

Masteroppgave

i psykisk helsearbeid

Mai 2023

Graviditet og rusmiddelbruk – tvang og brukermedvirkning

En kvalitativ studie om erfaringer med tvang og brukermedvirkning sett fra helsepersonells
ståsted

Kandidatnavn: Inger Bjørlien

Emnekode: MAPSD5900

Antall sider: 59. Antall studiepoeng: 30

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Å skrive masteroppgave har vært et tidkrevende og lærerikt prosjekt som har gitt meg mulighet til utvikling både faglig og personlig.

Det er flere som må takkes for at jeg har fått gjennomført dette prosjektet. Jeg vil først og fremst takke min arbeidsgiver og nærmeste leder, Eva Sirirud som har gitt meg denne muligheten med tilrettelegging av permisjoner. Hun har også vært en god drøftingspartner og har gitt meg nødvendig støtte underveis i prosjektet.

Jeg vil også takke min veileder ved OsloMet, førsteamanuensis Marit Aalen for konkrete og konstruktive tilbakemeldinger, som har gitt motivasjon og videre engasjement til prosjektet.

Jeg vil også rette en stor takk til de øvrige lærerne på studiet og medstudenter for samtaler, diskusjoner, erfaringsutveksling og gode innspill. Særlig vil jeg takke min kvinnelige medstudent for støtte og som en god diskusjonspartner gjennom hele prosessen.

En spesiell takk til deltagerne som stilte opp til å delta i fokusgruppeintervjuene. Uten dere hadde ikke studien vært mulig å gjennomføre. Takk for at dere brukte av deres tid og delte av deres erfaringer med gode innspill og rikelig informasjon.

Jeg vil også takke alle som har fulgt meg i denne prosessen, som har bidratt med innspill og som har heiet meg fram. Familie, venner og kollegaer som har vist entusiasme og interesse for temaet jeg har studert. Dere som har bidratt med korrektur og innspill og hjulpet med tekniske løsninger.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min nærmeste familie, min mann og barn som har gjort det mulig for meg å gjennomføre masteroppgaven. Dere har måttet leve tett på meg og tålt min frustrasjon og fortvilelse, glede og entusiasme. Dere har støttet og heiet på meg og tålmodig ventet på at jeg skal bli ferdig med oppgaven.

Gran 2023, Inger Bjørlien.

Sammendrag

Tittel

Graviditet og rusmiddelbruk – tvang og brukermedvirkning.

En kvalitativ studie om erfaringer med tvang og brukermedvirkning sett fra helsepersonells ståsted.

Bakgrunn for studien

Det er i Norge mulighet for å innlegge gravide som bruker ulike typer rusmidler uten samtykke etter Helse og omsorgstjenesteloven § 10-3 for å beskytte det ufødte barnet for risiko mot skade som følge av eksponering for rusmidler i svangerskapet. Brukermedvirkning har fått større plass i de ulike lovverkene, også for helsetjenestene. Helsepersonell som ivaretar gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk, som er innlagt på tvang spiller en viktig rolle i disse behandlingsforløpene. De står i motstridende situasjoner der de skal ivareta barnets sikkerhet og brukermedvirkning for den gravide kvinnen.

Hensikt

Hvordan erfarer helsepersonell brukermedvirkning i behandling, for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang?

Hvilke muligheter og begrensninger ser helsepersonell for pasientens medvirkning i behandling?

Metodologi

Kvalitativ metode med fokusgruppeintervjuer på tre ulike behandlingstilstander ved bruk av Malteruds Systematic text condensation – STC til analysen.

Resultater/funn

Fire hovedkategorier ble identifisert:

1. Tvang versus brukermedvirkning.
2. hensynet til den gravide versus barnets liv og helse – et etisk dilemma.
3. Kompleksiteten i pasientsituasjonene.
4. Mulighetens vindu.

Konklusjon

Til tross for det motsetningsfylte i tvang og brukermedvirkning lar det seg gjøre å legge til rette for god brukermedvirkning. Det er kompliserte prosesser som krever oppmerksomhet

fra personale på faglig, etisk og personlig bevissthet. Selve innleggelsen tar mye fokus i starten. Hensynet til det ufødte barnet kan komme i konflikt med hensynet til den gravide. Mange faktorer spiller inn. Betydningen av hvordan personale balanserte alle disse forholdene gjennom behandlingsforløpet, som en guide for å skape en sammenheng og rød tråd gjennom oppholdet knyttet til den gravides involvering og innflytelse i egen behandling.

Nøkkelord: Graviditet, Rusmisbruk, Rusavhengig, Helsepersonell, Helsearbeider, Brukermedvirkning, Tvang.

Abstract

Title

Pregnancy and adiction – coercion and patient participation.

A qualitative study on the experience of patient participation from the point of view of healthcare professionals

Background

In Norway, it is possible to admit pregnant women who use various types of drugs without consent according to § 10-3 of the Health and Care Services Act, in order to protect the unborn child from the risk of harm as a result of drug exposure during pregnancy. Patient participation has been given a greater place in the various legislation, also in the health services. Health personnel with responsibility for substance abusing pregnant women who are involuntarily admitted, makes an important role in these treatment processes. They are in conflicting situations where they must ensure the child's safety and patient participation for the pregnant woman.

Aim

How do healthcare professionals experience patient participation in treatment for pregnant women with drug and addiction problems who are involuntarily admitted?

What experiences do healthcare personnel have with opportunities and limitations for patient participation despite involuntarily admission.

Method

Qualitative method with focus group interviews at three different treatment institutions using Malterud's Systematic text condensation - STC for the analysis.

Result

Four main categories were identified:

1. Coercion versus user participation.
2. Consideration of the pregnant woman versus the child's life and health – an ethical dilemma.
3. The complexity of patient situations.
4. The window of opportunity.

Conclusion

Despite the contradictions between coercion and user participation, it is possible to facilitate good user participation. There are complicated processes that require attention from the health personnel on professional, ethical and personal awareness. The admission itself takes a lot of focus at the start. The consideration of the unborn child may come into conflict with the consideration of the pregnant woman. How staff balanced all these conditions throughout the course of treatment, as a guide to create a connection throughout the stay, related to the pregnant woman's involvement and influence in her own treatment.

Keywords: Pregnancy, Substance abuse, Drug addicted, Health personnel, Health carer, Patient participation, Coersion.

Innholdsfortegnelse

.....	1
FORORD	3
SAMMENDRAG	4
ABSTRACT	6
1. INNLEDNING	10
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	10
1.2. HENSIKT	11
1.3. PROBLEMSTILLING.....	12
1.4. AVGRENSING OG BEGREPSAVKLARING.	12
2. TIDLIGERE FORSKNING	13
2.1. SØKESTRATEGI.....	13
2.2. PRESENTASJON AV AKTUELL FORSKNING.....	13
3. TEORIDEL	15
3.1. RUS OG AVHENGIGHET	15
3.1.1. <i>Gravide kvinner og rusavhengighet</i>	16
3.2. INNLEGGELSE UTEN EGET SAMTYKKE ETTER § 10-3.	18
3.3. BRUKERMEDVIRKNING	20
3.3.1. <i>Empowerment</i>	22
3.3.2. <i>Autonomi</i>	23
3.4. HELSEPERSONELL, MENNESKEVERD OG ETIKK.	24
4. METODOLOGI	25
4.1. DESIGN	25
4.2. KVALITATIV METODE.....	25
4.2.1. <i>Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming</i>	26
4.3. DATAINNSAMLING.....	27
4.3.1. <i>Fokusgruppeintervju</i>	27
4.3.2. <i>Utvalg og rekruttering</i>	29
4.3.3. <i>Utførelse</i>	29
4.4 FORSKERROLLEN	30
4.4.1. <i>Forforståelse og eget faglig ståsted</i>	31
4.5. ANALYSE	32
4.5.1. <i>Transkribering</i>	32
5. ETISKE OVERVEIELSER	33
6.RESULTATER	36
6.1. KATEGORI 1: TVANG VERSUS BRUKERMEDVIRKNING.	36
6.2. KATEGORI 2: HENSynet TIL DEN GRAVIDE VERSUS BARNETS LIV OG HELSE – ET ETISK DILEMMA.....	40
6.3. KATEGORI 3: KOMPLEKSITETEN I PASIENTSITUASJONENE.	42
6.4. KATEGORI 4: MULIGHETENS VINDU.	44
6.2. OPPSUMMERING AV RESULTATENE.	45
7. DISKUSJON	45

7.1. DISKUSJON AV RESULTATER OG FUNN SETT I LYS AV TEORETISK RAMMEVERK	45
7.1.1. Brukermidvirkning – en balansegang.....	45
7.1.2. Kompleksiteten og mulighetens vindu.....	51
7.2. DISKUSJON AV METODE VALG – STYRKER OG SVAKHETER.....	54
7.3. IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS OG FREMTIDIG FORSKNING.....	56
8. KONKLUSJON.....	57
9. LITTERATURLISTE.....	58
VEDLEGG 1 – GODKJENNING SIKT.....	62
VEDLEGG 2 – INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKESKJEMA.....	65
VEDLEGG 3 – INTERVJUGUIDE	68

1. Innledning

I de senere årene har det vært et økende fokus i helsetjenestene på brukermedvirkning både på et politisk nivå og i utførelsen av tjenestene. Den enkeltes rett til innflytelse og medbestemmelse som en demokratisk rettighet står sterkt, og i 1999 ble lov om pasientrettigheter vedtatt (Askheim et al., 2023, s. 22). Loven skal sikre likeverdig og god kvalitet på tjenestene, samt ivareta den enkeltes integritet, trygghet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). I rusmiddelomsorgen har disse prinsippene vært utfordret, og synet på personer med rusmiddelproblemer er en gruppe som ofte blir utsatt for stigmatisering og lite respekt. Det kan påvirke tryggheten mellom helsepersonell og personer med rusmiddelproblematikk og hemme medvirkning og selvbestemmelse, da det i noen situasjoner vil være nødvendig med bruk av innleggelse uten samtykke, jmfør kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Graviditet er en spesiell periode i livet som assosieres med glede endring og representerer noe stort og gledelig. Et nytt liv blir til, og svangerskapet er en sårbar periode for barnets utvikling. Gravide kvinner som bruker rusmidler og/eller legemidler i svangerskapet kan påvirke fosteret på ulike måter som kan ha signifikante teratogene effekter. Bruk av substanser under svangerskapet trenger ikke nødvendigvis resultere i misdannelser eller andre fysiske konsekvenser eller symptomer ved fødsel, men kan vise seg som funksjonelle avvik senere i livet. Der det er pågående bruk av opioider gjennom hele svangerskapet, fødes bana med abstinenser. Forskning viser at alkohol er det rusmidlet som brukes mest i befolkningen. Alkohol kan gi alvorlige og varige skader ved eksponering av fosteret i svangerskapet, der den største effekten påvirker utviklingen av hjernen med påfølgende atferdsmessige og kognitive utfall. For noen medfører alkoholeksponering i svangerskapet FAS (fødtalt alkoholsyndrom) eller FASD (fødtalt alkohol-spekterforstyrrelse) (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2015).

Norge har gjennom sitt lovverk mulighet til å legge inn gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk uten eget samtykke etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 10-3 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3). (Forkortes videre i teksten med Hol § 10-3). Bruk av innleggelse ved tvang har vært ansett som et viktig

virkemiddel ovenfor gravide kvinner med av rusmiddelproblematikk for å hindre at barnet utsettes for skade forårsaket av rusmidler. Denne loven er enestående i internasjonal sammenheng, og ingen andre hverken nordiske eller europeiske land har en hjemmel for å kunne legge inn gravide med rus- og avhengighetsproblematikk uten eget samtykke (Lundeberg et al., 2014, s. 17). Innleggelse etter Hol § 10-3 innebærer at den gravide blir innlagt uten eget samtykke med den hensikt å beskytte det ufødte barnet mot eksponering av rus i svangerskapet. Et annet viktig formål med en slik innleggelse er at kvinnene skal få hjelp med sitt rusmiddelproblem og settes i stand til å være forelder for sitt barn, og ha den daglige omsorgen etter fødsel (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3). Hvordan kan en innleggelse uten eget samtykke som utgangspunkt skape muligheter for endring og mestring i eget liv? Hvilke erfaringer har helsepersonell knyttet til dette i møte med denne pasientgruppen? Jeg har selv jobbet i flere år ved en enhet som har et regionalt ansvar for behandling av gravide med rus- og avhengighetsproblematikk, og har sett både muligheter og begrensninger ved dette. Loven er kontroversiell, da tvang i seg selv er en alvorlig inngripen i et menneskes liv, samtidig som jeg har sett kvinner der dette har vært et utgangspunkt for å gripe muligheten til endring og skape seg et «nytt» liv.

1.2. Hensikt

Helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen, spiller en viktig rolle i et slikt behandlingsforløp. De kan stå i situasjoner med motstridende interesser, der en skal sikre ivaretagelsen av barnets helse, samtidig som en skal ivareta den gravides behov og rettigheter. Dette stiller også krav til helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen, og at de i sin utøvelse balanserer dette hensynet på en etisk, lovlig og faglig forsvarlig måte, noe som kan være et vanskelig landskap å navigere i. Dette er også noe Söderström og Skolbekken (2012, s. 158) påpeker i sin artikkel «*Pregnancy and substance use – the Norwegian § 10-3 solution*». Det er et økt fokus på brukermedvirkning generelt, og det er en rettighet pasienten har jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), også ved innleggelser uten eget samtykke etter Hol § 10-3.

I 2019 ble det lansert pakkeforløp fra Helsedirektoratet om oppfølging av gravide med rusmiddelproblemer, som ble endret til pasientforløp i januar 2023. Hensikten med pasientforløpet er en organisering av tjenestene slik at det skal sikre rettigheter og oppfølgingen av pasientene uavhengig av hvor de bor i landet. Samtidig beskriver det hva

tjenestene er forpliktet til og skal tilby i sin behandling. Samarbeid og samhandling på tvers av behandlingsnivå er vektlagt for å sikre en helhetlig behandling, utredning og oppfølging av pasientene. Brukermedvirkningen i pasientforløpet vektlegges gjennom god informasjon, kartlegging og samhandling med den gravide knyttet til tiltak og videre behandling. Dersom frivillige hjelpetiltak ikke fører frem, vil det være behov for iverksetting av tilbakehold etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (Helsedirektoratet, 2019).

1.3. Problemstilling

På bakgrunn av dette ønsker jeg derfor å se nærmere på helsepersonalets rolle. Hvordan helsepersonell erfarer muligheter og begrensninger i møte med disse kvinnene? Hvordan kan personale legge til rette for et godt behandlingsforløp for den gravide, med mulighet for medvirkning i egen behandling og mestring i eget liv, til tross for innleggelse på tvang? Hvilke muligheter og begrensninger de står ovenfor, med utgangspunkt i følgende problemstilling:

«Hvordan erfarer helsepersonell brukermedvirkning i behandling, for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang?»

1.4. Avgrensing og begrepsavklaring.

Oppgaven er begrenset til å undersøke det som er beskrevet i oppgavens problemstilling. Det er ulike behandlingsmetoder å anvende i tilnærming og behandlingen av gravide med rus og avhengighetsproblematikk. Det samme gjelder andre diagnoser som kan ha implikasjoner for tilnærmingen til de gravide kvinnene. Dette er temaer som ikke spesifikt vil bli lagt vekt på i oppgaven.

For å avklare begrepsbruken knyttet til den gravide kvinnen og helsepersonale som det vises til gjennom teksten har jeg valgt å bruke følgende:

Den gravide vil bli omtalt som den gravide, kvinnen, pasienten, hun og henne. Det vil variere gjennom teksten der det er naturlig og for å skape variasjon i språket.

Helsepersonale vil bli omtalt som helsepersonell, helsearbeiderne, personale, deltager og informanter. Har valgt å bruke både deltager og informant for å skape variasjon i språket der det er naturlig.

2. Tidligere forskning

I denne delen presenteres hvordan jeg har gått frem for å innhente tidligere forskning og presentasjon av denne.

2.1. Søkestrategi

For å skape et nødvendig kunnskapsgrunnlag over hva som foreligger av forskning på området relatert til min problemstilling, sentrale begrep i den og studiens hensikt, har jeg søkt i ulike databaser i tråd med Malterud (2017, s. 126). Jeg har hatt veiledning og hjelp av bibliotekar både ved OsloMet og ved Sykehuset Innlandet til dette og til utforming av PICO skjema og MeSH for å finne de mest relevante søkeordene. Ord som ble benyttet i søkestrategien i ulike kombinasjoner var blant annet: Substance-related disorders, alcohol drinking, substance abuse, drug addicted, pregnancy, pregnant women, health personnel, health carer, coercion, involuntary treatment, patient participation. Det ble gjort søk i Medline, Oria, Google scholar. I tillegg har jeg søkt på forfattere og funnet aktuell litteratur og forskning via referanser i andre studier. Ved utvelgelse av aktuelle artikler og forskning begrenset jeg den hovedsakelig til norsk kontekst, på bakgrunn av lovverket knyttet til innleggelse av gravide uten eget samtykke, som er spesielt for Norge.

