

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Kandidatnr.: Line Woldmo

Rusavhengig og gravid
-En mulighet til endring?

Drugdependent and pregnant - An opportunity for change?

Dato: 19.05.2016

Totalt antall ord: 9445

Abstract

Innledning: Antall sykehusinnleggelser av rusrelatert årsak har i Norge økt med 44% i løpet av de siste 10 årene. Rusavhengighet medfører store utfordringer og alvorlige konsekvenser for personen, helsetjenesten og samfunnet. En risikogruppe innenfor rusfeltet er gravide. Mange gravide rusavhengige ser på svangerskapet som en mulighet til en ny tilværelse, og er derfor mere motiverte til å motta behandling. **Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse gravide rusavhengiges behov i behandling basert på deres egne erfaringer, samt tydeliggjøre hvordan sykepleier kan støtte og ivareta den gravide i behandling. **Metode:** Dette er en allmenn litteraturstudie basert på 13 forskningsartikler. **Resultat:** Forskning viste at gravide rusavhengige har en kompleks og sammensatt bakgrunn. De har behov for en helhetlig oppfølging, og for at helsetjenesten samhandler tverrfaglig og tverretatlig. Relasjonen til sykepleier er av stor betydning. **Diskusjon:** Resultatet ble belyst ved relevant litteratur som pensum, teorier, og annen faglitteratur. **Konklusjon:** Sykepleier bør foreta en grundig kartlegging av pasientens bakgrunn og aktuelle situasjon. Tidlig intervensjon kombinert med miljøterapi og mentaliseringsbasert terapi anbefales som ledd i behandling. Det vil være nødvendig at sykepleier innehar en koordinerende rolle i samhandling og i den helhetlige oppfølgingen av pasienten. Sykepleier må jobbe bevisst med relasjonsskapende arbeid, og være en støttespiller for den gravide rusavhengige i behandling.

Introduction: The number of patients admitted to hospital due to drug related causes has increased by 44 % during the last decade. Drug-dependence leads to significant challenges as well as severe implications for the individual itself, the healthservice and for the community. Pregnant women constitute a particular risk-group among other drug-dependent patients. A great number of pregnant drug-dependent women consider their pregnancy as an opportunity to start a new life, and therefore seem more motivated to receive treatment. **Aim:** The aim of this study was to investigate the needs of the drug-dependent pregnant women when in treatment, and to determine how the nurse can support them, based upon the experiences of these patients themselves. **Method:** This is a general literature review based upon 13 original articles. **Results:** Research shows that drug-dependent women often has a complex background. They are in need of a comprehensive support and for healthcare to interact with other public and social services. The relation to the nurse is of significant importance. **Discussion:** The results were discussed in relation to renowned theories, the syllabus, as well as in relation to other relevant literature. **Conclusion:** The nurse must perform a thorough mapping of the patients background and of the present situation. Early intervention in combination with milieu therapy and mentalizing, are all recommended as part of the treatment. It is necessary that the nurse take on a coordinating role in the interdisciplinary collaboration. The nurse should have a conscientious approach in the relational process, and also be a support to the pregnant drug-dependent woman during treatment.

Nøkkelord: Rusavhengighet, graviditet, svangerskap, behandlingstilbud.

Keywords: Substance-use, pregnancy, rehabilitation-programs.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
2.0 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søkestrategi	3
2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	4
2.4 Inkluderte artikler	5
2.5 Analyse	7
2.6 Etske overveielser	8
3.0 Resultat	9
3.1 Forekomsten av psykiske lidelser hos pasienter i rusbehandling og pasientbakgrunn	9
3.1.1 Forekomsten av psykiske lidelser.	9
3.1.2 Pasientbakgrunn.....	9
3.2 Pasientbehov og innhold i rusbehandling	10
3.2.1 Behovet for behandling, behandlingstype og varighet	10
3.2.2 Behov og innhold i behandling.	10
3.2.3 Motivasjon til endring.....	11
3.2.4 Effekt av behandling og behovet for oppfølging	11
3.3 Relasjon til helsepersonell	12
3.3.1 Betydningen av kontaktperson.....	12
3.3.2 Holdninger hos helsepersonell.....	12
3.3.3 Kunnskap hos helsepersonell.	13
4.0 Diskusjon	13
4.1 Resultatdiskusjon	13
4.1.1 Forekomst og bakgrunn – et grunnlag for kartlegging og dokumentasjon?	13
4.1.2 Hvilke behov har den gravide i rusbehandling?	17
4.1.3 Hvilken betydning har relasjonen til kontaktperson?	22
4.2 Metodediskusjon	23
5.0 Konklusjon	24
Referanser	26

Vedlegg 1 : Søkestrategi

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3 : Vurdering av forskningsartikler

1.0 Innledning

Rus- og psykisk helsefeltet er et satsningsområde for regjeringen, og i forbindelse med dette har regjeringen fremmet en opptrappingsplan for rusfeltet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015-2016). Det antas at rusproblemer vil øke i forekomst i fremtiden, og dette nevnes som en av folkehelseutfordringene som det bør settes et større fokus på (Biong & Ytrehus, 2012). Regjeringens opptrappingsplan har en tidsramme fra 2016-2020, og har tre innsatsområder; tidlig innsats, behandling samt ettervern/oppfølgingstjenester (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015-2016).

