalg og rekruttering

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling ønsket jeg å få et utvalg av kvinner som har erfaring med å føde barn i LAR og som kunne gi informasjonsrike beretninger om problemstillingen. Det ble derfor utarbeidet inklusjon- og eksklusjons kriterier (Malterud, 2011). Kvinnene som ble inkludert i studien hadde gjennomgått fødselen innenfor de siste 2 år, for å legge beretningene så nærme nåtid som mulig. Alle kvinnene som ble inkludert har beholdt omsorgen for barna etter fødsel. Grunnlaget for dette kriteriet var at studien hadde som hensikt å belyse opplevelsen av omsorg de mottok under fødsel, og det kan tenkes at dersom kvinnen har mistet omsorgen for barnet vil opplevelsen være preget av dette. Videre vurderte jeg at det kunne oppleves som en merbelastning å skulle gjennomgå intervjuer knyttet opp mot en slik erfaring.

Kvinnene ble rekruttert gjennom en organisasjon som heter ProLAR, SMIL ”sammen midt i livet”. Det er en brukerorganisasjon som i samarbeid med fagpersonell, og med støtte av helsemyndighetene arbeider med å styrke og kurse mødre i LAR med henblikk på å sikre tilknytning og god omsorg. Hovedformålet til ProLAR SMIL er å forebygge skjevutvikling hos barn eksponert for LAR medikamenter i fosterlivet, ved å styrke faktorer som gjør at mor kan gi adekvat omsorg. ProLar SMIL fikk tilsendt prosjektbeskrivelse og ble gjort kjent med inkludering- og eksklusjons kriterier. Organisasjonen identifiserer aktuelle deltagere og formidlet kontakt.

Bakgrunnen for å velge å rekruttere gjennom Pro-LAR SMIL omhandler tilknytning til brukergruppen, Pro-LAR SMIL er en brukerstyrt organisasjon. Alternativer som ble valgt bort, var å rekruttere gjennom LAR-systemet hvor kvinnene er pasienter. Dette kan for noen av kvinnene være forbundet med et maktsystem, hvor de må yte noe for å motta behandling, og det ble derfor valgt bort som egnet rekrutteringssted.

3.2.5 Presentasjon av informantene

Utvalget i studien består av fire norske kvinner som alle var i LAR på tidspunkt for fødselen. Alle barna var 2 år eller under. Jeg vil her gi en kort presentasjon av hver kvinne som av hensyn til anonymitet har fått fiktive navn.

Kaja var den første kvinnen jeg intervjuet. Hun er samboer med barnefar og bosatt i en by på Østlandet. Hun er 37 år og Lukas som er 2 år er hennes andre barn. Hennes første barnet er barneskoleelev og bor i fosterhjem.

Den andre kvinnen jeg intervjuet var Marianne. Marianne er 40 år og samboer med barnefar. De er bosatt i en by på Østlandet. Hun fødte sitt første barn sønnen Emil, 6 måneder før intervjuet.

Den tredje kvinnen var Kristina, hun er 27 år, samboer med barnefar og mor til Ida som er 10 måneder. Ida er hennes første barn. De er bosatte i utkanten av en by på Vestlandet.

Den fjerde og siste kvinnen jeg intervjuet er Camilla som er 36 år, hun bor alene, men er kjæreste med barnefar. Jenny er hennes andre barn og 8 måneder gammel. Fra tidligere har hun en datter som nå er voksen, som tidvis har bodd hos henne og tidvis i fosterhjem. Hun har i dag god kontakt med den voksne datteren.

Informantene skiller seg i alder, sivilstatus og hvor de bor i landet. De har født ved tre ulike fødeklinikker tilknyttet to av landets store sykehus. Jeg har ikke spurt om verken utdanning eller arbeidssituasjon. Heller ikke hvor lang tid de hadde vært i LAR behandling, dette ble gjort bevist da det ikke ble ansett å ha betydning for å belyse problemstillingen.

3.2.6 Intervjuene og kontekst

Informantene i studien regnes som tilhørende en sårbar gruppe og for noen kan tema i problemstillingen oppleves som sensitivt. For å komme tett på den personlige opplevelsen, erfaringene og tankene til kvinnene ble kvalitativt forskningsintervju valgt som metode. I følge Kvale et al. (2015) gir et forskningsintervju den som intervjues muligheten for å komme med beskrivelser og mening knyttet opp mot problemstillingen. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden var ment å fungere som et hjelpemiddel slik at intervjusituasjonen holdt seg til problemstillingen (Kvale et al., 2015). Innledningsvis åpnet intervjuguiden med et helt åpent spørsmål, etterfulgt av noen oppfølgingsspørsmål. Det ble gjennomført to pilotintervjuer. Dette medførte en refleksjonsprosess rundt hvordan jeg best mulig kunne gjennomføre intervjuene for å tilnærme meg problemstillingen. Det ble gjort endringer på intervjuguiden ved å innføre inngangsspørsmål for på den måte å gjøre overgangen til de åpne spørsmålene mer smidig. Spørsmålene omhandlet hvem de hadde med

seg på fødsel, fødselens varighet og om de husket hvor mange jordmødre de hadde kontakt med under fødsel.

Deretter ble det gjennomført to intervjuer med informanter som er inkludert i studien, disse ble fullt ut transkribert og gjennomlest flere ganger. Det ble ikke gjort ytterligere endringer på intervjuguiden da den sikret meningstette transkriberte intervjuer. Deretter gikk det en måned før de siste to intervjuene fant sted, denne tiden ble brukt til refleksjon rundt intervjuene og teoretisk forsterkning av prosessen.

Kontekst: Informantene fikk mulighet til å velge om de ønsket at jeg skulle komme hjem til de eller om vi skulle møtes på annen nøytral grunn som for eksempel offentlig bibliotek. Alle intervjuene fant sted i de private hjemmene til informantene, ved to av intervjuene var barna tilstede, og i et av intervjuene var samboer delvis tilstede. Jeg var i forkant av intervjuene redd for at det ville føles som et krav til hjemmet å få meg inn, men mitt inntrykk er at det private hjemmet ga en trygg ramme for informantene. Og at det opplevdes som tidsbesparende i en travel småbarns tid. For meg ble det viktig å vise respekt for hjemmet, ved å opptre varsomt og forsøke å opparbeide meg tillitt da det var jeg som var ansvarlig for hvordan intervjuet utviklet seg (Kvale et al., 2015).

3.2.7 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og ble deretter transkribert i sin helhet. Informantene var informert og det var avklart på forhånd. Intervjuene ble transkribert fortløpende. Kvale et al. (2015) påpeker viktigheten av under transkriberingen å forholde seg nøyaktig til det informantene sier og ikke tillegge det annen mening enn det som fremkommer av intervjuene. Jeg har forsøkt å gjengi talen så direkte som mulig, derfor er alt tatt med, inkludert spørsmål, nøling og pauser. Det er også notert ned i den transkriberte teksten der informanten har ledd eller blitt berørt og begynt å gråte. Personnavn er markert med XXXX og YYYY for å bevare anonymitet.

Det transkriberte materialet var fylt med meningstette beskrivelser rundt temaet. Dette førte til mange meningsbærende enheter. Det var lite tekst i det transkriberte materialet som ble forkastet som lite relevant under arbeidet med analysen.

3.3 Analyse av datamaterialet

Jeg vil her vise hvordan jeg har gått frem i mitt arbeidet med å analysere materialet. For å analysere datamaterialet har jeg benyttet Thagaard (2013) sin personsentrerte induktive analyse. Bakgrunnen for valg av analyse var at de transkriberte intervjuene var meningstette og materialet stort. Analysearbeidet har ikke vært en lineær prosess da jeg har forholdt meg til analysen med en fleksibel holdning, og vært åpen for å gjøre endringer underveis. Tidvis har temaene stått klart for meg, for så å åpne for tvil ved at jeg har gjennomgått materialet på nytt, og samtidig har reflektert over min egen forforståelse. Det å være fleksibel og gå fra helhet til deler til helhet, har åpnet opp for ny forståelse underveis i prosessen.

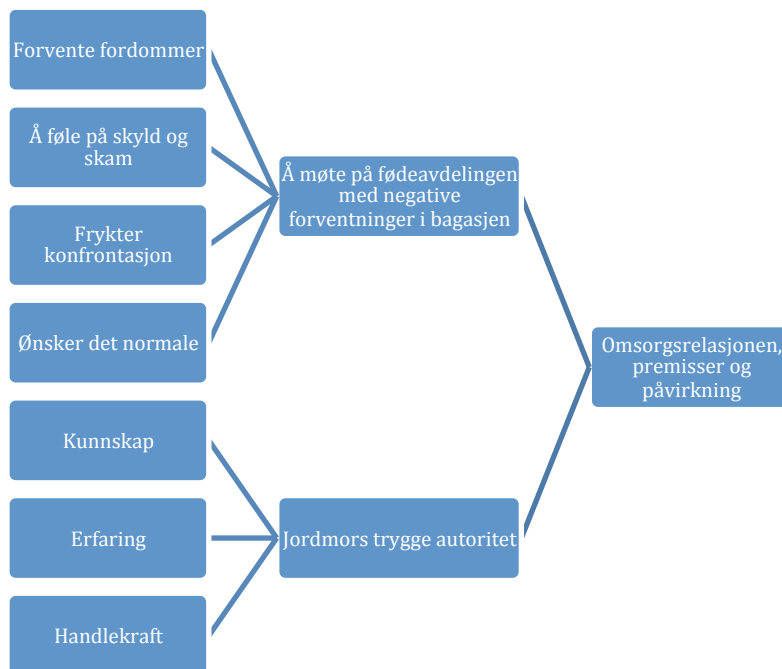
Analysen ble påbegynt allerede under intervjuene ved at jeg nedtegnet refleksjoner og temaer i etterkant av intervjuene. Disse refleksjonene hentet jeg så frem senere i analysearbeidet. For å opparbeide meg en nærhet til materialet lyttet jeg så til intervjuene på nytt og leste den transkriberte teksten gjentatte ganger. I denne prosessen tok jeg nye notater av mine refleksjoner.