2.2. Presentasjon av aktuell forskning

Boken «*Tvang i rusfeltet*» av Lundeberg et al. (2014), er skrevet på bakgrunn av en langvarig forskningsinteresse for temaet. Datamaterialet som ligger til grunn for denne ble stort sett samlet inn i perioden 2008-2010 i forbindelse med evalueringen i tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven. Materialet består av både kvalitative og kvantitative data fra både brukere, pårørende, og ulike aktører i behandlingsskjeden i spesialist- og førstelinjetjenesten. Den peker på at tvang i seg selv er en sterk inngripen i et menneskes liv, og at det derfor er viktig med kunnskap om tvangsbestemmelsen for å unngå forskjeller i måten lovverket anvendes på. Den har også lagt vekt på å få frem brukernes egne erfaringer med å bli innlagt på tvang og tar også spesifikt for seg de gravide med rusmiddelproblematikk, brukermedvirkning og rollen til helsepersonell i de ulike nivåene i tjenestene (Lundeberg et al., 2014).

Artikkelen av Söderström og Skolbekken (2012) har til hensikt å belyse etiske og kliniske dilemmaer ved innleggelse av gravide etter Hol § 10-3. De påpeker utfordringen helsepersonell står ovenfor i møte med gravide rusavhengige innlagt etter denne bestemmelsen. Den krevende oppgaven å balansere hensynet til den gravide og hensynet til det ufødte barnets beste, etiske problemstillinger i utførelse av mandatet i lovverket og klinisk praksis. Söderström og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Psykologisk (2013) viser til erfaringer og kombinasjon av håp, bekymringer og ambivalens hos foreldre med rusmiddelproblematikk, som også gjenspeiles hos helsearbeiderne og samfunnet for øvrig. Det påpekes betydningen av støttende omgivelser for å styrke positive egenskaper ved foreldreskapet. Samtidig vises det til konsekvensene avhengighet fører med seg, og graviditetens mulighet for endring. Relasjonen mellom terapeut og den gravide, og betydningen av å skape en allianse trekkes også frem i studien.

I en studie av Myra et al. (2018) ble muligheten den gravide har til å etablere en tilknytning til det ufødte barnet ved innleggelse i institusjon undersøkt, både frivillig og på tvang, og at dette var særlig viktig for de som ble innlagt på tvang. Studien viser også til dilemmaet helsepersonell står ovenfor mellom fokus på tilknytningen til det ufødte barnet og behandling for avhengigheten. I en annen studie av Myra et al. (2016), en kvalitativ studie om kvinnenes egne erfaringer ved innleggelse etter Hol 10-3, kommer det også frem at rammene ved innleggelse på tvang skaper en mulighet for kvinnene til å fokusere på barnet og tilknytningsprosessen. Konteksten danner også et godt utgangspunkt for hjelpeinstansene til å komme i posisjon til kvinnene. I en studie av Wiig (2018) undersøkes sammenhengen i generasjonsoverføringen av rusproblemer hos mødre med rusavhengighet. De har selv hatt en oppvekst preget av rusmiddel bruk hos egne omsorgspersoner som gjør dem ekstra sårbare. Dette er også felles trekk som trekkes frem i de øvrige studiene (Myra et al., 2018; Myra et al., 2016; Söderström & Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Psykologisk, 2013). Det er signifikant for kvinner med rusproblematikk at frykt for å ha påført skade på barnet i graviditeten, skam, konsekvenser og stigmatisering fører til at de oppsøker hjelp sent i svangerskapet (Marshall et al., 2020; Söderström, 2012). Dette trekkes også frem i en studie fra Canada (Menard-Kocik & Caine, 2021). Studien konkluderer i tillegg med betydningen av omsorg fra helsearbeiderne og etisk bevissthet.

Behandling og oppfølging av gravide med rusproblematikk er et felt hvor det fortsatt er behov for videre forskning generelt og spesielt for innleggelse uten samtykke. Det vil være nyttig å undersøke ytterligere erfaringer fra helsepersonalets ståsted, men også de gravide kvinnenes erfaringer. Det finnes lite kunnskap om hvordan det går med kvinnene og barna deres på sikt etter innleggelse i svangerskapet uten samtykke. Er det andre resultater som oppnås utover å tilstrebe rusfrihet i svangerskapet?

3. Teoridel

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket for forskningsprosjektet. Dette bygger på foreliggende litteratur og kunnskap om pasientgruppen samt det kontekstuelle rammeverket med utgangspunkt i problemstillingen. Hvordan kan brukermedvirkning tilrettelegges og hvilke faktorer som spiller inn? Forståelsen av å ha en avhengighetslidelse og hvordan faglig kunnskap kombinert med relasjonskompetanse og holdninger blant helsepersonell har betydning i møte med den enkelte. Eget faglig ståsted, med bakgrunn som sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og erfaring fra feltet vil også være et bakteppe for det teoretiske rammeverket, jamfør Malterud (2017, s. 127).

3.1. Rus og avhengighet

Avhengighet er et vidt begrep og brukes i vår daglig tale knyttet til ulike fenomener som kan ha elementer av avhengighet ved seg. Det kan dreie seg om ulike former for adferd, handlinger og aktiviteter som en er overdrevent opptatt av, eller nærmest ikke klarer seg uten, noe som kan være gjeldende for bruk av rusmidler (Bramness & Bachs, 2022). Tidligere ble det skilt mellom fysisk og psykisk avhengighet, men i dag blir dette sett på som ulike deler av et samlet fenomen (Bramness & Bachs, 2022). Bruk av rusmidler har stor innvirkning på en persons liv og fungering, både emosjonelt, psykisk, fysisk og sosialt. En kan også betrakte rusproblemet som et relasjonelt problem, da konsekvensene av rusmiddelbruken har en innvirkning på personenes partner, barn, søsken, familie og nettverk. I Norge diagnostiseres bruk av rusmidler ut ifra den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10, og skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av et rusmiddel. Skadelig bruk kjennetegnes ved et bruksmønster der inntak av rusmidler gir alvorlige fysiske og/eller psykologiske skader. Avhengighet kjennetegnes ved en sterk indre trang til å innta rusmidlet, til tross for de negative konsekvensene dette medfører både

fysisk og psykisk. I tillegg viser avhengighet seg ved at det er problemer med å kontrollere inntaket og å kunne stoppe før en har mistet kontrollen (Lossius, 2021, s. 26-27).

For mange med et rusproblem følger det også med som nevnt psykiske utfordringer, og for noen også psykisk lidelse. Dette betegnes i Norge som ROP-lidelse, og er et norsk særbegrep, som er en forkortelse for kombinasjonen av samtidig rus- og psykiske lidelser. For denne gruppen er det en kompleksitet i problematikken, som griper inn på de fleste områder i livet. Kombinasjonen av rusmiddelbruk og psykisk lidelse fører for mange med seg betydelig funksjonsnedsettelse på flere områder i livet som for eksempel, sosial fungering, bosituasjon, økonomi og arbeid. Det har ofte dramatiske konsekvenser for pasienten selv, men også for familie og nettverk (Evjen et al., 2012, s. 24). Det er ulike måter å forstå og behandle ruslidelser på. Med den kunnskap som eksisterer om kompleksiteten ved rusproblematikk må behandlingen ta for seg hele pasientens situasjon. Betydningen av å se helheten i det individuelle knyttet til det psykologiske, biologiske og sosiale aspektet ved problematikken hos den enkelte pasient (Føyn & Shaygani, 2010, s. 49).

I diagnosemanualen skilles det ikke på kriteriene for en rusdiagnose om du er mann eller kvinne. Lossius (2021, s. 33) hevder at mye av forskningen er lite spesifikk knyttet til det særegne ved å være kvinne eller mann med rusproblematikk, og at mye av kunnskapen om rusbehandling er basert på klinisk erfaring og forskning på menn. Kvinner og menn kan ha ulikt uttrykk for sin problematikk og dermed behov for ulike tiltak og behandling for sin rusproblematikk.

3.1.1. Gravide kvinner og rusavhengighet.

For gravide kvinner med rusproblematikk medfører det utfordringer på flere områder i livet. Mange har opplevelser med traumer, overgrep og manglende omsorgsvilkår med seg fra egen barndom og oppvekst. Bruken av rusmidler kan være en måte for kvinnen å regulere smerte og vanskelige følelsesmessige tilstander på, men for fosteret vil det utgjøre en potensiell risiko for skade. Rusmiddelavhengighet og graviditet er uforenelig (Lorvik & Hansen, 2021, s. 230). Dette er også en allmenn oppfattelse, men det hindrer ikke kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk å bli gravide. Söderström (2011, s. 135-137) påpeker også at inntak av rusmidler i svangerskapet fungerer som en regulator for kvinnen og døyver fysisk og psykisk smerte, men for barnet derimot innebærer rusmidlet risiko for skade. For

kvinnen innebærer det også at rusmidlet okkuperer den delen av hjernen som er viktig med tanke på at hun skal bli mor og ha omsorg for et barn. Sentrale områder i hjernen er særlig utsatt for rusmidlenes virkning som har betydning for viktige funksjoner. Dette vil ha konsekvenser for blant annet evnen til å tåle stress og følelshåndtering. I tillegg påvirker rusmidlene kognitive funksjoner og vil ha en negativ virkning på vurderingsevne, impulskontroll, forståelse av sammenheng og evnen til å forutse konsekvenser. Rusmidlet blir et hinder for å utvikle relasjoner og tilknytning, og rusmidlet erstatter sunne og normale relasjoner (Føyn & Shaygani, 2010, s. 36-49).

For kvinner med et rusproblem kan det ta tid før graviditeten oppdages. Det er sjelden svangerskapene er planlagt og mange av kvinnene har ikke trodd de kunne bli gravide, enten fordi de ikke har fanget opp signalene fra kroppen eller har mangelfull eller uregelmessig menstruasjonssyklus. Noen kan også ignorere symptomer og tegn på graviditet (Söderström, 2012, s. 461). Dette innebærer at kvinnen fortsetter å innta rusmidler i svangerskapet, og barnet blir ytterligere eksponert for rusmidler, som igjen vekker skyld og skamfølelse hos den gravide. Dette kan vekke ambivalens og usikkerhet hos kvinnen som kan føre til at hun havner i en ond sirkel med fortsatt bruk av rusmidler (Söderström, 2011, s. 139). Det kan dermed også ta tid før den gravide fanges opp av hjelpeapparatet eller selv oppsøker oppfølging og hjelp i svangerskapet. Å vente et barn er noe som forbindes med glede, håp og forventninger, som setter i gang dype endrings- og utviklingskrefter til starten på en ny tilværelse. Brodén (2007, s. 19-21) beskriver også graviditet som en av de viktige overgangsperiodene i livet og som gir muligheter for forandring. Disse endringene griper inn på ulike plan både fysisk og psykisk. Alle ønsker det beste for seg og barnet sitt. Slik er det også for gravide kvinner med et rusproblem, men å være gravid og rusavhengig fører med seg skam, frykt og dårlig samvittighet. Dette legger både Lorvik og Hansen (2021) og Söderström (2011) vekt på. Tanken på å ha utsatt sitt barn for risiko og skade er overveldende. Graviditeten kan dermed for mange være overgangen til et rusfritt liv, og en viktig periode for å etablere seg selv som en god nok omsorgsperson. Å møte kvinnen med forståelse og se hennes ønske om å beskytte barnet, er et godt utgangspunkt for videre oppfølging. Hun vil ha behov for å bli møtt med respekt og omsorg. Det vil også ha stor betydning å ha et team rundt seg som viser ansvarlighet, god etisk refleksjon, og sikrer den

gravide tett oppfølging og samhandling i samarbeid med den gravide (Lorvik & Hansen, 2021, s. 231).

3.2. Innleggelse uten eget samtykke etter § 10-3.

Som nevnt innledningsvis er det i Norge mulighet for å legge inn gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk i behandling uten eget samtykke. Denne bestemmelsen ble først vedtatt i Stortinget i 1995 i sosialtjenesteloven § 6-2a (Lundeberg et al., 2014, s. 63).

Bestemmelsen ble videreført i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 10-3), og første og andre avsnitt lyder som følger:

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

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3).

Hovedformålet med bruk av Hol § 10-3 er å sikre at barnet ikke blir utsatt for rusmidler og risiko for skade. Hensynet til fosterets helse i svangerskapet går dermed foran kvinnens rett til selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2016, s. 52). Fostervernet står med dette særdeles sterkt, og helsepersonell er også pålagt etter lov å melde ifra til den kommunale helse- og omsorgstjenesten dersom de har kjennskap til en gravid der det er mistanke om samtidig bruk av rusmidler, jmfør Helsepersonelloven (1999, § 32). Helsedirektoratet (2016, s. 56) påpeker i veilederen om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer, at bruk av innleggelse uten eget samtykke er et inngripende tiltak, og frivillige tiltak må være forsøkt eller vurdert som utilstrekkelig ved anvendelse av Hol § 10-3. Det er også knapphet på tid med hensyn til risiko for fosterets helse og for hvor lenge frivillighet skal forsøkes. Derfor er det for tjenestene viktig å sikre en rask intervensjon ovenfor gravide med rus- og avhengighetsproblematikk. De fleste legges derfor inn etter et midlertidig vedtak først, da det som oftest vil ta for lang tid å vente på behandling av vedtaket i fylkesnemnda, noe som

vil innebære en risiko for barnet som kan bli betydelig skadelidende. Videre trekkes det frem i veilederen fra Helsedirektoratet (2016, s. 59) at innleggelse etter hastevedtak skjer som regel veldig raskt, og den gravide har liten mulighet til å forberede seg. Dette kan føre til en opplevelse av maktesløshet og øke sjansen for motstand slik at fokuset blir rettet mot denne prosessen. Det kan også føre til at kvinnen viser liten interesse for behandlingen og det kan ha en negativ innvirkning på relasjonen til personale ved behandlingsinstitusjonen.

Ved bruk av muligheten for innleggelse uten eget samtykke står de involverte parter overfor et dilemma der hensynet til fosteret må veies opp mot hensynet til kvinnens rett til selvbestemmelse. Bestemmelsen er også formulert slik at det må gjøres en skjønnsmessig vurdering i den enkelte sak opp imot formålet med en slik innleggelse (Helsedirektoratet, 2016, s. 58). Lundeberg et al. (2014, s. 17) påpeker den grunnleggende menneskerettslige, politiske og terapeutiske holdningen at bruk av tvang er et onde og bare bør komme til anvendelse når gevinsten er større enn ulempene. Likevel betraktes denne form for innleggelse også som et viktig virkemiddel. Både for å forhindre livstruende adferd som følge av rusmiddelmissbruk som medfører risiko for skade på fosteret og den gravide, men også for å muliggjøre at den rusmiddelavhengige kvinnen kan ta valg i nykter tilstand. Bruk av bestemmelsen om innleggelse etter Hol § 10-3 kan i noen tilfeller utløse et ønske om å ta abort for å slippe en tvangsinnleggelse. En innleggelse kan også ha en mulig gevinst for kvinnens øvrige psykiske- og fysiske helsetilstand. Dette er momenter som kan ha implikasjoner for den skjønnsmessige helhetsvurderingen ved bruk av Hol § 10-3, men må i mindre grad vektlegges i forhold til vilkåret som må være oppfylt, og er definert som «at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade» (Lundeberg et al., 2014, s. 90-103).

Selv om en innleggelse uten eget samtykke er en stor inngripen og kan oppleves skremmende og voldsom, kan det for mange være starten på et vendepunkt som gir mulighet for endring i eget liv, slik at de ha omsorgen for barnet sitt. Noen kan også uttrykke takknemlighet for innleggelsen på tvang og innser at de ikke kunne greid å komme seg ut av rusmiddelavhengigheten uten (Lorvik & Hansen, 2021, s. 244). Denne muligheten for endring og hjelp til å beskytte barnet mot ytterligere eksponering av rusmiddel er også noe Myra et al. (2016) viser til i sin forskning.

3.3. Brukermedvirkning

Frihet til å bestemme over eget liv er en grunnleggende menneskerettighet og nedfelt i FN's erklæring om menneskerettigheter (FN, 1948). Et hvert menneske ønsker å ha herredømme og innflytelse over eget liv, og bli møtt med respekt og forståelse fra andre. Mulighet for å medvirke i egen behandling står sterkt i dagens ytelser av helsetjenester, og brukermedvirkning er en rettighet enhver har gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1). Brukermedvirkning kan også foregå på ulike nivåer og ha ulike former, der et grunnleggende skille går mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå (Rønning & Solheim, 1998; Andreassen, 2005 gjengitt i Askheim et al., 2023, s. 16). På individ nivå dreier det seg om enkeltindividets muligheter for å påvirke eget hjelpetilbud, mens på systemnivå innebærer det at brukere av tjenesteapparatet påvirker utforming av velferdstjenestene generelt (Askheim et al., 2023). I dette prosjektet har jeg sett på brukermedvirkning på individnivå som handler om den enkeltes mulighet for å påvirke eget behandlingstilbud, og helsepersonellens rolle.