Det er alvorlige medisinske, psykiske og sosiale konsekvenser som følger av rusavhengighet (Haga & Skutle, 2012). Mange mennesker med rusproblemer blir innlagt i sykehus, kanskje opptil flere ganger i året. I Norge er det antatt at antall sykehusinnleggelses av rusrelatert årsak har økt med 44 % i løpet av de siste 10 årene (Christiansen, 2012). Av narkotikarelaterte helseskader som kan føre til innleggelse i somatiske sykehus nevnes akutte skader som vold og ulykker, lungesykdommer, smertetilstander, infeksjoner i blodet; som HIV-infeksjon og hepatitt B- og C, overdoser, og hjerte- og karsykdommer. I tillegg innebærer den dårlige fysiske helsen ulike problemer som underernæring, abscesser, blodpropp, epilepsi og sårproblematikk (Skoglund & Biong, 2012). Flere av personene i denne pasientgruppen kan også ha en psykisk lidelse (Biong & Ytrehus, 2012). Ved innleggelse må grunnleggende behov vurderes sammen med den aktuelle innleggesårsaken, i tillegg har sykepleier en viktig rolle både når det gjelder å formidle kunnskap og informasjon, og med å avhjelpe helseproblemer som er knyttet til rusproblemer (Skoglund & Biong, 2012).

Ved rusreformen i 2004 ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten (Sælør & Bjerkenes, 2012). Behandlingstilbudet til personer som har ruslidelser ble en del av spesialisthelsetjenesten, sammen med psykisk helsevern og somatikk. Tverrfaglig spesialisert behandling gis i kort- og langtids døgnbehandling, gjennom ambulante former, poliklinisk, og ved legemiddelassistert behandling. Personer med ruslidelser er en mangfoldig gruppe som har behov for et sammensatt og variert behandlingstilbud (Sælør & Bjerkenes, 2012). Behandling av rusmiddelavhengige ble som følge av rusreformen i 2004 omdefinert fra å være sosialfaglige tjenester, til å være spesialisthelsetjeneste. Rusavhengige fikk dermed pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper, og har fått pasientstatus (Haga & Skutle, 2012).

Rusproblemer kan skape store utfordringer for den enkelte, for helsetjenesten og for samfunnet (Biong & Ytrehus, 2012). I 2011 gjorde Folkehelseinstituttet beregninger som viser at blant alle norske barn vokser 40 % av barna opp i familier der en av foreldrene enten har et rusproblem eller har et psykisk problem (Hole, 2014). I følge helsemyndighetene har 12 % av barna foreldre hvor en

eller begge har alvorlige psykiske- og eller rusproblemer. Det ser ut til å være en dobling i risikoen for at barna selv skal utvikle rusproblemer eller psykiske lidelser, sammenlignet med andre barn (Hole, 2014; Evjen et al, 2007). Dette støttes av annen forskning, som viser at rusmiddelbruk er betydelig hyppigere hos barn av rusavhengige enn hos andre (Evjen et al, 2007). I de tilfellene hvor barn vokser opp med en forelder som ruser seg virker genetiske og psykososiale faktorer sammen, og kan bidra til dårligere oppvekstbetingelser for barnet, og dermed disponere for framtidig rusavhengighet (Evjen et al, 2007). Når den allerede eksisterende genetiske sårbarheten forsterkes av miljørelaterte belastninger, får dette en negativ innvirkning på barnet (Brandt & Grenvik, 2010).

En risikogruppe innenfor rus er gravide (Nordeng & Jettestad, 2014). Dette er en pasientgruppe som behøver en tettere oppfølging både i svangerskapet og etter fødselen enn det som vanligvis er anbefalt. Flesteparten av gravide rusavhengige har en overhyppighet av psykiske og somatiske lidelser (Nordeng & Jettestad, 2014), og for barnet assosieres ruseksponering i svangerskapet med en forhøyet risiko for feilutvikling både direkte og indirekte (Brandt & Grenvik, 2010). Når kvinnen oppdager at hun er gravid, tror hun ofte at barnet vil kunne endre livet hennes så mye at dette vil gjøre henne istand til å bli rusfri og leve et helt vanlig liv (Killèn & Olofsson, 2003). Målsetningen for arbeidet med gravide rusavhengige er å sikre en tverrfaglig, koordinert og tidlig innsats, da mulighetene for å bidra til en positiv endring er større jo tidligere i svangerskapet hjelp settes inn (Trondheim Kommune, 2015). Et svangerskap kan være en mulighet for endring som mange gravide rusmisbrukere griper fatt i (Teinung, 2004).