Som Thagaard (2013) beskriver er det viktig å forhold seg til teksten med spørsmålene ”hva?” og ”hvordan?” i de innledende rundene, for å senere kunne stille spørsmålet ”hvorfor?”. Jeg begynte arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter og bruddstykker av tekst med potensiell kunnskapskraft i det transkriberte materialet. Dette var ofte avsnitt som jeg fortettet erfaringsnært opp mot hva informantene hadde sagt, se illustrasjon av fortetting av tekst. De meningsbærende enhetene ble deretter fargekodet hvor hver informant ble tildelt en egen farge, slik at jeg gjennom hele prosessen kunne følge de meningsbærende enhetene tilbake til sammenhengen de var hentet ut fra. De meningsbærende enhetene ble skrevet ut og jeg påbegynte arbeidet med å kategorisere dem i tematiske grupper etter innhold. Denne prosessen tok tid og kategoriene endret seg i samsvar med at min forståelse utviklet seg. Kategoriene fikk navn og dannet grunnlaget for å identifisere nye mønstre, dette innebar at jeg analyserte hva teksten handlet om og hvordan den hang sammen. Hovedtrekkene i resultatene tilknyttet problemstillingen begynte å vise seg og ble grunnlaget for å tolke materialet ut over informantens selvforståelse. Det resulterte i fem temaer og en forståelse av hvordan temaene henger sammen og påvirker hverandre, se illustrasjon av abstraksjonsnivåer.

Illustrasjon på fortetting av tekst:

Brokker av tekst	Meningsbærende enheter
<p><i>Jeg kan tenke meg atte når da et barn ligger med metadon abstinenser da, og noen kanskje blir litt sånn, en jordmor liksom står ”ja, nå er det, det er på grunn av de derre medisinerne vet du” eller får en litt sånn derre, for man blir så sårbar akkurat da, så tåler men ikke en litt sånn skjev kommentar som kommer litt feil ut i tonefall en gang liksom. For at mann, ja jeg vet jo det, liksom. Men, og man vil jo ikke barna sine vondt, men nå ble det sånn ikke sant.</i></p>	<p><i>Jeg kan tenke meg at hvis barnet får abstinenser bli man ekstra sårbar. Da tåler man ikke skjeve kommentarer, for man vil jo ikke barna sine vondt.</i></p>

Illustrasjon på abstraksjons nivåer:



3.4 Ethiske refleksjoner

I dette prosjektet faller informantene innunder betegnelsen ”sårbar gruppe”. Dette innebærer at det skal tas spesielt hensyn, og at stiller krav til særskilte etiske hensyn.

Det ble søkt om godkjenning hos REK, De nasjonale forskningsetiske komiteer som besluttet at studien ikke var pliktig å meldes inn til REK. Deretter ble det søkt NSD og det foreligger endelig godkjenning derfra datert 29.03.16.

Alle deltagerne fikk skriftlig informasjon om studien og det ble innhentet samtykkeskjemaer. De ble informert om at de til enhver tid kunne trekke seg fra prosjektet, frem til materialet var inkludert i analysen. Alt datamaterialer er behandlet i trå med pålegg fra NSD og ble oppbevart i låste rom. Datamaterialet og de transkriberte intervjuene ble aldri lagret på datamaskiner tilkoblet internett, men ble behandlet på egen minnebrikke.

I en intervjusituasjonen vil informantene alltid stå i fare for å blottstille noe av seg selv. Selv om risikoen for fysisk skade er annullert, kan det likevel medføre skadevirkninger, først og fremst i form av integritetskrenkelser. Informantene kan i observasjons- og intervjusituasjoner ha behov for å holde en viss avstand til intervjueren, fysisk eller mentalt, og det er viktig at disse grensene respekteres. I en intervjusituasjon kan informantene også oppleve at deres mentale grenser blir krenket om det spørres videre på temaer hun finner utleverende (De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Ved gjennomføringen av intervjuene i denne studien ble det innledningsvis forklart at hvis det kom opp temaer som jeg anså som viktig, ville jeg stoppe opp og spørre videre. Jeg tydeliggjorde for kvinnene at det var i orden å si i fra om det var temaer og ting de ikke ønsket å gå videre med, og at de ikke skulle føle seg presset til å utlevere seg utover det de ønsket.

Gjennom at intervjueren viser empati, anerkjennelse og forståelse kan det etablerer en forventning om videre samtale og oppfølging hos kvinnen. Dette ble tatt opp med lederen for ProLAR SMIL som i dette prosjektet skulle være ansvarlig for å videreformidle kontakt til fagpersonell dersom det skulle oppstå behov for videre oppfølging. For informantene kan det oppleves som positivt å få dele noe viktig med en som viser interesse, forståelse og anerkjennelse og at studiet kan gi kvinnen økt innsikt i egen situasjon. Samtidig kan det oppleves betydningsfullt at egne erfaringer kan gi andre økt forståelse for situasjonen til en hel gruppe (De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Alle kvinnene som ble intervjuet i dette prosjektet ble rekruttert gjennom samme kurs hos ProLAR SMILE, de ble informert om studien på den første av fem samlinger. Dette kan ha gitt en ramme for kvinnene om å dele sine erfaringer med hverandre. Samtlige informantene har ønsket å få oppgaven tilsendt etter at arbeidet er ferdigstilt.

4.0 RESULTAT

Analysen resulterte i fem temaer; *Å møte på føden med negative forventinger i bagasjen, Jordmors trygge autoritet, Kommunikasjon som grunnleggende verktøy, Betydningen av jordmors handlinger og Omsorgsrelasjon som resultat av møte*. Jeg vil i dette kapitlet presentere temaene fortløpende og illustrere med sitater. Gjennom analysen av materialet har jeg dannet meg en forståelse av en sammenheng mellom temaene, og hvordan de påvirker hverandre. Sist i kapitlet vil jeg redegjøre for denne sammenhengen og påvirkningen, samtidig som jeg vil illustrer gjennom å vise en forenklet modell.

Jeg har valgt å bruke tekstfortattede sitater for å illustrer resultatene i analysen. Grunnlaget for dette valget er at de meningsbærende enhetene er resultat av tekstfortetting av tekst, da intervjuene var meningstette og språket muntlig. Det er gitt eksempler på dette i kapittel 3.3

4.1 Å møte på fødeavdelingen med negative forventninger i bagasjen

Kvinnene hadde med seg negative forventinger inn i møte til fødestuen, disse forventningene hadde flere aspekter og kom til uttrykk på ulike måter.

Et av aspektene var en redsel for å bli møtt av fordommer i møte med sykehuset og fødestuen. De hadde opparbeidet seg frykten gjennom debatter i avisen, historier de hadde hørt fra andre og gjennom egne erfaringer med hjelpeapparatet. Flere hadde gått denne frykten i møte gjennom å skrive ønskebrev til avdelingen hvor de uttrykket et behov for å slippe og måtte forholde seg til jordmødrenes holdning til valgene deres. Camilla uttrykker det slik

«Jeg hadde angst, hadde hørt mange fæle historier om å føde barn i LAR. At jordmødrene på kvinneklinikken er harde mot dem. Derfor hadde jeg skrevet et brev om hva jeg ikke ville de skulle snakke om» Camilla

Denne redselen for å møte fordommer henger sammen med og blir forsterket av at kvinnene følte på skyld ovenfor barnet de bar i magen. De gruet seg til å se barnet ha det vondt i abstinenser etter fødsel og de følte at det var de selv som hadde påført dem denne smerten. Det å ta medisiner under svangerskapet som man vet kan påfører barnet abstinenser i ettertid følte utfordrende for kvinnene, samtidig som de ikke følte at det var andre alternativer da de blir anbefalt å ikke kutte ut medisiner i svangerskapet. Camilla forteller videre

«Jeg ville aldri fått et barn til i LAR. Svangerskapet gikk fint, men å se barnet sitt slite sånn. Jeg var heldig for hun var så frisk at jeg kunne ha henne hos meg. Men jeg hadde mange tanker rundt hvorfor jeg ikke hadde sluttet helt eller trappet mer ned på metadon» Camilla

Sammen med skylden lå også en frykt for å bli konfrontert. De hadde en opplevelse av at jordmødre og annet helsepersonell mener at det er deres skyld at barnet blir født med abstinenser og de beskrev en redsel for at dette skulle komme opp under fødselen eller i tiden rett etterpå. De beskrev en sårbarhet i forhold til at de allerede var belastet med egen påført skyldfølelse og ytterligere konfrontasjon var unødvendig. De hadde kunnskap om konsekvensene legemiddelbruken hadde på barna, men de hadde ikke ønsket det for dem.