Mulighet for medvirkning i egen behandling er gjeldende for gravide kvinner som blir innlagt etter Hol § 10-3, selv om de ikke rår over avgjørelsen om innleggelse (Lundeberg et al., 2014, s. 102). Dette legger også Helsedirektoratet (2016, s. 11-12) vekt på, og påpeker i veilederen om tvangstiltak ovenfor mennesker med rusproblemer betydningen av involvering av brukeren i utformingen av sin behandling. Dette vil ha positive følger for opplevelsen av tvang og målsetting for oppholdet. Den enkeltes kunnskap om eget liv og behov, samt erfaringer bør tillegges betydelig vekt for gjennomføring av behandlingen. Den enkeltes vern om personlig integritet og mulighet til selvbestemmelse er også vektlagt av helsedirektoratet i en egen forskrift:

Så langt det er forenlig med formålet med oppholdet, institusjonenes ansvar for å ivareta forsvarlig drift og hensynet til andre pasienter og brukere, skal institusjonen drives slik at pasient og brukers mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt (Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon, 2016, § 3).

Helsepersonell har også et ansvar og plikt til å sørge for å yte forsvarlige tjenester, sikre at pasienten får nødvendig informasjon, og ivareta pasientens rettigheter jmfør Helsepersonelloven (1999). I pasientforløpet Gravide og rusmidler fra Helsedirektoratet (2019), legges det også vekt på at den gravide skal få tilstrekkelig informasjon og mulighet til

å medvirke i egen behandling og oppfølging. Å bli innlagt uten eget samtykke kan oppleves som en stor inngripen for kvinnen. Det kreves derfor ekstra kvalifikasjoner og en bevissthet av helsepersonell som arbeider på behandlingssteder som ivaretar denne pasientgruppen. De skal ivareta pasientens rettigheter og mulighet for innflytelse i egen behandling, og samtidig sikre oppfyllelse av ansvaret etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 10-3). I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) ble det lagt vekt på økt fokus på brukermedvirkning. Tjenestene som ytes skal være med utgangspunkt i brukernes behov og påpeker viktigheten av samarbeid med brukerne for å tilrettelegge tjenestene på en god måte (Prop.15 S (2015-2016), s. 28). For gravide kvinner som legges inn i spesialisthelsetjenesten etter Hol § 10-3, uten eget samtykke, har de ikke et reelt valg hvorvidt de ønsker å være innlagt eller ikke, men det legges vekt på at de skal tilbys hjelp og behandling for sitt rusmiddelproblem, og for å ha mulighet til å ha omsorgen og kunne ta vare på barnet sitt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3). Institusjonene må derfor ha fokus på dette i behandlingen. Tilbudet bør ta sikte på tiltak som fremmer muligheten for å være omsorgsperson og økt mestring av sin rusmiddelproblematikk i form av ulike samtaler, grupper, og aktiviteter. For at det skal være en reell brukermedvirkning er det vesentlig at kvinnen får god informasjon om behandlingstilbudet og formålet med oppholdet, slik at hun får tilstrekkelig grunnlag til å være med å utforme egen behandling. Rollen til personale ved institusjonene har et særlig ansvar for å underbygge kvinnens selvbestemmelsesrett og evne til å ta egne beslutninger ved å tydeliggjøre konsekvenser og muligheter av ulike alternativer (Lundeberg et al., 2014, s. 167).

En annen side ved brukermedvirkning det stilles spørsmål ved er om medvirkningen kan gå for langt. Kan fokus på brukermedvirkning føre til en form for ansvarsfraskrivelse fra institusjonene da pasienten selv kan si de ikke ønsker å delta i behandlingen? Kan det oppstå situasjoner der pasienter ikke får den behandlingen de trenger fordi de er i en livsfase hvor de ikke har tilstrekkelig kunnskap eller innsikt i hva som skal til for at de vil få et bedre liv? Kan brukermedvirkning gå for langt ved at helsepersonell blir så opptatt av å lytte til pasienten enn sin egen faglige kunnskap om hva som virker? Kan en reduksjon av forventninger helsepersonell har til pasientens ressurser og mulighet til gjennomføring av behandlingen gå på bekostning av fag og kvalitet ved behandlingstilbudet og oppfølgingen

som tilbys? Dette er spørsmål som Askheim et al. (2023, s. 198-199) stiller og viser til Vidar Hårvik, 2017 på Fagrådets hjemmeside.

3.3.1. Empowerment

Å ha makten over eget liv og herredømme til å ta egne avgjørelser er en viktig side ved brukermedvirkning. Empowerment er et begrep som ofte kobles sammen med brukermedvirkning og som handler om å få makten tilbake gjennom å bruke sine ressurser og ta styring og kontroll over egen livssituasjon (Askheim et al., 2023, s. 26). Oppgaven til helsepersonell blir å bidra til at denne prosessen kommer i gang. Empowerment kan knyttes til personer som har stått i en avmaktssituasjon der hensikten er å styrke de til å få økt selvbilde, kunnskaper og ferdigheter, slik at de kan mobilisere kraft og gjenoppta makt, styring og kontroll over eget liv. Begrepet brukes ut i fra en slik forståelse om individer som har stått i en situasjon med opplevelse av avmakt som blant annet kan være gjeldende for rusavhengige (Askheim, 2012, s. 11-12). For gravide kvinner som legges inn uten eget samtykke vil startfasen være preget av en opplevelse av å miste råderetten over eget liv, fortvilelse og en følelse av avmakt. Dette er følelser som vil roe seg etter hvert, og samhandling og involvering av kvinnen i egen behandling blir derfor en viktig del av denne prosessen (Lorvik & Hansen, 2021, s. 243-244). Kompetansen til helsepersonell som arbeider med disse kvinnene, spiller en særlig rolle knyttet til dette i behandlingen. Hvorledes de opptrer i møte med den enkelte, sikrer god informasjon og involvering av kvinnen. Dette krever ikke bare faglig kunnskap, men en bevissthet knyttet til egne holdninger og god relasjonskompetanse (Söderström & Skolbekken, 2012, s. 163). Selv om det primære formålet med innleggelse etter Hol § 10-3 er å beskytte det ufødte barnet mot eksponering av rusmidler, er det også et mål med oppholdet å komme seg ut av avmaktssituasjonen og gjenoppta styring og mestring over eget liv, bli rusfri og kunne ha omsorgen for barnet. Gjennom involvering i egen behandling, mobilisering og styrking av kvinnens ressurser, er Empowerment tenkningen en side ved dette som er beskrivende for denne delen av behandlingen ved oppholdet.

Makt, eller *power*, er et ord som kan avledes av begrepet empowerment hvis en deler det opp. Dette kan ofte gi negative assosiasjoner med hierarkiske strukturer og paternalisme, der det er en skjevhet i relasjonen mellom mennesker hvor en har makt over en annen. Tenkningen i empowerment legger til grunn en annen forståelse og handler om en

tilnærming i betydningen *makt til*, der den som yter tjenester bidrar til at den som mottar tjenester får mer makt i betydningen kontroll over eget liv (Askheim et al., 2023, s. 26-27).

Dette viser også et relasjonelt aspekt ved empowerment-tenkningen, da det involverer både den som mottar tjenester, eller helsehjelp, og den som yter tjenester, eller helsehjelp, og hva som foregår mellom dem. I et hvert relasjonelt forhold finnes det et aspekt av maktforhold. Gjensidighet og betydningen av å føle seg sett, og respektert er viktige aspekter i de mellommenneskelige møtene og skaper mulighet for mestring. Empowerment innebærer dermed en maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på eget liv (Tveiten & Boge, 2014, s. 65-67, 108). Dette krever også kompetanse, kunnskap, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell i møte med pasienten og den samhandlingsprosessen som empowerment innebærer (Tveiten & Boge, 2014, s. 14).

3.3.2. Autonomi

Autonomi betyr retten til å bestemme over seg selv og eget liv, er i vårt samfunn regnet som en grunnleggende verdi. Dette innebærer friheten til å treffe valg som har betydning for eget liv og helse, på godt og vondt. Det betyr også frihet til å gjøre valg som ikke er i tråd med hva som er allment akseptert som gode livsvalg og kan være skadelige for den enkelte. Det er kun i særlige tilfeller det er ved lov mulig å anvende tvang ovenfor personer. Gravide med rus- og avhengighetsproblematikk er en av disse gruppene som tidligere beskrevet (Lundeberg et al., 2014, s. 30). Dette er en form for paternalisme da tiltaket skjer i strid med ønske til vedkommende uten at det foreligger samtykke. Kvinnens autonomi settes til side av hensyn til fosteret. Selv om dette er hjemlet i lov vil likevel kunnskap, holdninger og etiske prinsipper være viktig i gjennomføringen av vedtaket og gi kvinnene en opplevelse av å bevare noe autonomi. Det er en hårfin balansekunst for helsepersonell mellom å utføre mandatet etter lovverket, hensynet til kvinnen og hennes autonomi, samt barnets sikkerhet og beskyttelse mot ruseksponering (Lundeberg et al., 2014; Söderström & Skolbekken, 2012). I utgangspunktet er tjenestene i helse og omsorgssektoren basert på et menneskesyn med respekt for den enkelte som ansvarlig for sitt liv, og vet sitt eget beste. Personer med rusmiddelavhengighet med en belastende livsførsel, kan bli utfordret av disse verdiene, både fra samfunnet og fra seg selv. Med den kunnskapen som foreligger om rusmiddelavhengighet og hva avhengigheten innebærer kan dette i seg selv begrenser evnen til autonomi (Aakre & Biong, 2018, s. 74).

3.4. Helsepersonell, menneskeverd og etikk.

Behandlingsinstitusjonene som har ansvar for oppfølging av gravide i svangerskapet i døgnbehandling, er organisert under Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Personale som arbeider der er tverrfaglig sammensatt av ulike profesjoner, med blant annet jordmor, psykolog, lege og helse og sosialfaglig miljøterapeuter. Alle spiller en viktig rolle i behandlingen og bidrar til en stor snuoperasjon i kvinnens liv. Det er som tidligere beskrevet mangfoldige utfordringer i den gravides livssituasjon utover rusavhengigheten i seg selv. En viktig bevissthet hos personale er å møte kvinnene med respekt, lytte til deres opplevelse og vise forståelse for følelsen av frustrasjon og sinne ved innleggelse etter Hol § 10-3 (Lorvik & Hansen, 2021, s. 238-241). Den enkeltes menneskesyn vil påvirke yrkesutøvelsen, og krever en bevissthet rundt dette og kjernen i verdigrunnlaget med respekt for det sårbare og svake. Det forutsetter også et felles faglig og etisk fundament for å handle profesjonelt (Aakre & Biong, 2018, s. 70-76). Det legges også vekt på relasjonens betydning. Å skape en trygg relasjon og allianse som inviterer til rom for den andres fortelling. Dette er viktige egenskaper og kunnskap hos helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen (Myra et al., 2018; Söderström & Skolbekken, 2012). Lover og forskrifter som regulerer helsetjenestene er gjeldene for all virksomhet ved institusjonene og den enkelte har et selvstendig ansvar jamfør kapittel 2 i Helsepersonelloven (1999).

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.» (Norsk Sykepleierforbund, 1983). Dette er også kjernen i etiske prinsipper som andre yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenester kan identifisere seg med. Tverrfaglige refleksjoner bør være en del av kulturen ved institusjonene for å utvikle og bevisstgjøre den etiske kompetansen til helsearbeiderne (Aakre & Biong, 2018, s. 80). Videre bør også de fire etiske grunnprinsipper: «Respekt for autonomi, Prinsippet om velgjørenhet, Prinsippet om ikke å volde skade og Prinsippet om rettferdighet» (Beauchamp og Childress gjengitt i Aakre & Biong, 2018, s. 85), også være implementert og viktig å ha med seg for utøvere i helse- og omsorgstjenesten (Aakre & Biong, 2018, s. 85).

Betydningen av en god terapeutisk relasjonens vektlegges i Helsedirektoratet (2012, s. 59) for utfallet av behandlingen og hevder at den ofte kan være viktigere enn hvilke

behandlingsmetode som blir brukt. Helsearbeidere påpeker også betydningen av relasjon til pasientene som noe av det viktigste. Gjensidighet og genuine relasjoner, erfaring, fagkunnskap og kompetanse er faktorer som har implikasjoner i arbeidet med endring (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 151).

4. Metodologi

I denne delen av oppgaven presenteres den vitenskapelige forankringen av studiet og metoden som er anvendt. Jeg vil beskrive den praktiske gjennomføringen med rekruttering av informanter, utførelsen av fokusgruppe intervjuene og analysemetode av materialet. Deretter følger en redegjørelse av forskerrollen og min forforståelse til prosjektet.

Det skiller hovedsakelig mellom to vitenskapelige metoder for å undersøke virkeligheten; kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative metoder samler inn tallmaterialet for å lese av sammenhenger, tendenser og utbredelse til at noe skjer, mens kvalitative metoder brukes for å forstå og beskrive hvordan vi mennesker oppfatter verden og hva som betyr noe for oss (Johannessen et al., 2016). Til min studie har jeg valgt en kvalitativ metode, for å få innsikt i deltagerne erfaringer knyttet til problemstillingen.

4.1. Design

For gjennomføring av et forskningsprosjekt må det lages et design som er egnet for hvordan dette skal gjøres. Det skal tas stilling til hva og hvem som skal undersøkes og designet skal være egnet til å belyse dette (Johannessen et al., 2016). Til mitt forskningsprosjekt har jeg valgt et kvalitativt design med en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming. Min studie har til hensikt og undersøker erfaringer blant helsepersonell som beskrevet i problemstillingen, og da er det hensiktsmessig med et kvalitativt design, som ifølge Malterud (2017) bidrar til å presenter nyanser, mangfold, erfaringer og opplevelser.

4.2. Kvalitativ metode.

Tema og problemstilling har vært styrende for metodevalg. Kvalitativ metode tar sikte på å gi mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og er en tilnærming som passer godt til utforskning av dynamiske prosesser (Malterud, 2017). Det ble derfor et naturlig valg for meg å bruke en kvalitativ tilnærming, da det er en godt egnet og hensiktsmessig metode for å få frem

helsepersonells erfaringer knyttet til mulighet for brukermedvirkning i behandling for gravide med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang i svangerskapet. Kvalitativ metode kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør, og åpne for vitenskapelig innsyn i prosesser og bidra til utvikling av ny kunnskap (Malterud, 2017). Kvalitativ forskning bygger også på at det eksisterer mange virkeligheter, og Nilssen (2012) peker på at forsker og forskningsdeltaker kan oppfatte virkeligheten ulikt. I et kvalitativt forskningsprosjekt er forskeren interessert i å få tak i deltakerens perspektiv og oppfattelse av virkeligheten, og er noe som konstrueres i møte mellom forskeren og deltagerne i studien ifølge Nilssen (2012). Uavhengig av hvilke metode som velges påpeker Malterud (2017) at forskeren som person vil påvirke forskningsprosessen og resultatet av den. Dette er viktig å ha med seg underveis i prosessen, og være oppmerksom på hvordan dette påvirker innhenting av data, analyse og resultater.

4.2.1. Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming.

En fenomenologisk tilnærming tar sikte på å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2016). Fenomenologi er ifølge Wifstad (2018) kartlegging av hvordan ulike fenomener fremtrer og forstås som en systematisk utforsking av ulike måter å oppfatte virkeligheten på. Han trekker også frem at mennesker kan ha ulike måter å oppfatte virkeligheten på, som er en viktig side ved en slik tilnærming; å prøve å forstå den andres måte å oppfatte virkeligheten. Dette er også noe Kvale et al. (2015) påpeker ved en fenomenologisk tilnærming, interessen for å forstå og beskrive fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene. For å undersøke praksis og menneskelige erfaringer er en fenomenologisk tilnærming ifølge Thomassen (2006) en velegnet metode, og opplevelser, erfaringer og refleksjoner kan løftes frem.

Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning. Wifstad (2018) viser til Gadamer og hans forståelse av hermeneutikk som en generell undersøkelse av hva forståelse egentlig er, og at en forutsetning for forståelse er at vi allerede har forstått noe annet. Utover å forklare fenomener søker hermeneutikken å forstå, og å kunne leve seg inn i og forstå ut ifra andres perspektiver. I en hermeneutisk tilnærming til fenomener er vår forståelse utgangspunkt for prosessen og det som gir fenomener mening (Thomassen, 2006). Hermeneutikken er viktig for å forstå menneskelige fenomener, og tolkningen påvirkes av vår forforståelse, tolkninger

og konteksten en står i. En fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming innebærer å forstå fenomener i den konteksten de fremstår i og som er med på å gi de en mening. (Thomassen, 2006). Det vil derfor være passende med en slik tilnærming, for å få frem informantenes erfaringer knyttet til problemstillingen som jeg ønsker å belyse gjennom mitt forskningsprosjekt.

4.3. Datainnsamling

For å gjennomføre et forskningsprosjekt må det samles inn dokumentasjon eller data som gjenspeiler den virkeligheten som skal undersøkes. Det er mange måter å innhente kvalitative data på som for eksempel observasjon, intervjuer og gruppeintervjuer (Johannessen et al., 2016, s. 29). Ved kvalitative studier innebærer innhenting av data nær kontakt med det som skal studeres. Forskeren er også med på å utvikle dataene i samarbeid med deltagerne, og materialet er også preget av hvordan forskeren forstår det som kommer frem gjennom observasjoner, utsagn, tekst og visuelle uttrykk (Thagaard, 2013). De empiriske dataene påvirkes av forskeren på ulike måter påpeker også Malterud (2017). I tillegg til fremgangsmåte som skal benytte for innhenting av dataene skal det også tas stilling til hvem som skal delta, størrelsen på utvalget, utvalgsstrategi og hvordan rekrutteringen skal utføres (Johannessen et al., 2016, s. 29).