I denne oppgaven er det valgt å benytte pasientperspektiv, da det er ønskelig å få økt innsikt i hva den gravide rusavhengige selv føler hun har behov for i behandling. Denne pasientgruppen kan sykepleiere møte både på sykehus, i psykisk helsevern, og ved behandlingsinstitusjoner. Det vil derfor være relevant for sykepleiefaget å få utvidet kunnskap innenfor dette fagfeltet.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse gravide rusavhengiges behov i behandling basert på deres egne erfaringer, samt tydeliggjøre hvordan sykepleier kan støtte og ivareta den gravide i behandling.

2.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte som i følge Dalland (2012) skal gi en god beskrivelse av hvordan man går frem for å innhente og belyse ny kunnskap. En metode fungerer også som et verktøy for å kunne etterprøve søket på en enkel måte, slik at man kan finne ut om påstandene som er framstilt er sanne, gyldige og holdbare (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie som metode.

Denne studien er en allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan også kalles en forskningsoversikt, litteraturoversikt eller litteraturgjennomgang (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Formålet med litteraturstudien er å beskrive og belyse kunnskap som ligger innenfor et bestemt område, samt å analysere og beskrive de utvalgte forskningsartiklene på en usystematisk måte (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Resultatet i denne litteraturstudien er basert på 13 forskningsartikler, hvor 8 av artiklene er kvalitative, 4 er kvantitative, og 1 artikkel er både kvalitativ og kvantitativ.

2.2 Søkestrategi.

For å finne relevante forskningsartikler ble det foretatt søk i ulike databaser. Man kan søke etter litteratur i en database eller ved manuelt søk, såkalt håndstøk (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Databasene som ble brukt var i hovedsak Cinahl, Medline, Swemed+ og Pubmed. Flere av databasene ga funn som var sammenfallende, men flestparten av forskningsartiklene artiklene som ble inkludert ble funnet i Cinahl. Når man har avgrenset det tema man skal søke litteratur om formulerer man ulike søkeord som man bruker i litteratursøket sitt (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Søkeordene som ble benyttet var først og fremst valgt ut med tanke på litteraturstudiens hensikt. Disse søkeordene ble kombinert på ulike måter for å få flest mulig relevante treff. Søkeord som ble benyttet var blant annet *pregnancy*, *substance use*, *rehabilitation-programs* og *nurse-patient -relations*. Søkeordene ble kombinert med "AND" og de fleste søkene ble i tillegg avgrenset til årstall, abstract, full text og forskningsartikkel. 2 artikler ble funnet ved håndstøk, og kom opp som forslag til lignende publikasjoner da det ble søkt etter andre artikler. Artiklene ble funnet å være relevante for studiens hensikt.

Tabell 1) Eksempel på oversikt over søkestrategi.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl 21.03.2016	Linked full text Research article 2000-current	Pregnancy and drug rehabilitation programs and substance use	124	90	5	3	3

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkel valgt ut for gransking og vurdering

Se vedlegg 1. Oversikt over søkestrategier.

2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:

- Original artikkel.
- Artikler fra år 2000 til nåværende år.
- Artikler på engelsk eller skandinaviske språk.
- Kvalitative, kvantitative, og kvalitativ/kvantitativartikler.
- Pasientperspektiv.
- Rusavhengige gravide kvinner som var, eller hadde vært innlagt i behandlingsinstitusjon, og/eller hadde oppfølging i et langvarig dagtilbud.
- Rusavhengige gravide kvinner, avhengige av narkotiske rusmidler.

For å få et best mulig inntrykk av pasientperspektivet, ble det forsøkt benyttet flest mulig kvalitative artikler, da disse belyser tema fra pasientens ståsted på en god måte.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler eldre enn 16 år.
- Artikler fra ikke-vestlige land.
- Pårørendeperspektiv og sykepleieperspektiv.
- Kvinner avhengige av alkohol og legale rusmidler.
- LAR-pasienter.
- Konsekvenser for barnet.
- Gravide innlagt på tvang.

For å avgrense oppgaven og holde seg til studiens hensikt, var det nødvendig å ekskludere en rekke temaer for å unngå at oppgaven favnet for bredt. For at studien skal kunne relateres mest mulig til dagens situasjon ble artikler eldre enn 16 år ekskludert, artikler fra ikke-vestlige land ble ekskludert på grunn av mulige kulturforskjeller i behandlingsbehov- og tilbud.