Samtidig beskrev de også en form for forståelse for jordmødrenes holdning. At det kan være vanskelig for jordmor å håndtere omsorgen for både mor og barn uten å kunne ta stilling til eller ha påvirkning på de valg som ligger til grunn for at barnet fødes med abstinenser. Det kan tolkes til at det eksisterer en allmenn forståelse for at det å se barn som har det vondt, skaper et ønske om å beskytte og forhindre det. En av kvinnene uttrykker forståelsen på denne måten

«Jeg tenker at man blir behandlet annerledes hvis barnet er abstinent. Det er sikkert vanskelig for jordmor å ikke komme med kommentarer, hun lever jo av å få frem friske barn» Kaja

Istedenfor å bli møtt med konfrontasjoner ønsket de å bli behandlet som alle andre foreldre. Et liv som aktiv rusmisbruker fører med seg en livsstil på siden av det etablerte samfunn, en hverdag styrt av å skaffe seg det stoffet kroppen trenger. Men nå som det var lagt bak dem var forestillingen om å skulle danne seg en normal familie, få oppleve å bli foreldre og ta del i et samfunn noe som skapte positive forventninger. Kaja beskriver her hvordan det føles å oppleve og være som alle andre

«Jeg følte en ro, og stolthet. Ingen skrekk. Har vært helt på bunn og så bygget meg opp, nesten til A4, jeg elsker A4 for jeg har aldri opplevd det før. Man føler seg normal» Kaja

I denne uttalelsen ligger det en selvsikkerhet og en tro på seg selv. Det kan også være uttrykk for en selvoppretholdelse som kvinnene opparbeider seg for å ruste seg til å møte de forventede fordommene og konfrontasjonene, og for å klare å leve med sin egen skyldfølelse. Å ha troen på at de innehar styrken til å bære det som måtte komme. Kristina formulerer det slik

«Jeg følte lykke og redsel, hånd i hånd fordi jeg viste at denne gangen kom det il å gå bra. Jeg følte meg selvsikker og stolt» Kristina

Det var viktig for kvinnene å gå inn i fødselen med en følelse av at ting skulle gå bra, og at de fikk beholde barnet. De fleste av kvinnene hadde selv kontaktet barnevernet i forkant av fødsel for å sikre et samarbeid som økte deres muligheter for å beholde barnet.

4.2 Jordmors trygge autoritet

Ut fra analysen kommer det frem at de fleste kvinnen hadde positive følelser knyttet til jordmors handlekraft og kontroll. Kvinnene beskrev en slags autoritet og holdning hos jordmoren som kommer til uttrykk gjennom klare beskjeder og en form for ledelse. Analysen viser at dette er en vesentlig drivkraft for hvordan kvinnene opplevde omsorgen på fødestuen, hvor de befinner seg i en situasjon de selv ikke har kontroll på eller har tilstrekkelig med kunnskap om for å kunne håndtere på egenhånd.

Kvinnene opplever at gjennom handlekraft er det noen som tar styring og kontroll over situasjonen og kvinnen blir trygg på at jordmor ved hva som er best, og at hun ivaretar sikkerheten. Kristina gir uttrykk for det slik

«Det var første gangen for meg og jeg var redd og hysterisk. Hun var streng, men jeg trengte det. At hun var autoritær gjorde at jeg stolte på henne» Kristina

Særlig i tilfeller der kvinnen opplever kaos og utrygghet, syntes dette å spille en viktig rolle at jordmor tar kontroll på situasjonen og viser beslutsomhet. I analysen gir også kvinnene uttrykk for at denne autoriteten er noe kun enkelte jordmødre innehar, og at motsatsen er opplevelsen av en jordmor som er utydelig og utrygg, en som ikke tar styring over situasjonen og som ikke har kunnskap til å ivareta sikkerheten i fødselen. Analysen viser et klart skifte i de situasjoner hvor fødekvinnen først har vært i samspill med en jordmor som har vært utydelig eller utrygg,

og til å få en jordmor som er det motsatte, trygg, rolig og i kontroll. Marianne beskriver det slik

«Det opplevdes som positivt når den siste jordmoren kom på. Da snudde egentlig alt seg. Jeg hadde tillit til henne, hun var rolig, trygg og hadde kontroll. Da det ble dramatisk viste hun hva hun gjorde. Hun styrte løpet og de andre hørte på henne. Hun fikk meg til å tro at det skulle gå bra. Jeg er veldig takknemlig» Marianne

Det kan være vanskelig å sette ”fingeren” på nøyaktig hva det er jordmor har, men autoriteten skaper en trygghet hos kvinnen. Bak denne tydeligheten og handlekraften kan vi finne tegn til at det er jordmors erfaringer og kunnskap som skinner igjennom, kunnskap vi ofte omtaler som ”taus kunnskap”.

4.3 Kommunikasjon som grunnleggende verktøy

Viktigheten av å ha en god kommunikasjon mellom jordmor og kvinnene i studien kom frem gjennom ulike synsvinkler.

Erfaringene til kvinnene forteller oss at jordmor gjennom fortløpende dialog, eller fravær av det, har mulighet for å påvirke hele fødselsopplevelsen. Mens en av kvinnene følte at det var åpent for at hun og partner kunne spørre om alt, føler en annen kvinne at hele fødselen bar preg av manglende informasjon. De gir følgende ulike beskrivelser

«Selv om det var hektisk beholdt hun roen. Tok seg tid til å forklare alt, inkludert samboeren min. Vi kunne spørre. Det var veldig beroligende» Kristina

«Jeg har glemt mye, men følelsen av at det var en kjiopplevelse satt i lenge. Problemet var jo manglende informasjon, det var gjennomgående hele veien» Marianne

Forløpende dialog med kvinnene skapte en følelse av deltagelse, hvor kvinnen gjennom informasjon fikk mulighet til medvirkning, hun fikk tilført kompetanse og selvtillit som var med på å bygge opp under en positiv gjensidighet. Kvinnene uttrykte en tillitt til jordmor der de opplevde en fortløpende dialog, og det var en nødvendighet for at de skulle oppleve

trygghet. Videre kommer det frem at det var viktig for kvinnene at informasjonen var tydelig og direkte og at de fortløpende ble informert underveis i forløpet.

Et annet aspekt av kommunikasjon var der hvor fødekvinnen opplevde at informasjon ble holdt tilbake, hvor hun ikke fikk informasjon om hva som var den virkelige agendaen. For Marianne skapte det avstand og mistillit som preget fødselsopplevelsen hennes, hun forklarte det slik:

«Det var negativt at de ikke sa klart i fra i forhold til urinprøvene, at det var en rusprøve. Jeg forstå at de har det travelt, men det er viktig med ordentlig informasjon. Dårlig informasjon fikk meg til å føle meg nedverdiget» Marianne

4.4 Jordmors handlinger

Kvinnene i studien danner et bilde av hvordan jordmors handlinger påvirker dem følelsesmessig.

Tilstedeværelse på fødestuen er en forutsetning for at jordmors handlinger skal finne sted, men tilstedeværelsen i seg selv påvirket også hvordan kvinnene oppfattet situasjonen.

Kvinnene hadde ulike erfaringer med tilstedeværelse, en kvinne opplevde at jordmor var tilstede og tilgjengelig gjennom hele fødselsforløpet mens en annen kvinne opplevde nærmest totalt fravær av tilstedeværelse. De formulere opplevelsene sine slik

«Det var mange der hele tiden, de var opptatt av at vi hadde det bra og at barnet hadde det bra. Hvis de ble usikre hentet de inn flere. Det var bra» Kaja

«De hadde ikke tid til noen ting, tok mange timer før vi fikk rom. Jeg hadde ikke jordmor inne hos meg før de siste ti minuttene før hun kom, vi var alene» Camilla

Kvinnenes erfaringer forteller oss om nødvendigheten av tilstedeværelse for å skape trygghet og tillit, og at fravær av tilstedeværelse kan skape utrygghet og usikkerhet. I jordmors handlinger ligger det et potensiale til å utøve omsorg igjennom praktiske handlinger, det henger tett i sammen med fysisk og psykisk tilstedeværelse. For kvinnene ble det viktig at de følte seg passet på, og at deres behov ble sett og ivaretatt. Det at det skapes en stemning som

gjorde at kvinnene følte at de var velkomne, bygget opp om følelsen og forståelsen av å ikke være til bry.

Samtidig ligger det i jordmors handlinger mulighet for å utføre krenkende handlinger, også det at jordmor gjennom å utvise irritasjon og frustrasjon ovenfor fødekvinne vil oppleves som krenkende, og kvinnen blir stående igjen med en følelse av å være mindreverdige.

Marianne forteller

«De startet å mase om urinprøve nesten med en gang jeg kom. Når jeg ikke fikk det til så ble de irriterte på meg, men jeg kunne jo ikke noe for det» Marianne

Jeg tolker det dit at for Marianne ville det vært betryggende om jordmor hadde utvist støtte og lagt til rette for at de sammen skulle få til å ta en urinprøven. Da en jordmor senere kom for å legge et kateter opplevdes det som stor lettelse for Marianne. Studien viser at kvinnene ser det som viktig at integriteten blir ivaretatt i handlingene, og at de får den hjelpen som er nødvendig. Krenkende handlinger skaper avstand og mistillit mellom kvinnen og jordmor.