4.3.1. Fokusgruppeintervju

For innhenting av data til mitt forskningsprosjekt har jeg valgt å benytte fokusgruppeintervju. En fokusgruppe kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil med en gruppemoderator som presenterer emnet som skal diskuteres og legger til rette for ordvekslingen (Kvale et al., 2015, s. 179). Videre påpeker Kvale et al. (2015) at formålet med fokusgruppen ikke vil være å komme til enighet eller presentere løsninger på de problemene som diskuteres, men å få frem ulike synspunkter. Ved bruk av fokusgruppeintervju utnyttes merverdien av samhandlingen mellom deltakerne til å få innsikt av en annen karakter enn det vi får ved individualintervju (Malterud, 2012a, 2017). Dette er også noe av begrunnelsen for valg av fokusgruppe som datainnsamlingsmetode, da det vil være interessant å få frem ulike synspunkter og erfaringer knyttet til problemstillingen i en gruppe. En annen hensikt ved bruk av fokusgruppeintervju er å skape en refleksjon og diskusjon rundt egen praksis og hvordan behandlingen er organisert, samt å få frem samhandling og samarbeidsklima på behandlingssteder som ivaretar denne pasientgruppen. I følge Johannessen et al. (2016) er

det hensiktsmessig med intervju i gruppe for å få frem bredden av synspunkter, holdninger, erfaringer og fortolkninger knyttet til temaet. I følge Malterud (2012a) er bruk av fokusgrupper hensiktsmessig til å studere erfaringer og synspunkter hos helsepersonell, som gjør fokusgruppe intervju egnet til mitt prosjekt. En annen side ved fokusgruppeintervju og som en begrunnelse for å anvende dette, er hvordan diskusjon i en fokusgruppe kan mobilisere assosiasjoner og fantasi som Malterud (2012a, s. 22) påpeker i sin bok om bruk av fokusgrupper som forskningsmetode.

I en fokusgruppe er det en moderator som styrer samtalen mellom deltagerne, og som sørger for tidsrammen til selve gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet. Det er anledning til å ha med seg en observatør eller sekretær (Malterud, 2012a). Til gjennomføring av mitt prosjekt valgt jeg å være moderator selv, da jeg har bakgrunn som gruppeterapeut, og hadde ikke med meg sekretær. Det stilles også noen krav til moderator og faktorer vedkommende bør være oppmerksom på ved gjennomføring av fokusgruppeintervju. Som moderator er det vesentlig å skape en velvillig og åpen atmosfære, der man kan uttrykke personlige og motstridene synspunkter på emnet (Kvale et al., 2015). Malterud (2012a, s. 66) viser til Krueger som peker på at de vanligste feilene hos nybegynnere som moderator er trangen til å snakke for mye, komme med egne synspunkter eller entusiasme og dermed ikke gir tilstrekkelig plass til andre. Det understrekes også at den viktigste evnen er å lytte, samt oppriktighet, sans for humor og fleksibilitet. Ifølge Malterud (2012a, s. 29) er samhandlingsdynamikken helt avgjørende for hvorvidt en lykkes i å få deltagerne til å dele erfaringer og kunnskap som resulterer i gode empiriske data. Det vil også være viktig å sørge for at alle kommer til orde og merke seg gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutvekslingen i fokusgruppen (Malterud, 2012a, 2017).

Gjennomføringen av fokusgruppene intervjuene hadde en semistrukturert form. Det ble utarbeidet en intervjuguide, som utgangspunkt for samtalen for å holde meg til temaet jeg ønsket å undersøke jamfør Malterud (2017, s. 133). Ved bruk av denne utformingen på intervjuguiden ønsket jeg å skape rom for at deltakeren kunne hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke. Jeg startet med å introdusere begrepet brukermedvirkning for å få deltagerne til å snakke ut ifra egne assosiasjoner med begrepet. Malterud (2012a) legger vekt på at en skal møte deltagerne med et åpent sinn og være klar til å fange opp og forfølge svar på spørsmål som dukker opp underveis. Derfor er det viktig å

stille åpne spørsmål som inviterer til utfyllende forklaringer og beskrivelser. Underveis i fokusgruppeintervjuet stilte jeg oppfølgingsspørsmål der det var naturlig og viste til aktiv lytting og eksplisitt anerkjennelse av deltagerne som Malterud (2012a) viser til både verbalt og nonverbalt ved for eksempel , å nikke, si *mm* og *ja*.

4.3.2. Utvalg og rekruttering

Rekruttering av deltagere til fokusgruppeintervjuene ble gjort ved tre ulike institusjoner i spesialisthelsetjenesten, som har ansvar for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk som er innlagt etter Hol § 10-3 i svangerskapet. Ved å benytte strategisk utvalg til rekruttering av informanter og sammensetning av fokusgruppene, vil dette gi mulighet til å belyse problemstillingen fra ulike sider. I følge (Malterud, 2012a) vil et godt strategisk utvalg styrke validiteten av de empiriske dataene. Størrelsen på gruppene varierte mellom tre og fem deltagere. I følge Johannessen et al. (2016) er det lettere å diskutere kontroversielle temaer i en mindre gruppe og det kan være lettere for deltagerne å åpne seg og diskutere enn i en større gruppe.

Det var også hensiktsmessig å kontakte tre forskjellige institusjoner for å sikre mangfold i utvalget. Disse institusjonene har lang erfaring med behandling av denne pasientgruppen. Den første kontakten ble utført ved personlig henvendelse til de aktuelle instansene via leder for å informere om prosjektet. Disse lederne la så frem prosjektet i sin personalgruppe. Deretter sendte jeg ut skriftlig informasjon om prosjektet med samtykkeskjema til lederne som de viderefremmet til sine medarbeidere, for å sikre at alle skulle få den samme informasjonen om prosjektet. Videre ble det avtalt tid og sted for intervjuet, og en påminnelse i forkant både en uke før og dagen før selve intervjuet skulle foregå. Som krav for å delta var at deltagerne skulle være helsepersonell med utdanning på minimum høgskolenivå, og jobbet direkte med pasientene. Deltagerne i gruppene besto av en blanding av sykepleiere, vernepleier, sosionomer, psykiater og jordmor

4.3.3. Utførelse

I forkant av fokusgruppeintervjuene utførte jeg et pilotintervju med to kollegaer for å gjøre meg noen erfaringer med selve intervjusituasjonen og for å teste intervjuguiden slik Thagaard (2013) anbefaler. I tillegg fikk jeg tilbakemeldinger på spørsmålene samt min rolle som moderator.

Selve utførelsen av fokusgruppeintervjuene ble foretatt på de ulike institusjonene, da dette var mest praktisk for å samle deltagerne i de tre gruppene, og de var i kjente omgivelser. Alle hadde fått informasjonsskrivet i forkant og hadde skrevet under på samtykkeskjemaet som ble samlet inn før oppstart av fokusgruppeintervjuene. Hver av intervjuene ble innledet med en presenterte av meg og jeg fortalte om prosjektet. De øvrige deltagerne innad i de tre gruppene var kollegaer og kjente hverandre. Samtlige intervjuer startet med et innledende spørsmål om hva de legger i begrepet brukermedvirkning, for å få deltagerne til å snakke ut ifra egne assosiasjoner. Intervjuguiden som var utarbeidet i forkant fungerte som en støtte slik Malterud (2012a) anbefaler, for å møte deltagerne med et åpent sinn og en mest mulig produktiv dynamikk i gruppen. Det ble anvendt lydopptak ved bruk av diktafonapp jamfør retningslinjer fra Oslomet og lagret i nettskjema. I tillegg lagde jeg et refleksjonsnotat rett i etterkant av intervjuene om stemningen og samhandlingsflyten i fokusgruppene. Hver av fokusgruppeintervjuene varte i ca. 60 minutter, og de ble utført i perioden fra 20. oktober til 16. november 2022. Min opplevelse av gruppene var at temaet engasjerte og skapte produktive grupper, der deltagerne delte sine erfaringer og opplevelser. Jeg la merke til eget engasjement og lyttet aktivt ved å nikke, stille oppfølgingsspørsmål, samtidig som jeg var bevisst min rolle som moderator og ikke delte egne erfaringer og betraktninger underveis.

4.4 Forskerrollen

Rollen som forsker vil ifølge Malterud (2017, s. 39) påvirke forskningsprosessen fra valg av problemstilling og metode til resultater og konklusjon, ut ifra faglige ståsted, interesser, motiver og personlige erfaringer. Dette vil også påvirke de empiriske data på ulike måter og gjelder særlig for kvalitative metoder. Det vil derfor være viktig at jeg som forsker er bevisst på hvordan min rolle påvirker prosessen, og hvilke betydning dette har for mine tolkninger og konklusjon. Kvale et al. (2015, s. 108) fremhever også at forskeren som person og integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og hvordan denne legges frem. Ved utføring av intervju som datainnsamlings metode stilles det allsidige krav til forskerens kompetanse da forskeren selv er det viktigste verktøyet til innhenting av kunnskap. Dette krever både faglig ekspertise, praktiske ferdigheter, og personlig innsikt (Kvale et al., 2015; Thagaard, 2013).

4.4.1. Forforståelse og eget faglig ståsted

Ved gjennomføring av et forskningsprosjekt vil forskeren ha med seg en forforståelse. Dette er ifølge (Malterud, 2017, s. 44) det en bringer med seg inn i et prosjekt av holdninger, erfaringer, hypoteser, faglige ståsted og perspektiver. Forforståelsen har betydning for valg av tema og motivasjon for å gå i gang med et forskningsprosjekt, og et ønske om å lære mer. Forforståelsen kan også bidra til en begrensning og snever holdning som forårsaker at budskapet fra empirien ikke kommer tilstrekkelig frem. Dette hevder Malterud (2017, s. 45) er den største fallgraven en forsker kan gå i.

Ved inngang til mitt forskningsprosjekt, var det med en motivasjon for å utvide forståelsen av helsepersonells erfaringer ved oppfølging av gravide i svangerskapet som er innlagt på tvang, og mulighet for brukermedvirkning. Som tidligere beskrevet er dette sårbare situasjoner og ulike dilemmaer helsepersonell står ovenfor i møte med kvinnen, hensynet til barnet og utøvelse av lovverket. Som utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helse er jeg opptatt av rollen vi har i møte med pasienter som hjelpere, samtidig som det er av vesentlig betydning å spille på lag med pasientene og få de til å bidra aktivt inn i sine behandlingsforløp. Dette kan virke så enkelt og nærmest pragmatisk, men det utfordrer, krever, gleder, frustrerer og engasjerer på ulike plan. Jeg har jobbet ved en enhet som har ansvar for pasientgruppen gravide med rus- og avhengighetsproblematikk i flere år og har vært vitne til en rekke behandlingsforløp. Gleden det er når en er vitne til en kvinne som gjennomfører og skaper en trygg base for seg og barnet sitt, og smerten for de som ikke lykkes med å holde seg rusfri og som i ytterste konsekvens mister omsorgen for barnet sitt ved fødsel. Men disse situasjonene har også flere sider ved seg. Kanskje var det til det beste for både mor og barn? Utfordringene som dukker opp underveis, vanskelige samtaler og dobbeltrollen en kan oppleve å ha ved å være en støttespiller, samtidig som en skal utføre mandatet i lovverket, og formidle bekymring da det er nødvendig til andre instanser som for eksempel barneverntjenesten. En viktig side ved dette er kvinnes opplevelse og erfaringer, men jeg ønsket å se nærmere på rollen helsepersonell har og deres erfaringer. De spiller en viktig rolle, samtidig som de står i krevende situasjoner. Brukermedvirkning og individets rett til selvbestemmelse og integritet står sterkt i dagens samfunn. Bruk av tvang er et inngripende tiltak, men det har også en hensikt. Noen ganger ser jeg imidlertid at det kan være nødvendig for å ivareta både kvinne og det ufødte barnet.

Med min bakgrunn og kunnskap fra feltet var dette noe som jeg har vært bevisst på. Hvordan det påvirker gjennomføringen og resultatene, slik at jeg ikke forfulgte mine egne tanker og oppfattelser. Hensikten var å få nye perspektiver og derfor har det vært viktig å ha en bevissthet knyttet til eget faglig ståsted gjennom hele prosessen. Forskeren påvirker og blir påvirket gjennom hele prosessen, og det er viktig del av det refleksive aspektet ved forskning (Nilssen, 2012, s. 31). Malterud (2017, s. 42) hevder det er naivt å innbille seg at en som forsker ikke påvirker prosessen, men hele tiden ha en bevissthet på dette.

Jeg har også bakgrunn og erfaring som gruppeterapeut. Derfor var det naturlig for meg å bruke fokusgruppe som datainnsamlingsmetode. Denne bakgrunnen er og en del av mitt faglige ståsted og var særlig viktig å være oppmerksom på i rollen jeg hadde ved utførelsen av fokusgruppeintervjuene. En fordel det førte med seg var at det sannsynligvis gjorde det lettere å skape tilstrekkelig tillit og trygghet til å skape en god gruppediskusjon. Samtidig var det viktig å være bevisst på å ikke innta en form for terapeut rolle i gruppene. Malterud (2012a, s. 75) påpeker risikoen for å miste retningen i det som er samtalens oppdrag ved å bruke for mye av gruppeanalytiske grep.

4.5. Analyse

Målet med analysen er å komme frem til et resultat for å utvikle ny kunnskap. Det innsamlede materialet skal organiseres og gjøres tilgjengelig for analyse, og innebærer at det sammenfattes til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud, 2017).

4.5.1. Transkribering

Intervjuene ble transkribert fra muntlig til skriftlig form. Ved transkripsjon skal intervjuene omformes til tekst, som skal ivareta det opprinnelige materialet mest mulig lojalt slik erfaringer og meninger ble formidlet under intervjuene (Malterud, 2017). Dette var en tidkrevende prosess, men allikevel noe jeg valgte å utføre selv. Malterud (2017) viser til fordeler ved at forskeren utfører denne jobben selv, da det kan gi rom for andre ettertanker og slutninger enn da opptaket ble gjort, samt muligheten til å huske momenter som er av betydning for mening i teksten. Dette påpeker også Johannessen et al. (2016) for å sikre de mange detaljer som er relevant for analysen, samt muligheten til å huske eller gjøre seg ettertanker om de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen.

For den videre analysen av den transkriberte teksten og de kvalitative dataene har jeg valgt Systematic text condensation – STC (Malterud, 2012b, 2017), da dette er en egnet metode for analyse av kvalitative data. Malterud omtaler metoden som pragmatisk for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). STC bygger på Giorgis psykologisk fenomenologisk metode og er en utdypning av denne (Malterud, 2012b, s. 795-796).

Analysen gjennomføres etter fire trinn som gjengis videre med en kort presentasjon av innholdet i de fire ulike trinnene.

Trinn 1: Helhetsinntrykk. Bli kjent med materialet, som innebærer en grundig gjennomlesing av teksten og lytting til lydopptakene. Noterer hva som utpeker seg og trer frem som foreløpige temaer i teksten.

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Den delen av teksten som skal studeres nærmere organiseres, og videre danne grunnlag for koder. Dette skal videre danne grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper. Disse kan justeres og utvikles etter hvert. Det blir da viktig å gå tilbake i teksten slik at en får med seg alt som sier noe om denne koden.

Trinn3: Kondensering. I dette trinnet skal informasjonen som er etablert i andre trinn og kodegruppene deles inn i 2-3 subgrupper. Det skal videre lages et kondensat, som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene. Dette er et arbeidsnotat som skal brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen. Deretter velges det et «*gullsitat*» som illustrer kondensatet best mulig.

Trinn 4: Syntese. I denne delen skal det det som er funnet sammenfattes i en beskrivelse som kan deles med andre. Sammenfatningen skal være lojal i forhold til deltagerens stemmer og gi leseren innsikt og tillit (Malterud, 2017, s. 95-113).

Etter å ha gjennomført analysen ved bruk av Malteruds metode – STC som beskrevet, endte jeg opp med fire hovedfunn eller resultat kategorier som beskrives nærmere i avsnitt 6. Resultater.

5. Etiske overveielser

Det stilles en rekke etiske prinsipper til medisinsk forskning på mennesker som er sammenfattet i Helsinkideklarasjonen utarbeidet første gang i 1964 (World Medical Association, 2013). Formålet er å sikre at forskningen ikke utføres dersom hensikten med

prosjektet er viktigere enn risikoen og belastningen det medfører de det forskes på, og at det utføres i henhold til norske lover og forskrifter som er gjeldene (Malterud, 2017, s. 211). I følge Johannessen et al. (2016, s. 83) dreier etikk seg om prinsipper, regler, og retningslinjer for å vurdere om handlinger er rett eller gale. Etske problemstillinger innebærer ulike aspekter gjennom hele forskningsprosessen, og er viktig å være bevisst på og ta hensyn til ved gjennomføring av forskningsprosjektet (Kvale et al., 2015, s. 97). Det er særlig fire prinsipper som vektlegges og diskuteres i etiske retningslinjer for forskere: «Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle» (Kvale et al., 2015, s. 102). Disse har jeg hatt en bevissthet til i gjennomføring av prosjektet ved å sørge for at alle var godt informert i forkant gjennom informasjonsskrivet og innledningsvis ved intervjuene. Deltagelsen var basert på skriftlig samtykke som når som helst kan trekkes tilbake. Det som deles fra intervjuene er i henhold til informasjonen de fikk i forkant og hensikten med prosjektet. Deltagerens identitet vil ikke avsløres i resultater, slik at deres anonymitet er ivaretatt. Som forsker har jeg tilstrebet å opptre på en tillitsfull måte ved å overholde avtaler, og forholde meg til informasjonen de har fått knyttet til prosjektet.