2.4 Inkluderte artikler.

I denne studien ble 32 artikler lest i sin helhet og vurdert opp mot relevansen for studiens hensikt. 13 av artiklene ble vurdert ut fra et skjema for vurdering av forskningsartikler (vedlegg 3), samt "Mal for granskning av forskningsartikler" fra Kunnskapsenteret.no. Artiklene svarer på studiens hensikt på en objektiv og god måte, fokuserer på pasientenes erfaringer, og anses derfor å være relevante for litteraturstudien. Artiklene som er inkludert i resultatet har blitt kvalitetssikret gjennom Norsk Database for Statistikk om høgere utdanning (NSD). Kvalitetsnivået på publiseringskanalene har blitt vurdert på grunnlag av vitenskapelig kvalitet og prestisje, og rangeringen har to nivåer.

Nivå 1: det er en vitenskapelig publiseringskanal.

Nivå 2: det er en vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje.

Tabell 2) Eksempel på oversikt over inkluderte artikler.

Forfatter Tidsskrift År Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Lefebvre et al. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> "Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy" (2010) Canada	Å belyse brukernes oppfatning av en tverrfaglig og helhetlig behandlings- modell for gravide rusavhengige.	Kvalitativ studie Intervju i gruppe	19 kvinner	Elementer ved behandlingen som pasientene trakk frem som av betydning for de: Å bli møtt med en grunnleggende positiv holdning fra helsepersonell ved klinikken. At personalet hadde god kunnskap om bruk av legale og illegale rusmidler i svangerskapet, og at de delte denne kunnskapen med deres fastlege. Tverrfaglig samhandling og god kommunikasjon personalet imellom. Støttegrupper	Godkjent av etisk komite` Nivå 1 Relativ ny Relevant for min hensikt

				under og etter svangerskap.	
				Tverretatlig samarbeid.	

Se vedlegg 2. Oversikt over inkluderte artikler.

2.5 Analyse.

De inkluderte forskningsartiklene ble nøye gransket og vurdert. Videre ble det gjort en tekstanalyse med utgangspunkt i Graneheim & Lundmans (2004) innholdsanalyse. Analysen inneholder 3 trinn; å finne meningsbærende enheter, subkategorier, og til slutt kategorier. Trinnene innebærer å dele opp teksten og trekke ut kjernen i teksten (Graneheim & Lundman,2004). Ved å lese resultatdelen gjentatte ganger, samt bruke fargekoder på stikkord, ble det dannet subkategorier som tilslutt ble til 3 kategorier :

- Forekomst og bakgrunn.
- Pasientbehov og innhold i behandling.
- Relasjon til helsepersonell.

Kategoriene svarer på studiens hensikt og brukes som overskrifter i resultat- og diskusjonskapitlene.

Tabell 3) Eksempel på analyse.

Meningsbærende enhet	Subkategorier	Kategorier
Viktig å bli møtt med omsorg, respekt og forståelse.	Relasjonen til kontaktpersonen var viktig for kvinnene.	Relasjon til helsepersonell i behandling
Behov for bekreftelse, styrket selvfølelse, og å utvikle seg som individer.	Mangelen på kunnskap om illegale rusmidler hos helsepersonell gjorde	
Flere fortalte at det ufødte barnet var deres hovedmotivasjon for å motta	pasientene usikre på om de kom til å få god pleie.	

<p>hjelp for sin rusavhengighet.</p> <p>Ønsket at helsepersonell skulle ha god kunnskap om illegale rusmidler, risikoer og konsekvenser.</p>	<p>Ønsket endring i livet sitt og hjelp til å opprettholde motivasjonen.</p>	
--	--	--

2.6 Etske overveielser.

Det har blitt gjort etiske vurderinger av alle de 13 forskningsartiklene som er inkluderte i denne litteraturstudien. I all vitenskapelig forskning er det et meget viktig aspekt at forskningen skal være basert på god etikk, og at kravet om å beskytte individer som deltar i undersøkelser er ivaretatt når man skal innhente ny kunnskap (Forsberg & Wengstrøm,2013).