Alle kvinnene forteller at det har vært viktig for dem at jordmor veiledet og motiverte dem underveis i fødselen, flere beskriver at de kom til et punkt hvor de følte de ikke viste hva de skulle gjøre, og at dette vekket negative følelser i dem selv. Det at jordmor da var tilstede og gav god veiledning gav dem tilbake troen på at det ville gå bra. Flere av kvinnene forteller også at de mistet motivasjonen underveis, at smertene ble overveldende og at de ønsket å gi opp. De forteller om hvor viktig det er at jordmor motiverer og har tro på at det skal gå bra. Kaja beskriver sin opplevelse slik

«Det var spesielt positivt måten hun klarte å pushe meg. Jeg følte virkelig jeg ikke orket mer, hun fikk meg til å skjønne hvor nærme vi var, forklarte meg hva jeg skulle gjøre og så meg inn i øya. Hun hadde tro på meg, og mente det. Det var det som betydde noe, det ble personlig. Jeg kommer alltid til å huske det» Kaja

I denne beskrivelsen kan jeg lese en omsorg fra jordmor som bygger på tillit til at Kaja skal klare det, og hvor jordmor gjennom å uttrykke tillitten og samtidig tydeliggjør at hun snart er i mål, vekker motivasjonen hos henne. Hun opplever at hun har krefter til å gjennomføre og at målet er innenfor rekkevidde.

4.5 Omsorgsrelasjon som resultat av møte

Kvinnene i studien forteller om følelser de har i forhold til omsorgsrelasjonen med jordmor. De danner et bilde av hvilke faktorer som er viktig for å oppnå en god relasjon, de beskriver også faktorer som bidrar negativt til omsorgsrelasjonen.

Grunnlaget for å danne en god omsorgsrelasjon viser seg i analysen å være tillit, at kvinnen føler tillit til jordmor. I tillitt ligger det at kvinnen stoler på jordmors ferdigheter i yrket, at hun stoler på at jordmor er åpen i relasjonen og at fødekvinnen blir behandlet som andre mammaer. Dette resulterer i en forståelse om at jordmor vil fødekvinnen vel og at de møtes i en gjensidig relasjon hvor kvinnen føler at de er likeverdige og at de jobber mot samme mål. En av kvinnene tegner et bilde av det å bli møtt slik:

«Det jeg mener med team, er at hun er fleksibel, at hun klarer å tilpasse seg forskjellige personligheter. At de klarer å forme seg så vi føler oss støttet. Det er det jordmor skal, støtte og guide deg» Kaja

Samtidig forteller flere av kvinnene om brutt tillit. De forteller om følelsen av å ikke bli hørt, tatt hensyn til og at de ikke har blitt tatt på alvor. Marianne opplevde å ikke bli hørt, til tross for at hun hadde skrevet et ønskebrev opplevde hun at de ikke tok hensyn til ønskene hennes, hun forteller det slik:

«Jeg ønsket ikke student, og hadde skrevet det i ønskebrevet. Men når de spurte syntes jeg det var vanskelig å si nei. Jeg tenkte det kom til å gå bra, men etterpå ble jeg sur for at det ikke var tatt hensyn til det jeg hadde bedt om» Marianne

Flere beskriver også en følelse av at jordmoren ikke hadde tro på dem, deres forståelse av egen fødsel og hvor mye de ville tåle. I denne situasjonen skapes det sårbarhet og gjensidigheten i relasjonen blir borte og dermed også tilliten og troen på at jordmor vil deg vel. Der hvor kvinnen oppgav at det forelå fysiske forhold som hindret henne i å gjennomføre jordmors ønsker trer det frem en ytterligere frustrasjon og oppgitthet. Camilla uttrykker det slik:

«Jeg ble irritert for jeg følte at hun ikke trodde på meg. Hun vet ikke hva slags smerte jeg har eller tåler. Hun beklaget etterpå, for at jeg måtte diskutere frem en

undersøkelse. Hadde hun ikke undersøkt så hadde jeg født uten at det var noen der»

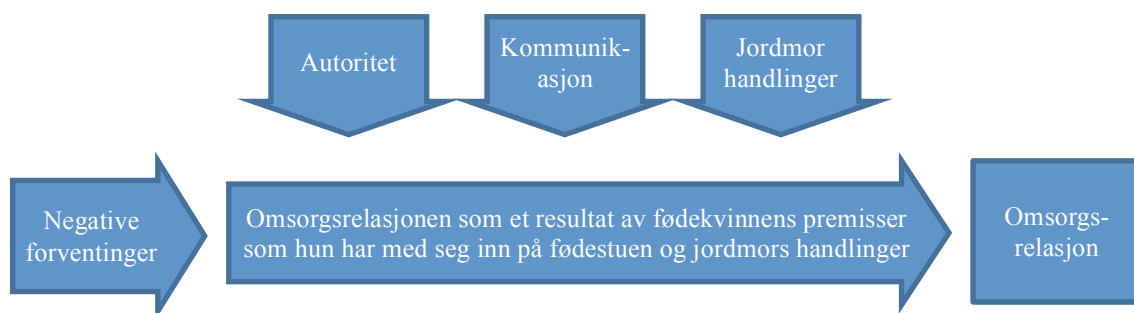
Camilla

Erfaringene med å ikke bli tatt på alvor og opplevelsen av at jordmor ikke hører på, skaper usikkerhet og en følelse av maktesløshet. Denne forårsaket igjen en utrygghet og en følelse av hjelpeløshet. En av kvinnen følte ikke hun ble hørt når hun hadde gitt uttrykk for at hun ikke ønsket at en student skulle være tilstede under fødselen, dette sammen med flere opplevelser i fødselen forsterker følelsen av å ikke bli tatt på alvor, hun oppsummere det slik:

”Jeg hadde gledet meg til å føde, men underveis ble det mer og mer slitsomt. Til sist følte jeg meg helt hjelpeløs. Og etterpå følte jeg egentlig ingenting” Marianne

4.5.1 Sammenheng og påvirkning

Til slutt har jeg for å illustrer på hvilke måte temaene henger sammen og påvirker hverandre laget en forenklet modell. Analysen har vist at kvinnene har med seg negative forventninger om hva som vil møte dem når de ankommer sykehuset for å føde barn. Forventningene innebærer at de venter å bli møtt av fordømmer, samtidig som de bærer på skyld ovenfor barnet og de frykter å bli konfrontert med sine valg. Jordmor vil med sin autoritet eller fravær av denne, hennes måte å kommunisere på og hennes handlinger som kan være støttende eller krenkende, og gjennom sin tilstedeværelse, påvirke den omsorgsrelasjonen som oppstår mellom kvinnen og jordmor.



5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg innledningsvis diskutere resultatene av analysen i lys av den teoretiske referanserammen, aktuell faglitteratur og forskning på tema. Deretter følger refleksjoner rundt egen forforståelse og antagelser. Til slutt vil jeg diskutere kvaliteten på studien.

5.1 Diskusjon av resultatene av analysen

I de tre kommende avsnittene vil jeg diskutere resultatene som fremkom i analysen av det innsamlede datamaterialet. Det vil bli diskutert kronologisk ut fra forståelsen av hvordan de henger sammen og påvirker hverandre.

5.1.1 Kvinnens forventning som premiss i omsorgsrelasjonen

Som jeg skriver i resultatkapitlet så viser analysen at kvinnene hadde med seg negative forventninger til møtet med jordmor og at dette kommer til uttrykk på mange ulike måter. Det å møte et annet menneske med en forventning om at den andre har fordommer, må vi regne med at vil være en stor belastning, og vi kan anta at på et eller annet nivå vil det påvirke hvordan man selv opptrer i møtet. Det er gjennomført flere forskningsprosjekter og skrevet flere bøker som underbygger sannsynligheten i forventningene til kvinnene. Lossius (2011) forteller oss at stigmatisering av rusmisbrukere er hyppig hos helsepersonell. På samme måte argumenterer Radcliffe (2011) at det eksisterer stigmatiserende holdninger hos jordmødre som arbeider med gravide rusmisbrukere og gravide LAR pasienter. De forteller oss videre at jordmødre er utsatt for å ta til seg negative holdninger ovenfor gravide kvinner i LAR. På bakgrunn av dette må vi derfor anta at denne frykten eller negative forventningen er fullt berettiget, da sannsynligheten for at jordmor innehar disse fordommene er overveiende. Bakgrunnen for at jeg kaller det for fordommer mot pasientene og ikke kategoriserer det som at jordmor har kunnskap om disse pasientene, er at vi kan se at de ofte er tuftet på jordmors uvitenhet og antagelser, heller enn forskning og egne erfaringer. Haga (2011) forteller oss at det er vanskelig for både allmennheten og helsepersonell å ikke se på LAR pasientene som narkomane. Forskningen til Messaadi et al. (2014) og Radcliffe (2011) differensierer ikke mellom rusmisbrukere og LAR pasienter. Bakgrunnen for at de ikke gjør det er ukjent, men det er uansett ytterligere med på å viske ut skille mellom det å være rusmisbruker og det å være i LAR.