Forskningsprosjektet ble i samarbeid med veileder ved OsloMet meldt inn til NSD som er en del av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør i juni 2022. Informasjonsskriv og intervjuguide ble vedlagt søknaden, og prosjektet ble godkjent i juli 2022. Godkjenning for prosjektet ligger vedlagt oppgavebesvarelsen. Retningslinjer fra OsloMet for gjennomføring av forskningsprosjektet har også blitt fulgt.

Deltagerne til fokusgruppene fikk som tidligere beskrevet skriftlig informasjon om prosjektet, slik at de var godt informert om tema og hva det ville innebære for dem som deltagere i forskningsprosjektet, jamfør Kvale et al. (2015). Selv om de var informert er det viktig at jeg som forsker forvaltet deres tid, tillitt og fortrolighet på en tilfredsstillende måte. Dette hadde også betydning for at de ville dele av sin livsverden og erfaringer, slik at jeg fikk et rikt datamateriale til forskningsprosjektet. Hvordan opplysningen behandles videre og presenteres er også et viktig aspekt ved prosessen, og balansere tolkninger og beskrivelser i framstillingen av materialet (Malterud, 2017). Ved utførelse av fokusgruppeintervju er det av vesentlig betydning med tillit mellom deltagerne og forskeren for å få gode samtaler (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Videre peker de på betydningen av å være oppmerksom på maktforholdet mellom forskeren og deltageren. Det kan også være en ubalanse i

maktforholdet deltagerne imellom som kan påvirke hvorvidt det føles trygt og hva som deles i fokusgruppen.

Kvale et al. (2015, s. 108) påpeker den moralske ansvarlige adferden ved forskeren som bygger på moralsk integritet, empati og engasjement. Ved gjennomføring av prosjektet er dette faktorer jeg har vært bevisst på gjennom hele prosessen. Særlig min rolle og mitt ståsted med lang erfaring fra feltet og hvordan det kan påvirke gjennomføring og resultater.

For at jeg skulle få gjennomført mitt prosjekt var jeg avhengig av deltagere som ville stille opp. Mitt inntrykk var at de opplevde det som nyttig med diskusjonene som oppsto i fokusgruppene, og nevnte sider ved dette som de burde diskutere mer med sine kolleger.

Det stilles også krav til forskning om gyldighet, troverdighet og relevans i form av ny kunnskap som kan brukes av andre. Det er ønskelig at andre kan lære noe av det vi har utført. Det er derfor vesentlig å overveie hva dette prosjektet kan tilføre (Malterud, 2017). Deltagerne i prosjektet besto av ulike faggrupper, erfaring og roller i behandlingsenhetene som utgjorde et representativt utvalg, som styrker prosjektets troverdighet og relevans slik Malterud (2012a, s. 44) beskriver.

Bruk av tvang er en stor inngripen i en persons liv og byr på en rekke etiske utfordringer. Den er kontroversiell da den skal både sikre barnet i svangerskapet, samtidig som den gravides behov og rettigheter skal ivaretas. Dette i seg selv byr på et etisk dilemma og er en krevende situasjon for både de gravide kvinnene og helsearbeiderne som ivaretar dem under en slik innleggelse. Dette er utfordringer deltagerne i fokusgruppeintervjuene viste til.

6.Resultater

I denne delen presenteres funnene fra studien ved bruk av Malteruds metode – STC, som ble presentert og beskrevet under avsnitt 4.5.1. Etter gjennomføring av analysen sto jeg igjen med fire hovedkategorier. Under følger en skjematisk fremstilling av de fire hovedkategoriene som kom frem i analyseprosessen:

Hovedkategorier	Kodergrupper	Stikkord fra meningsbærende enheter.
Kategori 1 Tvang versus brukermedvirkning.	Det motsetningsfylte.	Motstand, en stor inngripen, fokus på tvangen, informasjon, kommunikasjon, se muligheter tid, tillit, målsetting, ressurser.
Kategori 2 Hensynet til den gravide versus barnets liv og helse – et etisk dilemma.	Dyaden mor – barn.	Barnets beste, kvinnens rettigheter, ambivalens, forståelse, omsorg, tilknytning, abort, lovverk.
Kategori 3 Kompleksiteten i pasientsituasjonene.	Tilleggsproblematikk.	Skam, skyld, dårlige livsvilkår, livshistorie, engasjement, hjelperollen, rusens funksjon, frykt for konsekvenser.
Kategori 4 Mulighetens vindu.	Endringsprosesser	Relasjon og motivasjon, endring, tid, informasjon, sårbare temaer, intensjoner, engasjement.

I det følgende skal jeg presenter de fire hovedkategoriene og resultatene beskrives nærmere for hver hovedkategori. Det blir også brukt sitat fra deltagerne for å illustrere poenger i resultatene jamfør Malterud (2017, s. 108).

6.1. Kategori 1: Tvang versus brukermedvirkning.

Noe av det som utpeker seg i materialet som deltagerne la vekt på i de ulike fokusgruppene, er motsetningene i det å bli innlagt på tvang og samtidig ha innvirkning i egen behandling. Dette medfører også en rekke dilemmaer for helsepersonale og deres rolle. Ved innleggelse på tvang er allerede pasienten fratatt mulighet til å bestemme selv hvorvidt hun ønsker å være innlagt eller ikke. Det betyr ikke at den gravide kvinnen ikke har mulighet til å medvirke i behandlingen, men det er utfordrende å få den gravide til å ha fokus på dette, særlig i starten av oppholdet. Flere av deltakerne trekker frem dette i de tre fokusgruppene. Informantene beskriver erfaringer der kvinnen har opplevd innleggelsen på tvang som en

stor inngripen, og er preget av den overveldende følelsen av å bli hentet ut fra sitt daglige liv og plassert et sted fra den ene dagen til den neste. Deltagerne beskriver opplevelsen av motstand i de første møtene med den gravide, som gjør det vanskelig å komme i posisjon, og dermed utfordrende å få henne til å bli delaktig i egen behandling. Hun er så fylt av opplevelsen av å bli tvangsinnlagt og den krisen det medfører, at hun dermed ikke er mottakelig for å komme med innspill som gjelder behandlingsopplegget. En av deltagerne sier:

«De er liksom fylt opp på den tvangen da og den prosessen der, og den tar så mye fokus i starten ofte at det verken er fokus på de sjøl eller barnet eller sånne ting da – det blir liksom det at de er innlagt på tvang som blir hovedfokus».

En annen side ved dette som informantene trekker frem, er at den gravide til å begynne med viser liten interesse for behandlingstilbudet og det er utfordrende å få en allianse med den gravide. Flere av deltakerne beskriver at kvinnene i den første fasen er opptatt av å få fjernet tvangen og er sjelden i posisjon før vedtaket er behandlet i Fylkesnemnda. For kvinnen er det av betydning å bli møtt og hørt på det. Deltakerne legger vekt på at den viktigste oppgaven i denne fasen er å møte den gravide der hun er, slik at hun får en følelse av å bli hørt og tatt på alvor. Sørge for at den gravide får god informasjon om hva hun kan gjøre, og støtte og veilede i den prosessen. Samtidig har helsepersonale også ansvaret for å ivareta oppgaven som vedtaket om tvangsinnleggelsen innebærer; å sikre at barnet ikke eksponeres for rus i svangerskapet. En av deltagerne uttrykker:

«Før Fylkesnemnda får ikke vi gjort stort, før de har landa, opplever jeg.»

En annen oppgir:

«Så opplever jeg, stort sett når krisa har lagt seg, og når de har vært gjennom Fylkesnemnda så vil jo alle barnets beste, og da syns jeg ofte vi kommer i allianse med dem at de vil ha litt behandling da – at de ønsker det.»

Deltagerne beskriver erfaringer der den gravide kun har fokus på opplevelsen av å miste råderetten over eget liv ved å bli innlagt på tvang, særlig i starten av et opphold, og dermed ikke ser at hun har mulighet til å medvirke på andre områder. Tvangen tar så mye av fokuset til pasienten at det også kan være vanskelig å uttrykke hva de har av ønsker og behov ellers, som en deltager beskriver:

«Det hemmer jo på en måte litt brukermedvirkningen, for de blir så opptatt av den tvangsparagrafen at de ikke klarer å fokusere på når vi spør, hva ønsker du? Hva trenger du, så er det så mye fokus på den tvangen at de ikke helt klarer å sette ord på helt hva de trenger ellers.»

Det beskrives at det er helt opp til den enkelte hva de ønsker å delta på av behandlingsprogram. I prinsippet vil det si at kvinnen ikke trenger annet enn at hun må være innlagt i avdelingen. Hun kan velge å ikke delta i noe av behandlingsprogrammet, og dette er noe deltagerne beskriver kan oppleves frustrerende, da de vil så gjerne hjelpe. Deres erfaring er at dette er en unik sjanse for disse kvinnene til å få til en endring i eget liv dersom hun benytter seg av behandlingstilbudet og *«selv tar litt tak»*, men de må ha en vilje og et ønske om det selv. Deltagerne beskriver at deres oppgave da blir å møte den gravide der hun er og jobbe med å få henne til å komme med noen ønsker og mål for oppholdet. Da er det vesentlig å ta utgangspunkt i det kvinnen uttrykker er viktig for henne. Det kan være alt fra bolig og økonomi til nettverk, og på den måten gradvis få den gravide til å medvirke i egen behandling. En deltager uttrykker:

«Og så er det jo sånn, at uansett hva vi har å tilby den gravide, hvis de ikke vil så kommer vi ingen vei. Så brukermedvirkning er jo faktisk alfa og omega – hvis det ikke er noe vilje eller motivasjon eller ønske, så er det ikke så mye å jobbe ut ifra. Vi må ha de på lag.»

I denne fasen er en felles erfaring at god informasjon og kommunikasjon har betydning for prosessen. Å være tilgjengelig og sørge for at den gravide får god informasjon om sine rettigheter og hva som skjer videre. Erfaringen til deltagerne er at de fleste har behov for mye informasjon i denne fasen så det å være tilgjengelig og veilede dem i hvilke muligheter de har, slik at de vet hvordan forløpet blir videre, er en viktig oppgave. Det samme gjelder også informasjon om behandlingstilbudet, hva som er innholdet og tilbudet i behandlingen så de vet hvilke muligheter de har. Måten en kommuniserer på blir også trukket fram, det å være klar og tydelig, men samtidig respektfull i møte med kvinnen. Av og til har de erfart at dette har ført til at noen rett og slett ikke går videre til Fylkesnemndsak, men aksepterer situasjonen og blir værende innlagt på tvang.

Et annet fellestrekk som kommer frem i materialet er betydningen av å ha gjennomsiktede prosesser for å få pasienten delaktig i egen behandling. Det legges vekt på å ha en åpenhet om hva som foregår slik at de ikke får en opplevelse av at noe skjer bak ryggen på dem. Være åpen og ærlig på hva som skjer og hva personale vurderer. I sammenheng med dette trekkes frem betydningen av å invitere kvinnene til å være med og sette målene for oppholdet selv, og videre snakke om hvordan en skal nå de målene. Bruke dette som et utgangspunkt og gradvis få kvinnen i dialog og interessert, og dermed ha innflytelse i egen behandling. Tid er også et viktig aspekt ved tvang versus brukermedvirkning. Deltagerne legger vekt på betydningene av at de er tålmodige, viser at de er der og gir kvinnen den tiden hun trenger til å bli mer klar for å medvirke i egen behandling. Det som kommer frem i følgende sitat:

«For det er jo ikke bestandig så lett å komme i posisjon heller da dem blir innlagt på tvang som gravid, så det kan jo ta ei stund før du kommer dit, men når du liksom har kommet til det og du begynner å få dem med på målene blir det lettere å jobbe.»

I sammenheng med dette kommer det frem i materialet at det kan være utfordrende hvordan veien til målet skal være. Den gravide har sine ønsker, men personale kan være uenig i dette. Det å holde tilbake sin oppfattelse om hva som er faglig rett og la den gravide komme med sin tilnærming, kan sitte langt inne. Betydningen det har å gi den gravide tillitt, samtidig som dette er et dilemma. På den ene siden gi kvinnen tillit og mulighet til å styre selv, og på den andre siden sikre det overordnede ansvaret å sørge for at hun ikke inntar rusmidler. Den nevnes eksempel på situasjoner der personale har gått utover komforsonen ved å la kvinnen få styre egen behandling, og personale har kjent på en klump i halsen i frykt for at det kunne gå galt. Erfaring med slike situasjoner er; ved å gi den gravide tillit har vist seg å virke, og kvinnen har vist at hun har vokst på det og fikk det til, som kommer frem i følgende utsagn:

«Men det er viktig det med, ja det er viktig det med tillit, så det er alltid en sånn balanse mellom beskyttelse og tillit hele veien.»

Tilgang på ressurser er også et fellestrekk som kommer frem i materialet som har betydning for tvang versus brukermedvirkning. Det legges særlig vekt på at det er nok folk på jobb som gjør det enklere for personale å legge til rette for aktiviteter og ønsker kvinnene har. I starten av et opphold nevnes det at den gravide må ha utgang med følge av to personale

inntil de blir bedre kjent med henne. Det er flere oppgaver de ansatte har på en slik avdeling, andre kvinner som skal ivaretas og dermed er ressurser en viktig faktor for å kunne imøtekomme ønsker pasienten har. For den gravide kan det utgjøre en stor forskjell for opplevelsen av tvang, og små ting som en liten luftetur, eller en tur på butikken kan ha en stor betydning for å redusere opplevelsen av tvang. En av deltagerne uttaler:

«Det er jo sånne småting som for dem sikkert oppleves veldig stor, men som krever ressurser som vi også skal bruke på andre oppgaver.»

6.2. Kategori 2: Hensynet til den gravide versus barnets liv og helse – et etisk dilemma.

«Mandatet vårt er å holde babyen rusfri». Dette går igjen i alle fokusgruppeintervjuene og er noe deltagerne trekker frem som den viktigste oppgaven de skal sørge for gjennom oppholdet til kvinnen. Det er likevel noe de også trekker frem som et dilemma, og samtidig sørge for å ivareta brukermedvirkning for den gravide. Det beskrives erfaringer med at det er ikke alltid kvinnens ønsker og behov er til det beste for barnet. Dette kan dreie seg om alt fra utgang med følge eller ikke, besøk med eller uten tilsyn eller hyppighet i rusprøver.

Opplevelsen av å stå i det spennet mellom de ulike hensynene og vurderingene er en hårfin balansegang. Tillit blir nevnt som en viktig faktor i forbindelse med dette, og deltagerne har erfart at det har en betydning for hvorvidt de kan imøtekomme kvinnens ønsker og behov. I de tilfellene der personale opplever at det er vanskelig å få denne tilliten blir det strengere rammer, og en deltager hevder:

«Hvis vi tenker at det er risiko for at hun ruser seg hvis hun skal ut en tur for eksempel da så kan vi hindre utgang.»

Samtidig legges det vekt på hvor viktig det er å involvere kvinnen i behandlingen, være åpen og ha en dialog om hvorfor en setter de grensene, at det er for å ivareta barnet. Informere om hva som skal til for at rammene ikke trenger å være så strenge og kvinnens ønsker kan imøtekommes i større grad, for på den måten bedre forstå, og selv ta gode valg for seg og barnet sitt. Selv om deltagerne vektlegger hensynet til barnet som hovedfokus, det å sørge for å holde barnet rusfritt i svangerskapet, er det likevel en utfordrende situasjon å stå i. Samtidig som de skal ivareta kvinnens ønsker og behov skal de veie dette opp mot hensynet til barnet. Som helsearbeidere er de opptatt av, og opplært til å være i hjelperrollen. Det er

kvinnen som er innlagt og som deltagerne påpeker at de forholder seg til ansikt til ansikt, særlig før det er en synlig mage. En kan bli så opptatt av å imøtekomme den gravide og hennes ønsker og behov som ikke bestandig vil være til det beste for barnet, og en må minne både seg selv og andre på at det er et barn der inne i magen som de skal ivareta. En felles erfaring som kommer frem i materialet knyttet til dette er også oppfattelsen av at, når mor har det bra har barnet det bra. Derfor er det av betydning og hele tiden stå i disse avveiningene, vise den gravide tillit og imøtekomme hennes ønsker og behov, noe som igjen vil ha en positiv effekt for den gravide og hennes opplevelse av å medvirke i egen behandling og videre samarbeid. Følgende utsagn illustrer dette:

«...vi gikk jo ganske langt utover komfortsonen ved å la hun få styre egen behandling. Hvor vi satt med en sånn klump i halsen og tenkte at det her kan gå skikkelig til helvete, men når hun fikk den tilliten så reiste hun seg etter oppgaven og fikk det til, så det var jo artig.»