I følge Helsinkideklarasjonen er det spesielt viktig å sørge for at sårbare personer og grupper blir ivaretatt og beskyttet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Av de som blir betegnet som sårbare, nevnes blant annet individer og familier. Videre pekes det på en hel rekke omstendigheter som kan gjøre individer og ulike grupper sårbare, slik som sykdom, miljø, manglende ressurser og andre personlige forhold (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Rusavhengige kan således vurderes å falle inn under betegnelsen sårbar gruppe i denne sammenheng. Av de inkluderte artiklene var 11 artikler godkjente av en etisk komite. De 2 resterende artiklene ble vurdert å være etisk gode, da de hadde en oppnevnt styringsgruppe som sørget for at forskningsetiske retningslinjer ble fulgt, i tillegg til at anerkjente kartleggingsverktøy ble benyttet i forskningen. Samtlige av de inkluderte artiklene i denne studien ble vurdert å være relevante i forhold til hensikten. Artiklene ble også vurdert ut fra ivaretagelsen av de forskningsetiske prinsippene om informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet, hvilket betyr at deltagerne hadde fått tilpasset informasjon, de deltok av egen fri vilje, og anonymisering og taushetsplikt ble ivaretatt (Slettebø,2012). At det er pasientperspektiv i denne studien, gjør også at artikler ble særskilt vurdert ut i fra forskningsetiske prinsipper og Helsinkideklarasjonen.

Tidskriftene hvor artiklene er funnet har blitt søkt opp i Database for statistikk om høgere utdanning (Norsk senter for forskningsdata,2016) og er funnet fagfellevurdert, noe som er med å bekrefte validiteten til artiklene. 11 av de inkluderte artiklene er engelskspråklige, og i arbeidet med å oversette disse er Ordnett.no blitt benyttet, samt at det er lagt vekt på å oversette så nøyaktig som mulig for å være tro mot artiklenes resultatfunn. I forskning er det ansett som forbudt å plagiere

(Forsberg &Wengstrøm). Plagiering er forsøkt unngått, i tillegg til at det er forsøkt å referere til forfatterne av den litteraturen som har blitt inkludert på en ærlig og respektfull måte.

3.0 Resultat

3.1 Forekomsten av psykiske lidelser hos pasienter i rusbehandling og pasientbakgrunn.

3.1.1 Forekomsten av psykiske lidelser.

Resultatet viste at blant de rusavhengige som kom til behandling ved rusmiddeltiltak, hadde 41 % tidligere mottatt en eller annen form for behandling innenfor psykisk helsevern, kvinnelige rusavhengige oftere enn mannlige (Landheim et al , 2002). Det varierte hvor omfattende behandlingen hadde vært. Noen hadde kun vært til behandling hos privatpraktiserende psykolog, mens andre hadde mottatt et bredt spekter av tjenester. Av pasienter som hadde hatt psykiske symptomlidelser i løpet av livet var forekomsten på 91 % i hele gruppa. Størst var forekomsten av angstlidelser med 83 %, og affektive lidelser med 65 % (Landheim et al, 2002), hvor depresjon, angst, konsentrasjon- og hukommelsesproblemer var blant de mest vanlige psykiske problemene (Landheim et al, 2002 : Lund et al, 2013). Mer enn halvparten av kvinnene hadde forsøkt å begå suicid (Lund et al, 2013).

3.1.2 Pasientbakgrunn.

I følge Morris et al (2012) viser resultatet at i tillegg til at kvinnene hadde en langvarig historikk med rusavhengighet hadde de ofte en psykisk lidelse, og en kompleks bakgrunn. De hadde familiehistorikk med alkohol-og rusmisbruk, ustabile familieforhold og de manglet nettverk og støtte rundt seg. De hadde ofte blitt utsatt for trusler og vold, flere former for misbruk, og mange hadde eller hadde hatt en partner med rusavhengighet (Morris et al, 2012:Lund et al, 2013). De hadde et lavere utdanningsnivå og var mindre aktiv i yrkeslivet enn befolkningen ellers, og var i liten grad integrert i samfunnets sentrale institusjoner som familie, skole og arbeid (Landheim et al, 2002). Mange av kvinnene skammet seg over sin rusavhengighet, og hadde mye skyldfølelse og dårlig samvittighet overfor det ufødte barnet. Frykten for å miste omsorgen for barnet gjorde at de ofte unngikk å be om hjelp, og de var redde for å være ærlige om sin situasjon, helsebehov og psykiske helse (Stengel, 2012).

3.2 Pasientbehov og innhold i rusbehandling.

3.2.1 Behovet for behandling, behandlingstype og varighet .

Resultatet viste at det var en økning i antall kvinner som mottok behandling under og etter svangerskapet, sammenlignet med før svangerskapet (Wolfe et al, 2007). Før svangerskapet mottok de fleste kvinnene poliklinisk behandling eller behandling ved avrusningsklinikker, mens under svangerskapet økte antall kvinner som var i metadonprogram og/eller var innlagte til behandling. Kvinnene var også lengre innlagt til behandling enn tidligere, særlig var de innlagt lengre etter fødsel enn før svangerskapet (Wolfe et al., 2007). Langvarig behandling og kontinuitet i behandlingen ble i følge pasientene fremhevet som viktig i studien til Bäck-Petterson (2014).