Når vi da vet at hverken allmennheten, forskningen eller helsepersonell har lett for å skille mellom det å være rusmisbruker eller i LAR, kan vi anta at det er vanskelig for den gravide

LAR pasienten å omfavne sin nye identitet som en kommende rusfri velfungerende mamma i dette møte. Til tross for at forskningen og litteraturen forteller oss at kvinner i LAR er utsatt for stigmatiserende holdninger var det kun halvparten av kvinnene i studien som opplevde at de negative forventningene ble innfridd. Samtidig viste resultatet av analysen at de negative forventningene til helsevesenet var tilstede hos alle informantene også i etterkant av fødselen.

Lupton (2011) har undersøkt hvordan mødre forholder seg til hva andre mener om dem, og om hvordan de opplever forventninger fra samfunnet rundt dem om hvordan de bør oppføre seg. I forskningen finner hun at mødrene var bevisst dømmende holdninger og hvilke ansvar samfunnet har pålagt dem for å beskytte og ivareta fosteret i magen. Hun diskutere videre hvordan vi i den vestlige verden har pålagt gravide kvinner et stadig økende ansvar for helsetilstanden til barnet i magen og dermed gitt kvinnen ansvaret for å beskytte barnet ved å gjennomleve graviditeten med minst mulig risikofaktorer.

Resultatene i analysen har vist oss at kvinnene i LAR bærer på en stor byrde i form av skyld ovenfor sitt eget barn gjennom deres forventninger om at det nyfødte barnet skal måtte gjennomleve abstinenser som et første møte med verden. I tillegg kan vi anta at de kjenner på en tilsvarende skam over hvilke fordommer helsepersonell og samfunnet forøvrig har mot dem. Sammen med skammen kommer også frykten for at noen skal konfrontere dem med deres ansvar. Dette blir en ekstra belastning for kvinnen som fra før av gjennomgår og håndterer skyldfølelsen over for barnet.

Kvinnene i studien viser også en forståelse for at jordmødrene har fordommer eller at de opplever det som problematisk at kvinnene er i LAR. Denne forståelsen kan vi anta at stammer fra deres forståelse for at jordmor oppleve situasjonen som vanskelig, gjennom å se at barna lider under mors valg.

Kvinner i LAR som blir gravide bli anbefalt av gjeldende retningslinjer til å fortsette med legemiddelbehandlingen gjennom hele graviditeten, da man vet at tilbakefallsprosenten er stor for de som avbryter behandlingen, dermed vokser også risikoen for barnet i magen (Helsedirektoratet et al., 2011). På den ene siden blir det dermed unngåelig for kvinnene å ikke ta medisiner, men på den andre siden ønsker de ikke at barna skal måtte lide med konsekvensene. Videre kan vi si at på den ene siden anbefaler helsevesenet at de skal fortsette i LAR mens på den andre siden opplever kvinnene fordømmelse fra helsepersonell og

samfunnet for øvrig. Dette dilemma fremstår som høyst reelt og må være vanskelig for kvinnene å bære.

5.1.2 Jordmors muligheter for å påvirke omsorgsrelasjonen gjennom autoritet, kommunikasjon og handlinger

Kvinnene beskrev en autoritet og holdning hos jordmor som kommer til uttrykk gjennom en tydelighet og handlekraft. Resultatet i studien viser at dette er en vesentlig drivkraft for hvordan kvinnene opplevde omsorgen på fødestuen. Jordmors autoritet kan vi forstå som at hun tar ledelse på fødestuen, hun trer tydelig frem og viser handlekraft. Når vi ser på Berg and Lundgren (2010) sin teoretiske modell «*genuin omsorg for det genuine*» ser vi tydelige likhetstrekk mellom den «autoriteten» kvinnene i studien opplever og det Berg and Lundgren (2010) kaller for intuitiv og reflektiv kunnskap.

De beskriver dette som kunnskap som oppstår basert på erfaring og refleksjon. De presiserer at det ikke finnes noen snarvei til intuitiv kunnskap, men at jordmor gjennom å gjentatte ganger være tilstede i ulike situasjoner med fødekvinne opparbeider seg denne intuitive kunnskapen. Denne intuisjonen som jordmor opparbeider seg over tid gjør at henne i stand til å gjennom sitt møte med kvinnen kunne kjenne på og stole på en følelse om hennes tilstand, selv om den kan gå i mot tidligere tolkninger av kvinnens situasjon. Den intuitive kunnskapen er avhengig av at jordmor evner å reflektere over de situasjoner hun har stått i, også der utfallet ikke har vært godt. Berg and Lundgren (2010) presiserer i sine forskningsresultater at denne reflektive og intuitive kunnskapen er nødvendig for at jordmor kan yte verdighetsbevarende omsorg.

På den ene siden er dette godt beskrevet og gir et tydelig bilde av hvor viktige disse kvalitetene er for jordmors utøvelse av faget. Men på den andre siden er dette egenskaper som ikke kan kvalitetssikres, da det er som Berg and Lundgren (2010) beskriver, en holdning eller en måte å være på mer enn det er en faglig vurdering eller en rutine. Det kan diskuteres om dette er noe som må løftes opp fra å være et personlige ansvar som hviler hos hver enkelt jordmor, til et ansvar som hviler på fødeavdelingen eller ledelsen, hvor man med en langt mer systematisk tilnærming både ser på og forsøker å tilpasse kulturen eller arbeidsmiljøet for å fremme den reflektive og dermed den intuitive kunnskapen.

Dette kan blant annet gjøres gjennom å sette faste rutiner for debriefing og faglig refleksjon i fellesskap. Messaadi et al. (2014) argumentere i sin studie for at det ligger et ansvar på

arbeidsplassen for å opparbeide gode holdninger slik at det legges til rette for en god arbeidskultur.

Det er mulig å tenke seg et scenario der jordmors autoritet kan bli utfordret gjennom møte med fødende kvinner i LAR, en jordmor som i en normal fødsel vil fremstå som tydelig og handlekraftig kan bli usikker og nølende grunnet for eksempel manglende kunnskap om LAR eller erfaring med konsekvensene av å ta imot barn med abstinenser. Konsekvensen kan bli et fravær av lederskap og handlekraft som et resultat av at den intuitive kunnskapen blir satt på prøve.

Viktigheten av å ha en god kommunikasjon mellom jordmor og fødekvinne kommer frem fra ulike synsvinkler. Kvinnenes erfaringer i denne studien forteller oss at jordmor gjennom fortløpende dialog eller fravær av denne dialogen påvirker fødselsopplevelsen. Kvinnene som opplevde god dialog opplevde samtidig at informasjonen ga dem nødvendig kompetanse til å medvirke i sin egen fødsel, mens på den andre siden opplevde de at fraværet av dialog skapte avstand og manglende tillit til jordmor.

Dette funnet støttes også av Berg and Lundgren (2010) sin modell «*genuint omsorg for det genuine*» hvor viktigheten av fortløpende dialog blir betraktet som å ha en sentral rolle for å ivareta kvinner med risiko, og at jordmor gjennom fortløpende dialog også ivaretar verdigheten til kvinnen. De fremhever at det er vesentlig å hele tiden holde kvinnen informert om hva som skjer også der hun ikke selv spør, da det vil gi kvinnen mulighet for å vite hva som kommer. På den andre siden hevder de at fravær av fortløpende dialog, eller der hvor jordmors sitt fokus er et annet sted, vil det kunne oppleves som manglende respekt og i ytterste konsekvens som krenket verdighet. Kvinner med risiko må vurderes til å være ekstra sårbare i forhold til manglende dialog, da graden av bekymringer rundt barnets og egen tilstand er helt avhengig av fortløpende informasjon.

I denne studien var det en av kvinnene som opplevde at informasjon bevisst ble utelatt og dermed antok at jordmor hadde en skjult agenda. I det tilfellet hvor informasjon bevisst blir utelatt fører det til mistenksomhet og det oppstår en avstand mellom partene. Kvinnen står i risiko for å føle seg umyndiggjort og nedverdiget samtidig som hun bli fratatt muligheten til å påvirke og aktivt delta i fødselen. Dette påvirker hele relasjonen mellom fødekvinne og jordmor og fratrar relasjonen muligheten til å baseres på tillit. Berg and Lundgren (2010)

presisere i sin teori at dialogen må være genuin, altså ekte og sann, kommunikasjonen er derfor avhengig av å være fri for baktanker for å skape tillit.