Deltagerne beskriver også at de fleste kvinnene som blir innlagt på tvang har ikke vært klar over graviditeten selv, og noen har ikke ønsket barnet i utgangspunktet. Endel har ikke trodd de kunne få barn, og graviditeten kommer som en overraskelse. I tillegg blir de innlagt uten eget samtykke. Det kan bli mye å forholde seg til på en gang, og for noen utløser dette også ambivalens knyttet til om de skal fortsette svangerskapet eller utføre en abort. Den gravide kan ha frykt for at hun kan ha påført barnet sitt skade og være preget av skam og skyldfølelse for å ha utsatt barnet sitt for rus. Innleggelsen på tvang innebærer at den gravide må være innlagt i svangerskapet, men hun kan velge å avbryte svangerskapet, og i noen tilfeller velger kvinnen abort. Dette er noe deltagerne erfarer som vanskelig, særlig hvis kvinnen er flere uker i graviditeten. Det vises til at dette er en rettighet kvinnen har, men likevel kan deltagerne oppleve dette som et etisk dilemma, og det blir uttrykt:

«vi kan beskytte det ufødte barnet mot rusmidler, men vi kan ikke beskytte mot den gravidens avgjørelse om å avbryte svangerskapet».

Å møte kvinnene med respekt og vise støtte og forståelse for en vanskelig situasjon, er deltagerens erfaring som en viktig oppgave i denne fasen. Gi informasjon om de ulike mulighetene de har, og lytte til hva kvinnene har behov for, slik at de gradvis vil forholde seg til situasjonen, og opplever at de har mennesker rundt seg som vil dem vel. Jordmor har en

sentral rolle knyttet til dette, og den gravide er også opptatt av hvordan det er med barnet i magen. Her kan den gravide få mulighet til ultralyd eller å lytte på barnet sammen med jordmor hvis hun ønsker det, og som en av deltagerne sier:

«I den grad ja ønske om ultralyd, de får jo ofte et veldig ønske om det når de kommer inn; jeg må få se babyen, jeg må få lytte på babyen.»

6.3. Kategori 3: Kompleksiteten i pasientsituasjonene.

I alle fokusgruppeintervjuene fremheves kompleksiteten i situasjonen til de gravide. I tillegg til at de er gravide og har en rusproblematikk har noen en psykisk lidelse, uoversiktlig økonomi og noen har mye gjeld. Bosituasjon som ikke er egnet for barn, dårlig boevne, og mangel på rutiner og struktur i eget liv. Det er ofte mye å ta tak i, men i starten av oppholdet er innleggelsen på tvang som oftest mer enn nok for de fleste å forholde seg til. Som helsepersonell er en opptatt av å hjelpe, men det har liten hensikt å sette i gang tiltak før kvinnen selv er klar. Dette er noe deltagerne kan oppleve som frustrerende, samtidig som de har erfart at det er viktig å gå i samme tempo som kvinnen og møte henne der hun er. Det å vente til den gravide er klar, eller møte henne på det hun er opptatt av der og da. Deres erfaring er at kvinnen etter litt tid også oppdager selv at de trenger å gripe tak i ulike deler av livet sitt, og viser en interesse for å benytte seg av muligheten til dette gjennom behandlingen og ønsker om å medvirke. Dette fremkommer i følgende utsagn:

«og det er jo når de har vært her litt så ser vi de begynner å endre tankegang, og egentlig ser livet sitt litt sånn på utsida og ser hva de trenger. Vi snakker da sosiale forhold, psykisk og fysisk helse.»

Deltagerne trekker frem at selv om deres hovedoppgave er å sikre rusfrihet i svangerskapet, er det også andre områder i kvinnens livssituasjon som de som helsepersonell og hjelpere ønsker å gripe tak i. Det kan være andre forhold rundt den gravide som heller ikke er bra for barnet, men som de ikke kan gjøre annet enn å veilede og informere om følgende av, slik at den gravide selv kan gjøre endringer på disse områdene. Det kan dreie seg om for eksempel røyking, trening, kosthold, nettverk og kontakt med personer som fortsatt er i rusmiljø.

Som nevnt kan det livet disse kvinnene har levd medført vansker med å ivareta dagligdagse funksjoner som hygiene og orden. Det refereres til observasjoner der en ser det er vansker

med å holde orden på eget rom, og det kan være behov for støtte og veiledning i helt dagligdagse gjøremål. På sikt vil dette også ha en betydning for hvorvidt de vil være i stand til å mestre oppgaven som omsorgsperson da det kan innebære en risiko for det fysiske miljøet til barnet. Dette beskrives som et ømtålig tema og noen kan lett føle seg krenket dersom de får tilbakemeldinger på at de ikke har god nok hygiene og orden rundt seg. Selv om det på samtlige institusjoner er en forventning om at de skal holde en viss orden på rommene sine er det ikke alle som mestrer dette. Oppgaven for personale blir å informere og veilede kvinnen på dette området, slik at hun etter hvert vil både lære og bli interessert i dette selv.

Etter hvert vil det bli behov for å involvere barnevernet som flere av deltagerne har erfaring med kan være et vanskelig tema. Kvinnene kan ha med seg egenerfaring fra barneverntjenesten, enten fra egen barndom eller tidligere barn, som gjør at de er skeptiske til å involvere dem i et samarbeid. Kontakten med barnevernet i svangerskapet etableres på frivillighet, samtidig som deltagerne oppgir at dersom kvinnene ikke etablerer et samarbeid i svangerskapet, vil de bli involvert etter barnet er født. Deltakerne har erfart at vissheten om involvering av barnevernet kan påvirke hva kvinnen deler og åpner opp for i behandling. Den gravide kan være bekymret for at informasjonen deles videre med barnevernet og frykter konsekvenser for vurdering av om de er gode nok omsorgspersoner. Deltagerne beskriver at deres oppgave blir å omtale barneverntjenestens rolle forholdsvis tidlig i oppholdet og trygge den gravide på at de også vil dem godt. Sørge for at kvinnen kan ha et møte med barnevernet for selv å erfare at de også ønsker det beste for kvinnen og barnet. En av deltagerne uttrykker:

«...hvis barnevernet kommer inn som den store stygge så overskygger det veldig mye[...]som gjør at de er så fylt av det at andre ting kan bli vanskelig»

En annen sier:

«Så det må vi få slått litt høl på for den vokser seg bare større og større da – den frykten og alt dette rundt barneverntjenesten».

6.4. Kategori 4: Mulighetens vindu.

Selv om det kan være utfordrende å ivareta brukermedvirkning, og det er flere ulike hensyn å ta, legger deltagerne vekt på deres erfaring ved muligheten som ligger i oppfølgingen av kvinnene når den gravide involverer seg i behandlingen og bruker tilbudet. Deltakerne trekker særlig frem hvordan de som helsepersonell også opplever dette som veldig givende og meningsfylt når kvinnen bruker tilbudet og oppnår endring og mestring i eget liv. Felles fra de ulike fokusgruppene er at de trekker frem ulike faktorer som spiller en viktig rolle for å oppnå dette. Tid er en slik faktor som spiller en viktig rolle. La kvinnen få tid til å forholde seg til situasjonene og gjøre seg kjent med personale og behandlingstilbudet. Sammen med tid er informasjon og kommunikasjon også faktorer som har stor betydning for kvinnens deltagelse og medvirkning i egen behandling.

Relasjon er også en faktor som er en felles erfaring blant informantene som spiller en vesentlig rolle. At de skaper en relasjon og får en allianse med kvinnene beskrives av flere som å ha stor betydning. Dette vil være med å gjøre den gravide trygg slik at hun kan åpne seg og komme med ønsker for hva som er viktig for henne. En god relasjon vil også skape mulighet for å snakke om temaer som kan være sårbare, som skam, skyldfølelse, tidligere opplevelser som kan være skambelagte, og få mulighet til å jobbe med dette i behandlingen.

I tillegg er det uvurderlig at den gravide selv har et ønske om endring og har en motivasjon for å benytte seg av behandlingstilbudet. Deltagernes erfaringer er at det vil gi mulighet for personale til å komme i posisjon, som igjen har en positiv innvirkning på ivaretagelsen av brukermedvirkning. Dette er beskrivelser som går igjen i de tre fokusgruppene, og erfaringen med at dette har en positiv innvirkning på utbytte av behandlingen og mulighet for endring. Deltagerne beskriver også dette som moro og givende, og en av deltagerne sier med entusiasme:

«Men den bestilling inn, det at de ønsker hjelp, så vi kan bidra der det er behov - der de tenker det er behov. Det er da magien skjer. Det er da vi får til ting.»

Selv om det er flere utfordringer deltagerne beskriver knyttet til tvang og brukermedvirkning er det likevel en felles oppfatning av at det for flere av kvinnene har vært det som skulle til, når de bruker muligheten til å benytte seg av behandlingen. Etter den største ambivalensen

har lagt seg, og den gravide forholder seg til situasjonen er det flere av helsepersonalet som refererer til kvinner som har uttrykt at det var innleggelsen som reddet dem. De ville ikke selv klart å ta de riktige avgjørelsene, og er takknemlig for at noen tok det ansvaret på deres vegne da de ikke var i stand til det selv. En deltager uttrykker:

«Så i forhold til erfaring så veit jeg jo at mange som har vært lagt inn på tvang i etterkant sier at det var det beste som har skjedd dom.»

6.2. Oppsummering av resultatene.

Kort oppsummert gjenspeiles det i resultat delen dilemmaer og muligheter helsepersonell erfarer i møte med kvinner som blir innlagt uten eget samtykke og mulighet for brukermedvirkning. Balansen helsepersonell står i mellom hensynet til den gravide og barnet, i tillegg til den kompleksiteten knyttet til andre forhold som er med og påvirker situasjonen.

7. Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres funn fra resultatdelen. Jeg vil også diskutere valg av metode og styrker og svakheter ved denne, samt trekke inn validitet og relevans ved forskningsprosjektet.

7.1. Diskusjon av resultater og funn sett i lys av teoretisk rammeverk.

Problemstillingen som er utgangspunkt for denne masteroppgaven, er:

«Hvordan erfarer helsepersonell brukermedvirkning i behandling, for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang?»

I resultatdelen er funnene presentert i fire kategorier. Noen av elementene i en kategori var også relevante i en annen. Når jeg nå skal diskutere funnene videre, har jeg derfor valgt å dele diskusjonen inn i to deler.

7.1.1. Brukermedvirkning – en balansegang.

Det motsetningsfylte i en innleggelse uten eget samtykke på den ene siden og brukermedvirkning på den andre, trer frem som tydelig i resultatet fra materialet i fokusgruppene. Deltakerne erfarer også at det er en stor inngripen for de gravide kvinnene å bli innlagt på tvang, noe som går på tvers av tanker om menneskets grunnleggende frihet til

å råde over eget liv og helse. Lundeberg et al. (2014, s. 15) påpeker også unntaket ved normalregelen som en innleggelse uten eget samtykke representerer. Hovedargumentet for bruken av innleggelse uten samtykke, forsvares med at konsekvensene bruken av rusmidler medfører går på bekostning av den rusavhengige selv, samfunnet eller andre – i denne sammenheng det ufødte barnet (Söderström & Skolbekken, 2012, s. 158). I veilederen for bruk av tvang overfor mennesker med rusmiddelproblemer vektlegges aktiv involvering av brukeren gjennom alle faser av behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2016). Dette er også en rettighet pasienten har, og vektlegges i lovverk, forskrifter og retningslinjer fra myndighetene. Helsepersonale i undersøkelsen påpeker retten til, og betydningen av brukermedvirkning for kvinnenes involvering i egen behandling. Samtidig som de beskriver erfaring med at dette byr på ulike utfordringer i praksis, og hvordan helsepersonale erfarer kvinnens opplevelser skaper reaksjoner og motstand hos kvinnene i de første møtene. Videre erfarer de at kvinnene opplever innleggelsen som overveldende og inngripende. Tvangen i seg selv okkuperer fokuset til kvinnen noe som igjen blir et hinder for å komme i posisjon og gjør det utfordrende å få kvinnen delaktig i egen behandling. Det er betimelig å spørre hvordan brukermedvirkning kan være mulig ved innleggelse uten eget samtykke?

En innleggelse uten eget samtykke innebærer at kvinnen ikke har et valg om å være innlagt eller ikke, men det betyr ikke at hun ikke kan medvirke på innholdet i behandlingen ut ifra hva som er viktig for henne. Det vises til at god informasjon, kommunikasjon og tid er vesentlige faktorer som kan bidra til å skape en allianse, og legger til rette for engasjement og deltagelse i egen behandling fra kvinnene. Å la kvinnen fortelle sin opplevelse og gi henne god informasjon om hennes rettigheter bidrar også til en god samhandling mellom den gravide og personalet. Erfaringen til deltagerne i undersøkelsen er at dette vil hjelpe den gravide til å se mulighetene behandlingen og oppholdet bringer med seg utover å være innlagt på tvang. Menard-Kocik og Caine (2021, s. 50-51) peker på betydningen av å møte kvinnene med omsorg og å skape et ivaretagende miljø, for å etablere trygge relasjoner, autentisk, engasjert og sensitiv omsorg.

Det vises til at dette er en sårbar pasientgruppe som derfor trenger ekstra sensitiv omsorg. Söderström (2012) og Wiig (2018) trekker også dette frem i sine studier, som deltagerne beskriver. Ved å møte kvinnene på en respektfull måte som innfrir til tillit og åpenhet er deltagerne erfaringer er at dette kan bidra til at kvinnene gradvis føler det trygt å fortelle

om sine utfordringer og strev, noe som er viktig for henne å fokusere på i behandlingen. På en annen side kan redselen for konsekvenser bidra til at kvinnen ikke deler informasjon og unnviker å snakke om utfordringer hun kan ha god nytte av å jobbe med. Derfor understrekes betydningen av å ha gjennomsluttede prosesser og ha en åpenhet for å unngå unødig frykt hos kvinnen. Informantene la vekt på å ta utgangspunkt i kvinnenes mål for oppholdet og involvere de i behandlingen. La kvinnene være med på utforming av egen behandlingsplan og medvirke i hva de vil delta på. Deltakerne viser til at selv om kvinnen er innlagt uten eget samtykke, følger det med en mulighet til å jobbe med egen problematikk ved medvirkning og bruk av helheten i behandlingstilbudet. Dette støttes også av Myra et al. (2018, s. e967).

Deltagerne peker på at flere av kvinnene har med seg belastende erfaringer fra det livet de har levd som kan være viktig å få muligheten til å bearbeide. I fokusgruppene var man derimot opptatt av at det til tider kan være vanskelig å gi den gravide tid til selv å komme frem til hva som er viktig å jobbe med. I denne sammenheng vises det til at personale kan ha andre tanker om hva hun bør ha fokus på og delta på i behandlingen, og viktigheten for personale å holde tilbake egen oppfattelse av hva hun bør jobbe med. Å finne balansen mellom å gi råd og veiledning uten å sette kvinnens egen oppfatning til side. Denne balansen er avgjørende for å sikre at den gravide opplever reel involvering og medvirkning til egen behandling, snarere enn at kvinnene mer eller mindre aktivt samtykker til de temaer og den behandling som blir lagt opp til henne. Dette krever en faglig, etisk og personlig bevissthet og kompetanse i møte med den gravide. Dette påpekes også av Söderström og Skolbekken (2012, s. 158) og Lorvik og Hansen (2021, s. 231).

En annen faktor deltagerne erfarer, er hvordan en innleggelse uten eget samtykke setter i gang ulike reaksjoner og ambivalente følelser hos kvinnen. De peker på hvordan noen kvinner innser at innleggelsen var riktig, selv om de ikke ønsket det selv. Andre strever med usikkerhet knyttet til om de skal beholde barnet eller avbryte svangerskapet. Svangerskapet kan for noen oppdages sent, og innleggelsen kommer brått på. Tvilen på om hun vil bli en god nok mor for sitt barn og frykten for å miste omsorgen preger situasjonen. Tvungen i seg selv som er vanskelig å forholde seg til, og abort kan være en vei ut av situasjonen (Söderström & Skolbekken, 2012, s. 164).

Å håndtere dette er en krevende og vanskelig situasjon for helsearbeiderne. På den ene siden skal de være en støtte for kvinnen uavhengig av hennes valg, samtidig som det er deres oppgave å beskytte det ufødte barnet. Til tross for intensjonen med lovgivningen, fratar ikke det kvinnens rettighet til å kunne avbryte svangerskapet innen utgangen av uke 12 (Lundeberg et al., 2014, s. 63). Tidsaspektet trekkes frem som en viktig faktor i denne fasen i tillegg til informasjon, respekt og omsorg, slik Lundeberg et al. (2014) og Söderström og Skolbekken (2012) peker. Lovverket kan altså beskytte barnet mot rus, men kan ikke beskytte det mot abort. God brukermedvirkning overfor denne pasientgruppen kan i ytterste konsekvens medføre at svangerskapet avbrytes, det samme svangerskapet personalet har til oppgave å beskytte.