3.2.2 Behov og innhold i behandling.

Resultatet viste at pasientene hadde behov for en helhetlig oppfølging i forbindelse med sin fysiske og psykiske totalsituasjon (Salmon et al, 2000 : Somervell et al, 2005). De ga uttrykk for at de hadde behov for ulike helsetjenester, i tillegg til at de behøvde hjelp med å skaffe seg egen bolig (Salmon et al, 2000: Somervell et al, 2005). Pasientene hadde behov for juridisk og økonomisk rådgiving, og tilbud om ulike støttetiltak (Salmon et al, 2000). De hadde også behov for praktisk hjelp i forbindelse med innleggelse, som for eksempel hjelp med å ivareta kontakt med eventuelt andre barn de hadde samvær eller omsorg for (Wilkinson et al,2008). I følge studien til Salmon et al (2000) og Somervell et al (2005) ønsket pasientene helseinformasjon fra helsepersonell, og de hadde behov for informasjon om svangerskap, fødsel, samt om konsekvensene av bruk av rusmidler under svangerskapet (Salmon et al, 2000). God tid ved svangerskapskontroller, hyppige avtaler med helsepersonell og at informasjonen var tilpasset, var i følge Lefebvre et al (2010) viktig for pasientene (Lefebvre et al , 2010). Pasientene hadde behov for en god tverrfaglig kommunikasjon både blant personalgruppen og andre involverte aktører, samtidig hadde de også behov for at tverretattlig samhandling fungerte godt (Lefebvre et al, 2010).

I følge Salmon et al (2000) var det flere komponenter ved behandlingstilbudet som pasientene så på som viktige hjelpemidler for å holde seg rusfrie. Pasientene ønsket at behandlingstilbudet skulle inneholde temaundervisning med temaer som foreldrerollen, selvutvikling og selvtillit. Andre temaer var utdanning, stressmestring, forebygging mot tilbakefall og bevisstgjøring av konsekvenser ved rusmisbruk (Salmon et al, 2000). I tillegg til temaundervisning og gruppeterapi ønsket pasientene en-til-en samtaler og andre terapeutiske aktiviteter (Wilkinson et al, 2008). Videre fremhevet pasientene

betydningen av å ha støttegrupper slik at man kunne møte andre i samme situasjon, dele erfaringer og snakke sammen uten å være redde for å bli møtt med fordommer (Salmon et al , 2010: Lefebvre et al, 2010).

3.2.3 Motivasjon til endring.

Ifølge Best et al (2009) var det ufødte barnet hovedmotivasjonen for å søke behandling hos flertallet av kvinnene (Best et al, 2009). Det var viktig for pasientene å få hjelp med sin situasjon (Wilkinson et al, 2008), og at de fikk hjelp til å opprettholde motivasjonen. Pasientene ønsket å bli motivert til å ta gode valg for seg selv (Wilkinson et al, 2008), og å bli behandlet som individer (Somervell et al, 2005). Å få innsyn i og kontroll over sin situasjon var også av stor betydning for pasientene for at de skulle lykkes med sin behandling og rehabilitering (Somervell et al, 2005). Flere av kvinnene fortalte at det å bli gravid var noe de så på som en mulighet til å få tilbake kontrollen over livet sitt på, og de så på svangerskapet som en mulighet til endring (Stengel, 2014). Å få hjelp med vanskelige situasjoner, med å takle usikkerhet og hjelpeløshet gjorde at pasientene ble mer motiverte for videre oppfølging og rehabilitering (Somervell et al, 2005).

3.2.4 Effekt av behandling og behovet for oppfølging .

I følge resultatet til Niccols & Sword (2005) var det en tydeligere bedring hos pasientene i behandling etter 6 måneder, enn etter 3 måneder. Det var flere som benyttet seg av legetjenester, helsetilbud og andre støttetilbud (Niccols & Sword, 2005). Kvinnene viste økt forståelse for utvikling av foreldrerollen og barnets utvikling, de hadde et bedre samspill med barnet, og et bedre kosthold (Niccols & Sword, 2005). Blant kvinnene var det også en signifikant reduksjon i depressive symptom fra graviditet til 6 måneder etter fødsel, og en økning fra 6 måneder til 2 år etter fødsel (Lund et al, 2013). Det var en gradvis nedgang i bruk av illegale rusmidler (Niccols & Sword, 2005 : Best et al, 2009). Pasientene understreket betydningen av og behovet for å ha nettverk og støtteapparat rundt seg, i tillegg til oppfølging fra behandlingstilbud etter at de var utskrevet fra behandling (Lefebvre et al, 2010).