Kvinnene i studien danner et helhetlig bilde gjennom deres ulike erfaringer med jordmors tilstedeværelse og hvordan jordmors handlinger påvirker dem følelsesmessig. Der noen opplevde kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor opplevde andre at hun stort sett var fraværende. Tilstedeværelsen i seg selv har en funksjon, det kan redusere langvarige forløp og fødselskomplikasjoner og vil bidra til trygghet hos kvinnen og en positiv fødselsopplevelse (Blix, 2010). Tilstedeværelse er også en grunnforutsetning for at jordmors handlinger skal finne sted og ifølge Berg and Lundgren (2010) en nødvendighet i den verdighetsbevarende omsorgen. På en fødeavdeling ved et stor sykehus kan det være meget travelt, og jordmor har gjerne flere kvinner hun skal ta seg av samtidig. Det vil derfor ofte være vanskelig for jordmor å være kontinuerlig tilstede, under de betingelser som er i fødselsomsorgen. Fødende kvinner i LAR er kategorisert som en fødsel med risiko og krever derfor en økt tilstedeværelse sammenlignet med mer normale fødsler. Berg and Lundgren (2010) argumenterer at der hvor jordmor ikke har mulighet for kontinuerlig fysisk tilstedeværelse er det viktig at hun er tilgjengelig og kan komme så fort det er behov. Videre poengterer de at her må også kollegaer komplementere og hjelpe hverandre slik at det alltid finnes noen som kan være tilstede.

Berg and Lundgren (2010) presiserer at det er det mange faktorer som påvirker fødselsopplevelsen, men aller viktigst er opplevelsen av støtte. Støtte de fremhever kan gis av jordmor. Kvinnene i studien hadde forskjellige erfaringer med jordmors handlinger, noen hadde erfaring av at jordmor utførte støttende handlinger, handlinger som bar preg av anerkjennelse, oppmuntring og veiledning. Mens andre hadde opplevd at jordmor utførte handlinger som krenket kvinnen. Dette kommer tilsynet gjennom ord eller utførelse av handlinger som er uten respekt for den andres integritet, slik som noen av kvinnene i studien opplevde det. Vi kan anta at i en fødsel med risiko så er jordmor spesielt utsatt for å bli opptatt av fødselsutfallet, slik at fokus blir rettet mer mot det medisinske og tekniske ved fødsel forløpet og mindre på de støttende elementene som anerkjennelse og oppmuntring. Berg and Lundgren (2010) argumentere for at det blir viktig at jordmor ser og fremmer det normale også i fødsler med risiko. Kvinnene som kommer til fødestuen med negative forventninger til hvordan de vil bli møtt, påvirker samspillet mellom jordmor og kvinnen og gjør dem ekstra sårbare for å oppleve handlinger og ord som krenkende. Denne ekstra

sårbarheten hos fødekvinne kan til og med skape situasjoner der jordmor ikke mener å opptre uten respekt eller si ting som oppleves krenkende, men at det allikevel gjør det hos kvinnene i LAR.

5.1.3 Omsorgsrelasjon som resultat av møte, om sammenheng og påvirkning

Kvinnene i studien forteller om følelser de har i forhold til omsorgsrelasjonen med jordmor. De danner et bilde av hvilke faktorer som er viktig for å oppnå en god relasjon, som tillitt og likeverd. De beskriver også faktorer som bidrar negativt til omsorgsrelasjonen som tillitsbrudd og ikke bli tatt på alvor og hørt.

Kasén (2012) forsøker å definere begrepet omsorgsrelasjon. Hun skriver at å inngå i relasjoner er allmennmenneskelig, men at når det kommer inn omsorg i relasjonen så får den spesielle betingelser. Samtidig hevder Holopainen, Kasén, and Nyström (2014) at møter i forhold til sykepleier-pasient-forholdet ofte blir diskutert innenfor pleie og omsorg litteratur uten en refleksjon over den faktiske betydningen av begrepet. Med en forutsetning om at relasjonen er viktig for sykepleie har de forsøkt å legge mening til begrepet. De fant at nærvær, anerkjennelse, tilgjengelighet og gjensidighet synes å være viktige forutsetninger i møte. Dette sammenfaller med Berg and Lundgren (2010) sin teoretiske modell *Genuint omsorg for det genuine* der det er sentralt å opparbeide en verdighetsbevarende omsorgsrelasjon til fødekvinne. En omsorgsrelasjon som de mener består av fem deler som er nært knyttet sammen *Gjensidighet, tillit, fortløpende dialog, delt ansvar og kontinuerlig nærvær*.

Kasén (2012) sin forskning viser at pasienten kan ha erfaringer med både å oppleve omsorg i relasjonen, men også motsatsen. Hun presiserer at selv om det eksisterer en omsorgsrelasjon sier ikke nødvendigvis det noe om kvaliteten på omsorgen.

Når kvinnene i denne studien forteller om opplevelser som fører til tillitsbrudd, gjennom blant annet ikke å ha blitt tatt på alvor eller opplevd å ikke ha bli hørt, må vi anta at dette påvirker omsorgsrelasjonen negativt og at omsorgen kan oppleves som dårligere. Da blir fraværet av anerkjennelse og gjensidighet fremtredende. Samtidig beskriver noen av kvinnene i studien at de opplevde en positiv omsorgsrelasjon med jordmor, og de beskriver nettopp en følelse av anerkjennelse, gjensidighet og tilstedeværelse og at omsorgen opplevedes som mer komplett.

Berg and Lundgren (2010) med sin teori ”*genuin omsorg for det genuine*” tar for seg omsorg rettet mot kvinner med en risiko, en risiko som i deres teoretiske rammeverk er tenkt som risiko for medisinske komplikasjoner enten for barnet eller kvinnen. De fremhever at jordmor i moderne tid blir stående i et skjæringspunkt hvor en skal bevare det normale i medisinsk kompliserte fødsler. Kvinnene blir sårbare på grunn av frykt for komplikasjoner hos barnet enten fordi hun selv er syk eller fordi det er risiko hos barnet. Kvinnene i denne studien hadde på grunn av sitt legemiddelintak en risiko for NAS hos barnet og en risiko for lav fødselsvekt. Det som skiller kvinnene i denne studien fra kvinnene som er sentrale i Berg and Lundgren (2010) sin teoretiske modell, er at kvinnene i denne studien har med seg en ekstra sårbarhet i form av en negativ forventning inn i møte på fødestuen.

Berg and Lundgren (2010) sier at en skal møte kvinnen i en ekte relasjon der hvor kvinnen er, modellen fremhever jordmors måte å være på, at hun må møte hver kvinne med et ekte fokus på hennes menneskeverd, ikke minst som blivende mor. Noe også Kirkham (2010) påpeker som viktig for å bidra til en god tilknytning mellom kvinnen og barnet, men også for å bidra til at kvinnen går styrket inn i sin morsrolle. I forhold til kvinnene i denne studien som bærer på en risiko på grunn av sitt legemiddelintak er de i tillegg utsatt for stigmatiserende holdninger om kvinnen som rusmisbruker. Derfor må vi anta at jordmor ikke bare må kjenne til den fysiske risikoen i fødselsomsorgen, men også kjenne til kvinnens utpregede sårbarhet, for å kunne møte kvinne med en genuin omsorg bygget på gjensidighet og likeverd.

Det er derfor meget viktig å forstå resultatet gjennom en forståelse av hvordan temaene henger sammen og påvirker hverandre. Det kan argumenteres for at det er nødvendig å ha med denne forståelsen, hvis jordmor skal klare å møte kvinnen ekte og sannferdig.

5.2 Refleksjon over egen forforståelse og antagelser

Med meg inn i arbeidet med denne studie hadde jeg en forforståelse som resulterte i antagelser presentert i kap. 3.1.4. Jeg vil her presentere antagelsene på nytt, etterfulgt av ny refleksjon rundt hva denne studien har tilført av ny forståelse i forbindelse med antagelsene.

Antagelse 1: Det oppstår et dilemma når jordmor skal ivareta mødre i LAR, samtidig som det er risiko for at barnet fødes abstinent. Min antagelse er at dette kan påvirke omsorgen jordmor yter ovenfor fødekvinne. Samtidig kan det tenkes at selv om jordmor har fordommer er det

ikke sikkert at disse ”blir med” inn på fødestuen. At jordmødre opptrer profesjonelt og lar eventuelle holdninger til valg mor har tatt bli igjen på utsiden av fødestuen.

Ny refleksjon: Gjennom arbeidet med studien har jeg lært at kvinnene i LAR deler min antagelse, de forventer at jordmor møter de med fordommer på bakgrunn av at de har inntatt et legemiddel som vil medføre abstinenser hos barnet. De deler også til dels antagelsen om at jordmor befinner seg i en vanskelig situasjon, og de utviser en forståelse for at jordmor synes det er vanskelig å ta i mot et dårlig barn. Samtidig inneholdt min antagelse at selv om jordmor skulle ha fordommer var det ikke gitt at disse skulle tre frem inne på fødestuen, men at jordmor klarte å legge de fra seg på utsiden av fødestuen. Forskning og Litteratur i denne studien støtter muligheten for at jordmødre er utsatte for å ta til seg stigmatiserende holdninger. Analysen av datamaterialet viser at flere av kvinnene på tross av at de forventet negative fordommer, ikke opplevde det i møte med jordmor. Dette kan bety at jordmødrene i disse møtene ikke hadde fordommer eller så kan det også bety at de la fra seg egne meninger og holdninger utenfor fødestuen.

Antagelse 2: LAR pasienter har med seg lang erfaring fra aktivt misbruk inn i rollen som LAR pasient. Forskning har vist at dette er en pasientgruppe som er utsatt for stigmatisering (Haga, 2011). At de nå er LAR pasient, og først og fremst en fødende kvinne kan tenkes å spille inn på møte med sykehuset og opplevelsen de har av hvordan de blir møtt med omsorg.