Hovedhensikten med en innleggelse etter Hol § 10-3 er å beskytte barnet mot den gravides rusmiddelbruk og risiko for skade. På den ene side kan det virke så enkelt, men denne oppgaven er nok mer komplisert enn som så. Dette har igjen implikasjoner for ivaretagelsen av kvinnen og hennes brukermedvirkning. Uttalelser fra deltagerne som kom frem i resultatene illustrer dette. Hensynet og sikkerheten til barnet kan av og til gå på tvers av ønsker og behov til den gravide. Dette kan fremkalle ulike reaksjoner hos helsepersonell som står i disse situasjonene og skal balansere hensynet til barnet opp mot hensynet til mors ønsker. De må gjøre overveielser med tanke på risiko som kan gå på bekostning av kvinnens ønsker og behov. Hensikten med lovverket reiser også spørsmålet om storsamfunnet mener kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk ikke har det samme ønske og behovet for å beskytte sitt barn? Lundeberg et al. (2014, s. 63) mener også det er betimelig å diskutere dette da det i utgangspunktet kan være et interessesammenfall dersom det legges til grunn at den gravide også ønsker det beste for det ventende barnet. Dette peker også på motsetningen i lovverket. På den ene siden mener lovgiver at disse kvinnene ikke evner ta vare på seg selv og det ventende barnet, annet enn at de må legges inn ved hjelp av tvang. På den andre siden er det den samme lovgiver som lovfester retten også disse pasientene har til brukermedvirkning i egen behandling.

Deltagerne viser også til, at kvinner som innlegges på tvang, kan ofte ha egne negative erfaringer med hjelpeapparatet og har vanskeligheter med å stole på mennesker rundt seg. De har en nærhet til rusen og kan fortsatt streve med abstinenser, og i tillegg streve med psykiske vansker. Lorvik og Hansen (2021, s. 244-245) viser også til dette som utfordrende

faktorer, samtidig som de påpeker at disse kvinnene ønsker det beste for barnet sitt på lik linje som andre vordende mødre. Söderström og Skolbekken (2012, s. 158) viser også til den utfordrende oppgaven helsepersonell står ovenfor ved å balansere hensynet til barnet opp mot hensynet til mor. Ved kjennskap til avhengighetens natur og innvirkning både fysisk, psykisk og sosialt for kvinnene, er det rimelig at det er vanskelig å slutte å ruse seg. Rusen har hatt en funksjon, som ikke lenger kan benyttes (Söderström, 2011, s. 137). Dette er også sider ved oppfølgingen av de gravide som kommer frem i undersøkelsen. På den ene siden er det viktig å møte kvinnen med forståelse og respekt, samtidig er det vesentlig å ha rammer og tydelighet rundt viktigheten av rusfrihet, og gi kunnskap om at det handler om hensynet til barnet. Deltagerne peker på betydningen av å vise til kvinnens ønske om det beste for sitt barn som et felles prosjekt for henne og de som skal bistå henne i dette. Tilknytningen til det ufødte barnet og ivaretagelsen av det som er et sterkt behov og et viktig fokus i behandlingen for gravide, særlig de som er innlagt på tvang. Myra et al. (2018, s. e966) poengterer også dette i sin studie.

Derimot trenger det ikke bety at det må være et skille mellom hensynet til kvinnen og barnet. Hvordan helsepersonale møter kvinnene i disse situasjonen og viser forståelse for at de har det vanskelig trekkes frem som viktig. Å vise kvinnen tillitt uten dømmende holdninger vil ha en innvirkning på dette. Fokus på det ufødte barnet og tilknytningen til det trekkes frem som en kilde til ønske om endring, og kvinnens ønske om å gjøre det som er rett for barnet sitt. Selv om kvinnen kan streve med ambivalens, abstinenser og et ønske om å unnslipe hele situasjonen, vektlegges tillitt til kvinnen i dette arbeidet. En erfaring ved dette er hvis personale møter kvinnene med fordømmelse og skepsis, kan det øke motstand og frykt for ikke å være god nok. Følelser av stigma, for å ha levd et liv på kanten, sammen med skam, skyldfølelse og frykten for å ha påført barnet skade kan være overveldende for kvinnen. Söderström og Skolbekken (2012, s. 163) støtter deltagerens erfaringer omkring dette.

Som nevnt kan flere streve med ambivalens på ulike områder. I denne sammenheng understrekes betydningen av å møte kvinnen med respekt, støtte og forståelse. Jordmor trekkes også frem som en viktig person i denne sammenheng, og er for øvrig en viktig rolle ved enhetene. Hun representere en som har fokus og kunnskap om barnet og står for omsorg og ivaretagelse. I en fase med mye frykt og usikkerhet vektlegges muligheten til

ultral lyd og lytte på barnet for å trygges på at barnet har det bra. I tillegg bidrar dette også positivt i tilknytningsprosessen til barnet. Myra et al. (2016, s. 308) viser også til betydningen av ultral lyd for å styrke tilknytningen og gode følelser for barnet, samt bekreftelsen på at barnet ikke har noen synlige tegn til skade som følge av rusmiddelbruk i starten av svangerskapet. Dette kan bli starten på en gryende endringsprosess.

Tillit ble vektlagt som en egenskap av stor betydning fra informantene. I møte med kvinnene vises det også til at den gravide må vise at de oppfyller forventninger knyttet til tilliten. Er tvangssituasjonen en god kontekst for tillitt – eller ligger det i tvangens natur at tillitten ikke er til stede? Eller er det riktig å si at rusen og avhengigheten kan anses som en så stor barriere i den enkelte kvinne at hennes egne, personlige ønsker ikke kommer til uttrykk uten at hun gjennom innleggelse hjelpes til en rusfri tilværelse og derigjennom kan ta egne beslutninger basert på hennes egentlige vilje? Kan tvang og gode tvangstiltak i behandlingen i disse tilfellene være uttrykk for god omsorg og utøvelse av helsepersonellens grunnleggende plikt til å redde liv?

Deltagerne fremstilte betydningen av en gjensidig prosess, og kunsten å balansere mellom tillit og beskyttelse. Det handler altså om et samspill i kontakten mellom kvinnene og helsepersonale. For å komme i posisjon og etablere en relasjon og allianse, har deltagerne erfart betydningen av å vise tillit, samtidig som det ikke skal gå på bekostning av beskyttelsen til barnet. På en annen side ved at kvinnen viser at hun forholder seg til denne tilliten vil det igjen øke tilliten hos personale som resulterer i at kvinnens ønsker kan imøtekommes, som for eksempel en tur på butikken, besøk uten tilsyn, eller utgang uten følge. Dette er faktorer som har betydning for kvinnens opplevelse av innleggelsen og behandlingen. Deltagerne viser til at de av og til må ta noen sjanser, som igjen gir kvinnen mulighet for mestring og styrker hennes følelse av brukermedvirkning og integritet.

Lundeberg et al. (2014) viser også til betydningen av hvordan lovverket praktiseres og skille mellom det juridiske ved tvangen og hvordan den oppleves, og at dette har en klar sammenheng med opplevelsen av brukermedvirkning. Deltagerne trekker også frem deres rolle som hjelpere. Det er kvinnen de forholder seg til i behandlingen, men det ufødte barnet som er hovedårsaken til innleggelsen. I deres rolle som hjelpere og ønske om å imøtekomme kvinnen, må de minne både hverandre og seg selv på hensynet til barnet. På en annen side vises det til tanken om at når mor har det bra har barnet det bra. Betydningen av å stå i disse

avveiningene og imøtekomme kvinnens ønsker og behov, i den grad det lar seg gjøre, har betydning for kvinnens trivsel og opplevelse av oppholdet som igjen har betydning for barnet.

7.1.2. Kompleksiteten og mulighetens vindu.

Kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk har ofte med seg ulike tilleggsvansker og det er en kompleksitet i deres livssituasjon som vises til av deltagerne. De gravide bærer preg av utfordringer med psykisk helse, dårlig økonomi, bosituasjon som er uegnet for barn, et liv med rus og få nære relasjoner. Det er kvinner som har levd et liv i utenforskap med traumatiske erfaringer og vanskelige livsvilkår. De har med seg vanskelig historier fra egen barndom og oppvekst. Ved siden av dette har de også som tidligere beskrevet blandede erfaringer i møte med hjelpeapparatet. Dette samsvarer også med funn i studien til Wiig (2018, s. 57-59). Fra helsepersonalets ståsted er det mye å ta tak i, samtidig som det påpekes at det er viktig å ha kvinnen med seg og involvere henne i dette og skape en motivasjon som må ligge til grunn for ønske om endring. Lossius (2021, s. 36) viser også til dette og at personalets rolle er å stimulere til en bevissthet på kvinnens egne ressurser og bli en bidragsyter i egen endringsprosess. I starten av oppholdet er personalets erfaring at kvinnen har mer enn nok med å forholde seg til innleggelsen uten samtykke og den nye situasjonen hun er satt i. Det pekes på at dette kan være en frustrerende situasjon for personale å være vitne til da de med sine erfaringer vet at ovennevnte faktorer er viktige elementer å bruke tid på i behandlingen. Det vises også til at de som helsepersonell er opptatt av å hjelpe og dermed kan være utålmodig etter å komme i gang. I kontakten med kvinnen legger de vekt på relasjon og motivasjon som viktige faktorer. Dersom kvinnen ikke har en egen motivasjon viser de lite interesse for tilbudet i behandlingen utover at de må forholde seg til å være innlagt. Dette er også et valg kvinnen har, men som bringer med seg lite innhold utover å sikre rusfrihet. I slike situasjoner er det utfordrende å komme i posisjon som åpner opp for relasjon og en allianse, noe deltagerne fremhever som en forutsetning for muligheten til brukermedvirkning og innflytelse i egen behandling. Dette er et dilemma i seg selv, da brukermedvirkning også kan handle om å ikke delta, ikke ønske behandling, men kun akseptere oppholdet som er henne pålagt av myndighetene.

Disse forholdene går i hverandre og kan skape en diskurs for hvordan personale skal forholde seg til kvinnen. I materialet fra deltagerne trer det tydelig frem betydningen tid,

informasjon og kommunikasjon har for å få kvinnene delaktig i egen behandling.

Informantene peker på kompleksiteten i pasientsituasjonene med flere ulike behov den gravide har med seg fra tidligere erfaringer i livet det er av betydning å ta tak i. Söderström (2012, s. 461) viser også til dette knyttet til pasientgruppen. Det er en stor endringsprosess som skal i gang. I en slik situasjon kan det være vanskelig å se sitt eget beste. Den gravide skal også motiveres til å forstå at behandlingen skal sikre barnets beste om hun ikke opplever at det er til hennes beste. Betyr dette det samme som at kvinnen ikke ønsker å bidra inn i egen behandling? Skal personale vente på at den gravide er klar uten å foreta seg noe? Kan tilnærming i en slik forstand føre til fravær av brukermedvirkning? Dette vises også til av Askheim et al. (2023, s. 198-199). I en livssituasjon med graviditet og rusproblematikk uten tilstrekkelig kunnskap, kan det være vanskelig å vite hva som skal til og handle ut ifra dette. Da kan det være nyttig å ha gode hjelpere ved sin side til å guide en frem som en rød tråd knyttet til de gravide kvinnene innlagt på tvang og deres mulighet for brukermedvirkning.

I tillegg til oppfølging av svangerskapet og bli rusfri er det mye som skal på plass før barnet kommer. Noen kvinner kommer inn sent i svangerskapet og det er viktig å gjøre prioriteringer i hva som skal være fokus i behandlingen. Ved disse innleggelsene påpeker deltagerne at hovedformålet med innleggelsen er å holde barnet beskyttet for ruseksponering i det resterende av svangerskapet. I tillegg påpekes det i lovverket at kvinnen skal tilbys behandling for sitt rusmiddelproblem og tiltak som kan sette henne i stand til å være forelder (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-3). Selv om det er av uvurderlig betydning å bli rusfri av hensynet til barnets utvikling og miljø i svangerskapet har rusen og rusfrihet betydning for viktige funksjoner knyttet til omsorgsrollen. Viktige funksjoner i hjernen som påvirker tilknytningssystemet, konsekvenstenkning og impuls kontroll påvirkes av et liv med rus. Rusen har fungert som en regulator for vanskelige følelser som ikke lenger kan benyttes i en situasjon hvor kvinnen opplever ambivalens og reguleringsvansker, som beskrives av Söderström (2012, s. 464). Selv om dette oppleves frustrerende for personale er det lite de kan gjøre uten involvering fra kvinnene. Det betyr likevel ikke at et ene utelukker det andre. Det vises til betydningen av å møte kvinnen på det hun er opptatt av, og at det vil være avgjørende å gi kvinnen tid slik at hun selv blir klar og innser at det er viktig for henne å gripe tak i andre områder i livet også. I tillegg til tid er informasjon en viktig faktor som kan

sette kvinnen i stand til å gjøre endringer på andre områder ved sin livsførsel. Endringer som har innvirkning på svangerskapet og barnets helse. Dette kan dreie seg om kosthold, trening, røyking og daglige rutiner.

Dersom kvinnen ikke mestrer dagligdagse funksjoner, og generelt har en livsførsel preget av dårlig psykisk helse, i tillegg til et problematisk forhold til rus, kan det ha en direkte konsekvens for omsorgssituasjonen for barnet etter fødsel. Dette kan være et sårbart tema, og det kan stilles spørsmål ved om det er riktig å tematisere det for kvinnen om hun ikke viser interesse for det selv. Derimot er deltageres erfaringer, at god informasjon og veiledning, slik at kvinnene får kunnskap om hvordan dette påvirker barnet, og selv kan gjøre nødvendige endringer i positiv retning. Selv om dette handler om andre forhold enn rusavhengigheten som er årsak til innleggelsen, har dette likevel en betydning for helheten og det totale utbytte av oppholdet. Oppgaven til personalet, å gjøre kvinnen oppmerksom på disse faktorene og ønske å benytte seg av behandlingen ved å medvirke selv til endring i eget liv.

Kontakten med barnevernet er et tema til besvær. Dette er noe som baseres på et frivillig initiativ fra kvinnen. Dersom det ikke etableres kontakt med barnevernet i svangerskapet, vil de likevel bli involvert ved fødsel og en kan stille spørsmål ved hvor frivillig det kan oppleves for kvinnene? Dette problematiser deltagerne i resultat fra fokusgruppeintervjuene. Som de beskriver, kan kvinnene ha med seg erfaringer fra egen barndom eller tidligere barn og kontakt med barnevernet som påvirker deres holdninger. Frykten for ikke å være god nok og miste omsorgen for barnet. Söderström (2012, s. 463) støtter også dette. Dette kan ha innflytelse på hva pasienten deler og åpner opp for i behandlingen. Frykten for at informasjon de tror kan innvirke på barnevernets bedømming av hvorvidt de er gode nok omsorgspersoner kan begrense kvinnen og medføre at hun unnviker i behandlingen. Kvinner som legges inn etter Hol § 10-3, har som tidligere beskrevet sammensatte utfordringer på flere områder i livet. Dette innebærer at det vil bli behov for videre tiltak etter fødsel med blant annet involvering av barnevernet som også beskrevet av Söderström (2020, s. 138). Med den kjennskap til involvering av barnevernet er deltageres erfaring at deres rolle blir å tematisere barnevernet på et tidlig tidspunkt i behandlingen. Informere om barnevernets rolle og deres oppgave om å sørge for det beste både for mor og barn. Personalet befinner seg her i en mellomposisjon hvor de på den ene siden skal støtte og gå i takt med kvinnen.

På den annen side vet de at det ikke er til å unngå involvering fra barnevernet. Her må personalet trå varsomt slik at de ikke pusher kvinnen før hun selv føler seg klar, men manøvrere dette i samarbeid med kvinnen til et godt utgangspunkt for kontakt med barneverntjenesten. Dette kan videre føre til gode muligheter til medvirkning i planlegging av tiltak og oppfølging etter fødsel.

Graviditeten i seg selv er en gylden mulighet som setter i gang dype endringsprosesser på flere områder i livet. Brodén (2007) har dette som tema og beskriver i sin bok «Graviditetens muligheter». Söderström (2012, s. 458) og Myra et al. (2018, s. 305) støtter også dette perspektivet. Erfaringen til deltagerne understreker, at til tross for den sammensatte problematikken og livssituasjonen kvinnene bringer med seg hvor tvil og frykt kan være til hinder for engasjement og involvering i behandlingen er det gode muligheter for brukermedvirkning. Når personale balanserer støtte og engasjement, rammer og struktur, med en sensitiv omsorg og god informasjon, bidrar det til at kvinnene involverer seg og benytter tilbudet. Dette er en start på endringsprosessen, og som en av deltagerne uttrykte: «Det er da magien skjer».

Myra et al. (2018) støtter erfaringen til deltagerne om graviditeten og innleggelsen på tvang som et vendepunkt. Erfaringen med kvinner, hvor innleggelsen på tvang var det som skulle til og reddet dem fra et liv med rus så de tok de riktige valgene fremheves av deltagerne. Uten tvangen og rammene den sto for ville det vært vanskelig og kvinnene har uttrykt takknemlighet for at noen tok det ansvaret på deres vegne da de ikke klarte det selv.

7.2. Diskusjon av metode valg – styrker og svakheter.

Det finnes mange veier til målet, og valg av metode og gjennomføring har betydning for resultater og hva en kommer frem til i et forskningsprosjekt. I følge Nilssen (2012, s. 58) skal problemstillingen være styrende for valg av metode. I denne undersøkelsen var jeg ute etter helsepersonells erfaringer og opplevelser knyttet til gravide kvinner innlagt på tvang i svangerskapet og mulighet for brukermedvirkning. Til å utforske menneskers erfaringer, opplevelser og livsverden er kvalitativ tilnærming en godt egnet metode (Malterud, 2017, s. 30-31). Ved en kvalitativ metode vil ikke resultatet gi noe svar på hvor mange dette gjelder, noe som kunne vært mulig ved en kvantitativ metode.