3.3 Relasjon til helsepersonell.

3.3.1 Betydningen av kontaktperson.

Resultatet viste at kontakten med kontaktpersonen var av stor betydning for pasientene (Bäck-Pettersson et al, 2014: Wilkinson et al, 2008). At kontakten var over lang tid uttrykte kontinuitet i behandlingen og gjorde det lettere for pasientene å være åpen om sin situasjon i møtet med kontaktpersonen (Bäck-Pettersson et al, 2014). Det var også viktig for pasientene at kontaktperson var tilgjengelig, at de hadde jevnlig avtaler, at samtalene var basert på konfidensialitet, og at de jobbet ut fra en behandlingsplan. Å føle at kontaktperson var fokusert og viste interesse gjorde at pasientene følte at de hadde en relasjon med samspill og trygghet (Bäck-Pettersson et al, 2014). Pasientene hadde behov for støtte, forståelse og trygghet i møte med kontaktpersonen (Wilkinson et al, 2008: Salmon et al, 2000). De ønsket å bli møtt på en ikke-dømmende måte, å bli hørt, og å bli møtt med respekt (Somervell et al, 2005). Gjennom støttesamtaler med kontaktperson følte pasientene at de fikk hjelp med å håndtere ulike situasjoner, og at de lærte å ta valg som var med på å bedre deres situasjon. Resultatet viste at pasientene følte at denne formen for støttesamtaler over lang tid hjalp de til å få styrket selvfølelse og selvtillit, og at de utviklet seg som ansvarsfulle individer (Bäck-Pettersson et al, 2014). At kontaktperson var involvert etter utskriving og hjalp til med koordinering av oppfølging, samt støttet de i kontakten med pårørende og andre ble sett på som meget viktig av pasientene (Wilkinson et al, 2008 : Bäck-Pettersson, 2014 : Lefebvre et al, 2010).

3.3.2 Holdninger hos helsepersonell.

I studien til Lefebvre et al (2010) viste resultatet at det var av stor betydning for pasientene å bli møtt med respekt og en grunnleggende positiv holdning fra lege og helsepersonell (Lefebvre et al, 2010). Flere av kvinnene opplevde situasjonen som vanskelig, men var samtidig redde for å oppsøke hjelp, blant annet av frykt for å bli møtt med en moraliserende og negativ holdning hos helsepersonellet (Stengel, 2014). Det var derfor viktig for pasientene at behandlingen fant sted i et miljø som ikke var preget av frykt og mistillit (Stengel, 2014). Dersom kvinnene følte seg forhåndsdomte og stigmatiserte gjorde dette at de følte motvilje til å møte opp til avtaler, og utgangspunktet for en god relasjon med helsepersonalet ble dårligere (Morris et al, 2012). Hvis pasientene oppfattet at det var en gjensidig mistillit mellom dem selv og sykepleierne, gjorde dette at følelsen av motvilje mot sykepleierne ble forsterket, konflikter oppstod, og det hendte at pasientene skrev seg ut før de var ferdige med behandling (Monks et al, 2012). Videre kom det frem at pasientene la merke til om sykepleieren hadde en empatisk væremåte, og dersom pasientene fikk følelsen av at sykepleier behandlet de som en person og ikke et problem, ble interaksjonen sykepleier-pasient preget av mer

positivitet og harmoni (Monks et al, 2012). Det var ofte holdningene hos helsepersonellet som var nøkkelen til hvordan pasientene responderte på behandlingen (Morris et al, 2012).

3.3.3 Kunnskap hos helsepersonell.

Resultatet viste at pasientene følte seg usikre på om sykepleierne og legene hadde nok kunnskap om effektene og konsekvensene om bruk av rusmidler under svangerskapet (Monks et al, 2012). Tvil rundt helsepersonells kunnskapsnivå gjorde pasientene usikre på om de kom til å få adekvat behandling, og gjorde at pasientene noen ganger ventet lengre enn de burde med å oppsøke helsetjenester (Monks et al, 2012). Det var viktig for pasientene at helsepersonell ved behandlingsinstitusjonene hadde god kunnskap om illegale rusmidler i svangerskapet (Lefebvre et al, 2010), og de ønsket at helsepersonell skulle denne kunnskapen med fastlege, sykehus og jordmor (Lefebvre et al, 2010). Resultatet viste også at pasientene følte at flere sykepleiere ikke var lydhør for informasjon som pasientene hadde om seg selv, og de følte at de ikke ble kartlagt skikkelig i forhold til sin psykososiale totalsituasjon (Monks et al, 2012).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse gravide rusavhengiges behov i behandling basert på deres egne erfaringer, samt tydeliggjøre hvordan sykepleier kan støtte og ivareta den gravide i behandling.