Ny refleksjon: Det at flere av kvinnene ikke opplevde at jordmødrene de møtte utviste fordommer eller stigmatiserende holdninger kan støtte denne antagelsen at de først og fremst ble møtt som fødende kvinner. Samtidig kom det gjennom analysen tydelig frem at alle kvinnene i studien hadde en forventning om at jordmødre hadde fordommer om dem. Dette kan bekrefte at de har med seg mange tidligere erfaringer som aktiv rusmisbruker og at det ikke er lett å legge disse erfaringene til side i sin nye rolle som blivende mor. Da vi samtidig vet at det er vanskelig for helsepersonell og ikke se kvinnene som narkomane, kan det bli vanskelig også for jordmødre å møte kvinnen kun som fødende kvinne uavhengig av sin fortid. Flere av kvinnene i studien hadde også erfaringer og opplevelser med at deres forventning om å bli møtt med fordommer ble delvis innfridd.

Dette sier noe om kompleksiteten i temaet og at det ikke nødvendigvis er så lett å ha en antagelse som er rett, men at flere komponenter påvirker hverandre og skaper ulike

utgangspunkt i de ulike møtene. Resultatet i studien viser at det er flere temaer i omsorgsrelasjonen som henger sammen og påvirker hverandre.

5.3 Diskusjon av studiens kvalitet

I faglitteraturen kan vi finne mange synspunkter på hvordan man går frem for å studere kvaliteten på et kvalitativt forskningsstudie, troverdighet er et sentralt begrep som går igjen hos flere. Videre finner vi at begrepene reliabilitet og validitet benyttes for å styrke troverdigheten når man vurderer forskningens kvalitet (Thagaard, 2013).

I følge Thagaard (2013) handler reliabiliteten om forskningens pålitelighet. Den stiller spørsmål ved om forskningen har vært utført på en tillitsvekkende måte, slik at også en kritisk leser blir overbevist. Gjennom mitt arbeidet i denne studien har jeg forsøkt å tydeliggjøre og begrunne de metodiske valg jeg har gjort underveis. Hensikten har vært at leseren hele veien skal kunne følge retningen og kunne lese resultatene ut fra denne forståelsen og kunnskapen. Hadde studien vært gjort av en annen ville studien mest sannsynlig sett noe annerledes ut. De metodiske valgene ville vært annerledes og utvalget ville kanskje vært et annet, det ligger i den kvalitative forskningens natur. Det kan argumenteres for at reliabiliteten kunne vært styrket ved at jeg hadde gjort studien sammen med andre. Vi ville ha vært flere som diskutere og reflektert rundt de avgjørende beslutninger i forskningsprosessen, flere ville stilt kritiske spørsmål rundt fremgangsmåtene i prosjektet og flere kunne vurdere hvordan jeg har anvendt og fortolket informasjonen fra informantene.

Reliabiliteten innebærer også en refleksjon rundt konteksten for innsamlingen av data og hvilke betydning denne har for informasjonen (Thagaard, 2013). De transkriberte intervjuene var meningstette og jeg opplevde at informantene våget å bevege seg under overflaten og dykke ned i de erfaringene og opplevelsene de hadde gjort seg. Det kan argumenteres for at dette henger tett sammen med den konteksten informantene var rekruttert gjennom som var en gruppe med andre mødre i LAR. Denne konteksten kan ha bidratt til at kvinnene kjente på en trygghet som har gjort at de har åpnet seg for å fortelle om sine erfaringene.

Validitet handler om gyldigheten av de tolkningene jeg har gjort gjennom analysen. Man bør være kritisk til grunnlaget for sine egne tolkinger og hvilken posisjon man har i relasjon til det som skal undersøkes, og videre om dette har innvirkning på de tolkninger man så kommer frem til (Thagaard, 2013). I kap. 3 *Vitenskapsteori og metode* redegjør jeg for min

forforståelse og tilknytning til miljøet som studeres, jeg har fremlagt min relasjon til deltakerne og beskrevet hvordan informantene har blitt rekruttert. Jeg har gjennom refleksjoner av egne antagelser forsøkt å tydeliggjøre for leseren hva som er informasjon opparbeidet gjennom feltarbeidet og hva som er basert på egne vurderinger av informasjon. Der hvor jeg har kommet med påstander har jeg forsøkt å argumentere for disse på en måte hvor bakgrunnen for påstanden kommer tydelig frem. Jeg har diskutert egne resultater opp mot funn i litteraturen og annen forskning.

Fortolkninger av kvalitative data tar utgangspunkt i den forståelsen informantene har om sin situasjon. Forskeren utvikler en forståelse av hvordan informantene forstår seg selv og sin livssituasjon gjennom å fortolke meningsinnholdet i intervjuene. Det innebærer ikke nødvendigvis at forskeren er enig i informantenes forståelse (Thagaard, 2013). I denne studien er datamaterialet tolket opp i et abstraksjonsnivå som går ut over informantenes egne selvforståelse. Jeg har brukt en modell for å forklare sammenhengen og påvirkning temaene i resultatet har. Thagaard (2013) presiserer at bruk av modeller for å forklare sentrale sammenhenger i kvalitativ metode er sjeldent, da det innebærer en forenkling som gjør det vanskeligere å se nyansene i materialet. Jeg har allikevel valgt å bruke en modell for å vise de sammenhengene jeg ser i det bearbejdede materialet, da jeg mener vesentlige nyanser bedre kommer til syne i modellen. Sammenhengen og påvirkningen har videre blitt nyansert og problematisert i diskusjonen.

Thagaard (2013) hevder at et viktig trekk ved kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse av de fenomenene som studeres, og at fortolkningene gir grunnlaget for overførbarhet. Det kan argumenteres for at funnene i denne studien har overførbarhet til flere situasjoner. Det er sannsynlig å anta at kvinner i LAR under graviditeten bærer på den samme forventning om fordommer, innehar den samme følelsen av skyld og skam og frykter konfrontasjoner også i møte med andre instanser i hjelpeapparatet, som barnevernstjenestene og helse- og sosialtjenestene. Også disse faggruppene er i følge litteraturen utsatt for å ta til seg stigmatiserende holdninger Haga (2011).

Ser man på overførbarhet av funnet i denne studien i en større kontekst kan en argumentere for at LAR pasienter generelt er utsatt for å ha erfaringer fra sin tid som aktiv misbruker, av å bli møtt med stigmatiserende holdninger i helsevesenet, noe som igjen kan bidra til at de har opparbeidet seg en forventning om å bli møtt med fordommer. En forventning som i følge

litteraturen og forskningen kan være berettiget da allmennheten og hjelpeapparatet har en utfordring med å ikke se pasientene som narkomane

Utfra de forutsetninger jeg finner i faglitteraturen vil jeg påstå at denne oppgaven lykkes med å ta i bruk det kvalitative metodeverket. Videre mener jeg at oppgaven innehar den kvaliteten som kreves for at resultatene jeg har komme frem til, er å regne som et verdifullt bidrag til vår forståelse av hvordan man kan yte omsorg for fødekvinne i LAR.

6.0 KONKLUSJON

I dette kapitlet vil jeg forsøke å konkludere, antyde implikasjoner for praksis og komme med forslag til videre forskning.

Med utgangspunkt i problemstillingen *Hvordan opplever kvinner i LAR omsorg under fødsel?* var hensikten med denne studien å få innsikt i hvordan kvinner i LAR opplever omsorg under fødsel, slik at jordmor erverver kunnskap som gjør henne i stand til å ivareta kvinnen og gi optimal fødselsomsorg. Studien har vist at omsorgsrelasjonen oppstår som et resultat av møte mellom kvinnen og de forventninger hun bærer med seg inn på fødestuen og jordmors handlinger og væremåte. Kvinnene i studien har en forventning om å bli møtt med fordommer, de føler skyld ovenfor barnet sitt og de frykter å bli konfrontert. Jordmor har gjennom tydelighet og handlekraft, fortløpende dialog og støttende handlinger, mulighet for å bidra til at det oppstår en positiv opplevelse av omsorg. Det er derfor viktig at jordmor har kunnskap om LAR og hvilke sårbarheter og forventninger kvinner i LAR har med seg inn på fødestuen slik at det kan oppstå en omsorgsrelasjon som er basert på tillitt, anerkjennelse, delaktighet og likeverd.

Kvinner i LAR har innsikt og informasjon om egne liv som er verdt å lytte til. Vi bør ikke dra forhastede antagelser om kvinnenenes omstendigheter, men søke å øke egen innsikt og kunnskap på tema. Det bør legges opp til en økt grad av undervisning i jordmor utdanningen om sårbare grupper, og om hvordan vi som nyutdannede jordmødre kan trene oss på å stå i situasjonen, reflektere, lytte og rette fokus også på det som ikke umiddelbart kommer til syne. Videre bør det legges til rette for at jordmødre på arbeidsplassene får mulighet for å reflektere og tenkte høyt rundt sine erfaringer og opplevelser med kvinner i LAR, slik at det dannes rom for utvikling av reflektiv og intuitiv kunnskap.