Prosjektet har vært utført blant personale som jobber klinisk i feltet, som er en styrke i troverdigheten i det som har kommet frem. Det er likevel viktig å være oppmerksom på valg som påvirker resultater og sluttproduktet. Forskerens rolle både personlig og som fagperson påvirke resultatene i prosessen (Malterud, 2017, s. 41) Der er derfor viktig å ha en refleksiv holdning og være bevisst på eget ståsted, vurderinger og beslutninger gjennom prosessen (Nilssen, 2012, s. 28-29). Innholdet var rikt på informasjon som var en fordel for det videre arbeidet, men som samtidig kunne føre til en utfordring i utvelgelse av temaer og emner. Min rolle som forsker med lang erfaring fra feltet kan by på fordeler og ulemper. På den ene side kan dette innebære en risiko for å søke bekreftelse på egne oppfattelser og forforståelse knyttet til tematikken. På den annen side vil kjennskapen til fagfeltet kunne være en styrke med god kjennskap til pasientgruppen og organisering i tjenestene.

Ved bruk av fokusgruppeintervju som metode ga det mulighet til å inkludere flere som kunne gi uttrykk for sine erfaringer, samtidig som det åpnet opp for diskusjon og refleksjoner sammen med kollegaer knyttet til tematikken. Derimot kan det være en ubalanse i faglig bakgrunn og posisjoner som påvirker utfallet av hva som kommer frem. For noen kan det oppleves utrygt og dermed ikke deler sine erfaringer, som også påpekes av Halvorsen og Jerpseth (2016).

Andre formuleringer i intervju guiden kunne belyst andre perspektiver ved tematikken og påvirket resultatet. Dersom intervjuene ville blitt utført på en annen dag, eller med andre deltagere kunne de belyst andre sider som ikke kom frem i dette prosjektet, da konteksten påvirker forskningen og resultatene. Nilssen (2012, s. 141) viser også til dette. Om det empiriske materialet hadde blitt innhentet ved bruk av individuelle intervjuer, kunne dette også fått frem annen informasjon. På en annen side ville dette vært mer tidkrevende om en skulle snakket med det samme antall deltagere, og utvekslingen og diskusjonen deltagerne imellom i fokusgruppene ville gått tapt.

Utvelgelsen av deltagere til prosjektet var basert på en frivillig deltagelse ved at de meldte sin interesse etter å ha fått informasjon om temaet. En kan anta at de som viste interesse er de som spesielt engasjerer seg for brukermedvirkning for gravide innlagt på tvang, og derfor glipp av viktig informasjon knyttet til problemstillingen, om det var med deltagere som ikke har samme interessen for denne tematikken.

Gjennom utførelsen av prosjektet har jeg benyttet meg av deltagelse på skriveseminarer ved skolen og lagt frem prosjektets der. Dette har gitt mulighet for tilbakemeldinger og betraktninger underveis fra lærere og medstudenter, som jeg anser som en styrke ved prosjektet. Det samme gjelder kontakt og veiledning med min veileder. Hun har kommet med konstruktive tilbakemeldinger og innspill som har vært nyttig for den videre prosessen gjennom hele prosjektet.

7.3. Implikasjoner for klinisk praksis og fremtidig forskning.

Resultatet av forskningsprosjektet får frem erfaringer fra helsepersonell i dette prosjektet knyttet til problemstillingen. I følge Malterud (2017, s. 23) er ingen kunnskap allmenngyldig, og derfor er generaliserbarhet et begrep som er problematisk uansett forskerens ambisjoner om overførbarhet.

Dette forskningsprosjektet får frem ulike sider helsepersonell opplever som utfordrende, og hva som skaper muligheter til brukermedvirkning for gravide innlagt på tvang i spesialisthelsetjenesten. Særlig hvordan dette henger sammen med ulike faktorer og kontekst. Dette kan være nyttige erfaringer for ulike faggrupper som jobber med denne pasientgruppen, ikke bare i spesialisthelsetjenesten, men på alle nivåer som er involvert i oppfølgingen av denne pasientgruppen.

Prosjektet får også frem kompleksiteten helsepersonell møter ved disse behandlingsforløpene, som krever en sensitiv omsorg og tilnærming i tillegg til god etisk, faglig og personlig bevissthet. For personale vil det være nyttig med fora ved egen arbeidsplass, som åpner for diskusjon og veiledning for å skape en bevissthet hos den enkelte og holdninger i behandlings klima ved institusjonen.

En oppfølgingsstudie av gravide som har vært innlagt uten samtykke etter Hol § 10-3 og hvordan det går med dem og deres barn på sikt kunne vært et interessant og viktig tema til videre forskning. Det kunne også vært nyttig å undersøkt erfaringen til helsepersonell i førstelinjetjenesten i møte med gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk og bruk av bestemmelsen etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 10-3).

8. Konklusjon

Problemstillingen på oppgaven som undersøkelsen skulle besvare var følgende:

«Hvordan erfarer helsepersonell brukermedvirkning i behandling, for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang?»

Hovedfunn ved studien og svar på oppgaven er at til tross for det motsetningsfylte i tvang og brukermedvirkning lar det seg gjøre å legge til rette for god brukermedvirkning. Deltagerne erfarte kompliserte prosesser som krever oppmerksomhet fra personale på faglig, etisk og personlig bevissthet. En felles erfaring fra helsepersonalet jeg har intervjuet er deres opplevelse at for de som blir innlagt uten samtykke tar selve innleggelsen mye fokus i starten. Til tross for dette mener personalet likevel at de evner å legge til rette for involvering og brukermedvirkning i denne kritiske fasen av et behandlingsforløp.

Hensynet til det ufødte barnet kan komme i konflikt med hensynet til den gravide, og skape ulike etiske utfordringer og diskurser.

Fra ståsted til helsepersonell vektlegge ulike faktorer som har betydning for muligheten til brukermedvirkning. En imøtekommende og sensitiv omsorg fra helsepersonalets side for å skape trygghet som utgangspunkt for tillit til å bygge en allianse. Tidsaspektet er også en viktig faktor ved siden av informasjon, kommunikasjon og relasjon. I tillegg vektlegges pasientens motivasjon, trygghet og gjennomsiktige prosesser. Hver og en av disse faktorene har en betydning. Det kan variere i forløpet for hvor stor betydning de har, men har gjennom hele oppholdet til kvinnen en viktig funksjon for hvordan helsepersonell erfarer muligheten for brukermedvirkning til den gravide.

Det som utpekte seg spesielt ved dette var erfaringen med hvordan personale balanserte alle disse forholdene gjennom behandlingsforløpet til kvinnen. Deres rolle som en guide for å skape en sammenheng og rød tråd gjennom oppholdet knyttet til den gravidens involvering og innflytelse i egen behandling og endringspotensialet som dette skapte.

9. Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., Andersen, J. & Askheim, O. P. (2023). *Brukermedvirkningens mange ansikter* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Bramness, J. G. & Bachs, L. (2022, 8.november). Avhengighet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 5. april 2023 fra. <https://sml.snl.no/avhengighet>
- Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheter : en tid hvor relationer skapes og utvikles* (2. utg.). Akademisk Forlag.
- Evjen, R., iern, T. & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3. utg.). Universitetsforl.
- FN. (1948, 08.12.2022). *Verdenserklæring om menneskerettigheter*. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon. (2016). *Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer* (FOR-2016-08-26-1003). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/forskrift/2016-08-26-1003>
- Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Universitetsforl.
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2016). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien forskning, 14*, 57440. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse-ROP-lidelser* (978-82-8081-246-9). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer - etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10* (IS-2355). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/c399c1b7-d0ef-44a9-af9a-

[80c018385021:2e78c8bfe086d5bf644ee8fcc7e2990c048b6787/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsebibliotek.no/80c018385021:2e78c8bfe086d5bf644ee8fcc7e2990c048b6787/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)

- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt pasientforløp for gravide som bruker eller har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler [nettdokument]*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2022, lest 05.april 2023). <https://www.helsebibliotek.no/nasjonale-forlop/gravide-og-rusmidler>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lorvik, I. M. & Hansen, F. A. (2021). Gravide rusmiddelavhengige. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 229-247). Gyldendal.
- Lossius, K. (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.). Gyldendal.
- Lundeberg, I. R., Søvig, K. H. & Mjåland, K. (2014). *Tvang i rusfeltet : regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Gyldendal juridisk.
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Marshall, M. F., Taylor, J. & DeBruin, D. (2020). Ferguson v. City of Charleston Redux: Motivated Reasoning and Coercive Interventions in Pregnancy. *Pediatrics*, 146(Supplement_1), S86-S92. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0818Q>
- Menard-Kocik, J. & Caine, V. (2021). Obstetrical Nurses' Perspectives of Pregnant Women Who Use Illicit Substances and Their Provision of Care: A Thematic Analysis. *Can J Nurs Res*, 53(1), 47-55. <https://doi.org/10.1177/0844562119870419>
- Myra, S. M., Ravndal, E., Torsteinsson, V. W. & Ofsti, A. K. (2018). Pregnant substance abusers in voluntary and coercive treatment in Norway: therapists' reflections on change processes and attachment experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e959-e970. <https://doi.org/10.1111/jocn.14067>
- Myra, S. M., Ravndal, E., Torsteinsson, V. W. & Wiig, E. M. (2016). Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn

child. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* : NAT, 33(3), 299-316.
<https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0023>

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2015). *Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet* (IS-2438). Utarbeidet av Nasjonalt Folkehelseinstitutt for. HelseDirektoratet.

https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAQQw7AJahcKEwiY7eT_gN7-AhUAAAAAHQAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Fwww.helsedirektoratet.no%2Frapporter%2Frapport-om-konsekvenser-for-fosteret-barnet-ved-bruk-av-rusmidler-avhengighetsskapende-legemidler-i-svangerskapet&psig=AOvVaw38dC-akcp62Q8hr7b02tTU&ust=1683359429118154

Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Universitetsforl.

Norsk Sykepleierforbund. (1983, 2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 7. mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Prop.15 S (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I M. Aakre & S. Biong (Red.), *Helsehjelp til personer med ruslidelse* (2. utg., s. 141-156). Cappelen Damm akademisk.

Söderström, K. (2011). Dragkamp mellom håp og fortvilelse. Rusavhengige kvinners opplevelse av graviditet og foreldreskap. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg : tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (s. 133-148). Kommuneforlaget.
https://www.researchgate.net/publication/314245791_Dragkamp_mellom_hap_og_fortvilelse_Rusavhengige_kvinnens_opplevelse_av_graviditet_og_foreldreskap

Söderström, K. (2012). Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: A qualitative interview-study. *Child & Family Social Work*, 17.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x>

Söderström, K. (2020). Bekymring for det ufødte liv og omsorgsovertakelse ved fødsel: Posisjoner, verdikonflikter og spenninger i tverrfaglig arbeid. I H. Nordby & A. Halså (Red.), *Verdier i barnevern* (s. 131-151). Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing). <https://doi.org/10.23865/noasp.103.ch7>

Söderström, K. & Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Psykologisk, i. (2013). *Minding the baby - minding the parent : a qualitative interview study of the experience of parenthood in the context of substance use disorder* [Norwegian

University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology, Department of Psychology]. Trondheim.

Söderström, K. & Skolbekken, J.-A. (2012). Pregnancy and substance use – the Norwegian § 10–3 solution. Ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(2), 155-171. <https://doi.org/10.2478/v10199-012-0011-1>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforl.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk : nye perspektiver*. Gyldendal akademisk.

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.

Wiig, E. M. (2018). *Rusavhengige mødre oppvokst i familier med rusproblemer - en kvalitativ studie av generasjonsoverføring av avhengighet* [KoRus Sør, UiO; Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet]. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-67306>

World Medical Association. (2013, 22. september 2022). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* Hentet 8.mai 2023 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Aakre, M. & Biong, S. (2018). Etske utfordringer og etisk kompetanse. Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med ruslidelse* (2. utg., s. 70-88). Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg 1 – Godkjenning SIKT

O Sikt

Meldeskjema Gr-aidlteg, tvangL2g brukermedvirkning. / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
503377	Standard	28.07.2022

Prosjekttittel

Graviditet, tvang og brukermedvirkning.

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet — storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig

Marit Aalen

Student

Inger Bjørlien

Prosjektperiode

22.06.2022 - 01.09.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.09.2023.

Meldeskjemaet

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene j tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

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

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet ” **Graviditet, tvang og brukermedvirkning**”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsearbeideres erfaringer om mulighet for tilrettelegging av selvbestemmelse og brukermedvirkning i behandlingen for gravide innlagt på tvang. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hvordan kan en innleggelse uten eget samtykke som utgangspunkt skape muligheter for endring og mestring i eget liv? Helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen, spiller en viktig rolle i et slikt behandlingsforløp. De kan stå i situasjoner med motstridende interesser, der en skal sikre ivaretagelsen av barnets helse, samtidig som en skal ivareta den gravides behov og rettigheter. På bakgrunn av dette ønsker jeg derfor å se nærmere på helsearbeiderens rolle, og hvordan helsepersonell erfarer muligheter og begrensninger i møte med disse kvinnene, og kan legge til rette for et godt behandlingsforløp med mulighet for selvbestemmelse og mestring i eget liv.

Problemstillingen er som følger:

«Hvordan erfarer helsepersonell muligheten til selvbestemmelse i behandling for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk som blir innlagt på tvang i svangerskapet?»

Dette er en masteroppgave i Masterstudie for psykisk helsearbeid.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen da du arbeider som helsepersonell som ivaretar gravide med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang etter Khol § 10-3.

Utvalget av deltakere til prosjektet er foretatt ved:

- Å kontakte 3 avdelinger/institusjoner, som ivaretar gravide med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt på tvang, ved henvendelse til leder for avdelingen.
- Deretter informerer leder sine ansatte om prosjektet.
- Det er ønskelig med 3-5 deltakere fra hvert arbeidssted som frivillig samtykker til å delta.
- De som har samtykket til å delta i et fokusgruppeintervju får dette skrevet tilsendt via sin leder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du stiller opp til et fokusgruppeintervju med utgangspunkt i problemformuleringen for å belyse dette nærmere. Du vil delta i en fokusgruppe sammen med dine kollegaer som også samtykker til å delta på lik linje som deg. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter og vil bli registrert med lydopptak ved bruk av Digitalappen som er en godkjent metode fra OsloMet. Selve gruppeintervjuet vil foregå på din arbeidsplass.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være veileder for prosjektet som har tilgang i tillegg til meg som skriver oppgaven.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Den enkelte deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen som ikke vil gjengi hverken institusjon eller deltakere i prosjektet, annet enn som helsearbeider..

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent, ca. 1. september 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Prosjektansvarlig: OsloMet ved Marit Aalen, marita@oslomet.no, tlf. nr.: +4767236050.
- Student: Inger Bjørlien, s290101@oslomet.no, tlf. nr.: +4741695975.
- Vårt personvernombud: personvernombud@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Marit Aalen

Student
Inger Bjørlien

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Graviditet, tvang og brukermedvirkning*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Håper på din deltakelse.

Med vennlig hilsen
Inger Bjørlien, student ved Masterstudium i psykisk helsearbeid, OsloMet.

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide

«Hvordan erfarer helsepersonell muligheten for brukermedvirkning og selvbestemmelse i behandling for gravide kvinner med rus- og avhengighetsproblematikk som blir innlagt på tvang?»

- 1. Hva legger dere i brukermedvirkning?**
- 2. Hva er deres erfaring med pasienter innlagt på tvang og mulighet for å medvirke i egen behandling?**
 - Hva fremmer mulighetene til selvbestemmelse og brukermedvirkning?
 - Med bakgrunn i deres erfaring, hva skal til for å få til god brukermedvirkning?
 - Eksempler?
- 3. Hvilke hindringer/utfordringer møter dere for å ivareta selvbestemmelse og brukermedvirkning i behandlingen?**
 - Har dere noen eksempler på dette?
 - Lovverket?
 - Hensynet til det ufødte barnet?
 - Hvordan påvirker egne verdier og eget faglig ståsted?
 - Spiller hierarki, ansvarsforhold og organisering noen rolle?
- 4. Med bakgrunn i deres erfaring møter dere noen dilemmaer ved å legge til rette for brukermedvirkning?**
 - Hvordan løser dere i så fall disse dilemmaene?
 - Kan dere nevne eksempler på dette?
- 5. Med deres erfaring hvordan kan brukermedvirkning ha betydning for pasientenes utbytte av behandlingen?**
 - Kan dere gi eksempler på dette?
 - Gir det pasientene mulighet til mestring i hverdagen?

6. Hva er deres erfaringer om bruk av regler og kontroll sett opp mot ivaretagelsen av pasientene og deres autonomi?

- Nevn eksempler

7. Er det andre forhold som er viktig når det gjelder mulighet for brukermedvirkning i behandlingen?

Underveis vil jeg komme med oppfordring om å utdype og fortelle nærmere omkring det som kommer frem i fokusgruppe intervjuet.