Ytterligere forskning på tema er nødvendig, kvinner i LAR er en sårbar gruppe hvor det finnes lite kunnskap. Mer forskning vil kunne øke kunnskapsnivået hos hjelpe- og støtteapparatet. Denne studien viser funn basert på et mindre antall kvinner. Ved å gjennomføre flere kvalitative studier vil man kunne bekrefte, nyansere eller avvise de funnen denne studien har kommet frem til. Temaet kan nyanseres ytterligere gjennom å undersøke jordmødres faktiske holdninger til gravide kvinner i LAR og hvordan dette påvirker omsorgen de gir under fødselen.

LITTERATURLISTE

- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande* (2. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Blix, E. (2010). Fødselens dynamikk. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (pp. 393-398.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter : en tid hvor relationer skabes og udvikles*. København: Akademisk Forlag.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Haga, W. (2011). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i Rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2011.
- Helsedirektoratet, Bakstad, B. & Welle-Strand, G. (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*.
- Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2014). The space of togetherness – a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 186-192. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x
- Hordvin, O. & Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. (2015). *The Drug situation in Norway -annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA : 2014 : 2014* (Bind 2014).
- Ingunn, O. L., Gabriele, F., Gabrielle, K. W.-S., Kevin, E. O. g., Kimber, D., William, R. M., & Hendrée, E. J. (2013). A Comparison of Buprenorphine + Naloxone to Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Substance Abuse: Research and Treatment*(2013), 61-74. doi:10.4137/SART.S10955
- Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'sjuusköterska' i en vårdande relation. In I. Bergbom & L. W. Gustin (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkham, M. (2010). *The Midwife-mother relationship* (2nd ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Koch, L., & Vallgård, S. (2011). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. ed.). København: Munksgaard.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Liamputtong, P. (2007). *Researching the vulnerable : a guide to sensitive research methods*. London: SAGE.

- Lorvik, I. M., & Hansen, F. A. (2011). Gravide rusmiddelavhengige. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i Rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2011.
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i Rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2011.
- Lupton, D. (2011). 'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development. *Health, Risk & Society*, 13(7-8), 637-651. doi:10.1080/13698575.2011.624179
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Messaadi, N., Pansu, A., Evezard, H., Debrabant, S., Deruelle, P., & Cottencin, O. (2014). The Continued Care of Pregnant Women Receiving Opiate Substitution Treatment by Midwives. *Substance Abuse*, 35(1), 56-59. doi:10.1080/08897077.2013.800829
- Radcliffe, P. (2011). Substance-misusing women: Stigma in the maternity setting. *British Journal of Midwifery*, 19(8), 497-506. doi:10.12968/bjom.2011.19.8.497
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. In I. Bergbom & L. W. Gustin (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Varty, K., & Alwyn, T. (2011). Women's experiences of using heroin substitute medication in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 19(8), 507-514. doi:10.12968/bjom.2011.19.8.507
- Welle-Strand, G. (2015a). Opioid maintenance treatment in pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. Doctoral thesis, UIO. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-52124>
- Welle-Strand, G. (2015b). Tapering from Methadone or Buprenorphine during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes in Norway 1996-20. doi:10.1159/000381670
- Welle - strand, G. K., Skurtveit, S., Jansson, L. M., Bakstad, B., Bjarkø, L., & Ravndal, E. (2013). Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid - exposed infants. *Acta Paediatrica*, 102(11), 1060-1066. doi:10.1111/apa.12378
- WHO. (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Hentet fra <http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/>
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Skeie, I., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2015). *En aldrende LAR-populasjon? : statusrapport 2014* Rapport (Universitetet i Oslo. Senter for avhengighetsforskning : online), Vol. 2/2015.

Vedlegg 1



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjeril Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 07.03.2016	Vår referanse: 2016/95 REK sør-øst D
			Deres dato: 12.01.2016	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Tine Schauer Eri
Høgskolen i Oslo og Akershus

2016/95 Omsorg under fødsel for kvinner i LAR-behandling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet 17.02.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Tine Schauer Eri

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Hensikten med oppgaven er å få innsikt i hvordan kvinner som er under behandling i LAR (Legemiddelassistert behandling) opplever omsorgen de mottar under fødsel, slik at jordmødre kan erverve kunnskap som gjør de i stand til å ivareta kvinnene under fødsel og gi adekvat fødselsomsorg. Forskningsspørsmålet lyder "Hvordan opplever kvinner i LAR behandling omsorg under fødsel?". For å fange kvinnenes opplevelse av møte med jordmor/fødselshjelper på fødestuen vil det bli gjort en kvalitativ studie, med semistrukturert tilnærming. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide med stikkord. Ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer, er tema valgt på forhånd, men det åpnes opp for at det kan komme opp andre temaer underveis. Alle intervjuene vil bli tatt opp på båndopptager og vil bli transkribert. Deretter vil materialet bli kodet for å finne de meningsbærende enhetene. Det organiserte datamaterialet vil bli fortolket og sammenfattet gjennom systematisk analyse.

Vurdering

Formålet med studien er å undersøke hvordan kvinner i LAR-behandling opplever omsorgen de mottar under fødsel. Hensikten er å gi jordmødre kunnskap som kan gjøre dem ytterligere i stand til å ivareta fødende kvinner som er i LAR.

Komiteen vurderer at prosjektet, slik det er presentert i søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Heistad Hørløges gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 37
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 989 321 884

Tine Schauer Eri
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 29.03.2016

Vår ref: 47965 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.03.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 29.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>47965</i>	<i>Omsorg under fødsel for kvinner i LAR-behandling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tine Schauer Eri</i>
<i>Student</i>	<i>Ulla Salthammer Fritzsønn</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2021, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Afdelingskontore / District Offices
OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHØM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kjmo.svarvalket@ntnu.no
BIRMINGHAM NSD: SVU, Universitetet i Birmingham, 9037 Edgbaston. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@uob.ac.uk

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

HVORDAN OPPLEVER KVINNER I LAR BEHANDLING OMSORG UNDER FØDSEL?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for å øke innsikten og kunnskapen om hvordan kvinner i LAR behandling opplever omsorg under fødsel, slik at jordmor kan opparbeide kunnskap som gjør henne i stand til å ivareta kvinnene under fødsel og gi god fødselsomsorg.

Forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave i jordmorfag ved Høyskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag. Mitt navn er Ulla Salthammer Fritzsønn. Jeg er sykepleier med erfaring fra rusomsorgen, og jeg har videreutdanning i rusproblematikk. Prosjektleder for oppgaven og ansatt ved Høyskolen i Oslo og Akershus er Tine Schauer Eri.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltakere i studien er kvinner som har vært i LAR behandling under fødsel. Jeg ønsker å intervju 5 kvinner som har vært i LAR behandling under fødsel. Å være deltaker i studien innebærer å delta i et dybdeintervju hvor jeg vil stille spørsmål av åpen karakter rundt forskjellige temaer om omsorgen du mottok under fødsel. Det vil bli brukt 2 båndopptak under intervjuet, senere vil disse bli skrevet ut på papir. Lyd opptakene vil bli slettet da oppgaven leveres inn. All data og materiale vil bli oppbevart i avlåst rom ved høyskolen i Oslo og Akershus. Intervjuet vil ta omkring 1 time og 30 min. Jeg vil kunne reise til deg for å gjennomføre intervjuet, og det kan foregå der det passer for deg.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltagelse i prosjektet er ikke forventet å medføre noen ulemper, ubehag eller risiko. Hvis det skulle komme opp hendelser deltageren trenger hjelp til å håndtere er det etablert kontakt med fagpersonell som kan kontaktes.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet lydopptak og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Tine Schauer Eri tlf :92665962, epost: tine.eri@hioa.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Masteroppgaven skal leveres inn 27 oktober 2016. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Det er søkt godkjenning hos REK, Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Vedtak fattet 07.03.16 konkluderer med at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstave a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Det er søkt NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Vedtak fattet 29.03.16 tilrår at prosjektet gjennomføres.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4

Intervjuguide

Problemstilling:

”Hvordan opplever kvinner i LAR behandling omsorg under fødsel?”

Alder? Sivilstatus? Paritet? Tidspunkt for fødsel?
--

Hadde du med deg noen på fødsel?

Kan du huske hvor mange jordmødre du møtte i forbindelse med fødselen din, evt andre fagpersonell?

Kan du huske hvor lenge fødselen din varte?

❖ **Kan du fortelle meg hvordan du opplevde fødselen din?**

Oppfølgingsspørsmål:

- Kan du fortelle meg om hvordan du opplevde møte med jordmor da du ankom fødestuen?
 - Hva slags type informasjon mottok du?
 - Hvordan opplevde du stemningen i rommet?
 - Husker du noen av de følelsene som var tilstede i deg?
 - Kan du huske hvilke forventninger du hadde til å møte på fødeavdeling?
- Hvordan opplevde du å bli ivaretatt etter hvert hvor fødselen kom i gang?
 - Opplevde du at behovene du ytret ble møtt?
 - Ble du tilbudt noen valgmuligheter, f.eks. i forhold til smertelindring?
- Har du noen tanker rundt hva som ville være av positiv betydning for deg i møte med jordmor?
 - Var det noe du ønsket skulle bli gjort eller viet oppmerksomhet som jordmor ikke fanget opp?
 - Er det noe i omsorgen du fikk under fødsel som utpeker seg som spesielt positivt?
 - Er det noe i omsorgen du fikk under fødsel som utpeker seg som spesielt negativt?