4.1.1 Forekomst og bakgrunn – et grunnlag for kartlegging og dokumentasjon?

Litteraturstudien viser at blant rusavhengige som kommer til behandling, har 41 % tidligere mottatt en eller annen form for behandling innenfor psykisk helsevern, kvinner oftere enn menn. Videre viser studien at hos de som kommer til behandling i russektoren har 91 % av pasientene tidligere hatt problemer med psykiske lidelser, hvor forekomsten av angst og depresjon er størst, med 83 % . Skoglund & Biong understøtter også det samme, hvor man ser at blant rusmiddelavhengige som er i rusbehandling, har mellom 50 og 80 % en form for psykisk lidelse (Skoglund & Biong, 2012), og at blant pasienter som er innlagt i tverrfaglig spesialisert behandling er depresjon og angst er de mest vanlige lidelsene. I tillegg forekommer også personlighetsforstyrrelser ofte (Skoglund & Biong, 2012: Evjen et al, 2012). Begrepet ROP-lidelse (rus og psykisk lidelse) brukes hos pasienter med kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse. Kombinasjonen rusavhengighet og psykisk lidelse fører ofte til en betydelig funksjonsnedsettelse med store konsekvenser for personen selv, og stiller store

krav til samhandling mellom avdelinger og forskjellige etater på grunn av at situasjonen er så kompleks (Evjen et al, 2012).

Studien viser at flere av kvinnene i behandling har en ROP-lidelse, og at de ofte har en kompleks bakgrunn med en ustabil familiebakgrunn. Denne bakgrunnen kan bestå av en lang historikk med alkohol-og rusmisbruk, vold, partner med rusavhengighet, og mangel på nettverk og støtte. Flertallet av kvinnene har vært utsatt for en eller flere former for misbruk tidligere i livet. Studien viser også at flesteparten av kvinnene har et lavere utdanningsnivå og at de har mindre erfaring i yrkeslivet enn befolkningen ellers, noe som gjør at de i mindre grad er integrert i samfunnet. I studien fremkommer det at mange av kvinnene har mye dårlig samvittighet, samtidig har de skam-og skyldfølelse over for det ufødte barnet. Dette funnet støttes av Teinung (2004), hvor det i tillegg kommer frem at kvinnelige rusavhengige ofte gir uttrykk for at de har lav selvfølelse, og de har en følelse av maktesløshet (Teinung, 2004). Studien viser at kvinnene ofte er redde for å være ærlige om sin totalsituasjon, inkludert sin psykiske helse. Samtidig rapporterer de i følge Teinung (2004) ofte om psykiske plager før de starter med å misbruke rusmidler. Det å ha et rusproblem kan således skjule en psykisk lidelse (Teinung, 2004), noe som støttes av Helsedirektoratet, som viser at hyppigheten av psykiske lidelser er stor i denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2011). Pasientene kan i tillegg ha flere psykosomatiske symptomer (Teinung, 2004). Mange av disse pasientene bruker rusmidler for å takle det som er negativt i tilværelsen, for å dempe angst, depresjon, smerte og andre ubehagelige følelser. Noen kvinner ruser seg også for å takle seksualitet og nærhet (Teinung, 2004).

Funnet i studien viser at pasientene føler at mange sykepleiere ikke er lydhøre for informasjon som pasienten har om seg selv, og de føler at de ikke alltid blir kartlagt skikkelig i forhold til sin situasjon og sin psykososiale status. I følge Løvaas (2011) er kunnskap fra kartlegging om pasientens bakgrunn og nåværende situasjon er svært nyttig. Dersom behandlingstilbudet blir tilrettelagt ut ifra en slik kunnskap, gjør dette at den enkeltes prognose bedres betraktelig (Løvaas, 2011). Pasienter med ROP-lidelser er ofte gjengangere i behandlingsinstitusjoner, sosiale tjenester, og i ulike tiltak rettet mot jobb og skole. Det kan av og til være tilfeldig hvilken behandling de mottar, og gjentatte behandlingstilbud knyttet til rusavhengigheten har ofte ikke ført til den ønskede endringen (Løvaas, 2011). Årsak til dette kan være mangel på kunnskap om bakenforliggende eller sammenfallende lidelser hos pasienten, og tiltakene har dermed ikke vært individuelt tilpasset. Pasientens rusmiddelbruk er veldig ofte en del av et større tilstandsbilde, og det er sjelden hensiktsmessig eller tilstrekkelig å bare fokusere på bruk av rusmidler (Løvaas, 2011). Rusreformen av 2004 sier at institusjonene må ha et tilbud som fyller kravene til spesialistnivå. Dette betyr blant annet at man må ha kompetanse for å kartlegge og utrede pasienten sin rusproblematikk, samt pasientens fysiske og

psykiske tilstand. Pasientens motivasjonelle, relasjonelle, kognitive funksjonsnivå, familierelaterte og nettverksmessige totalsituasjon skal kunne vurderes (Sælør & Bjerknes, 2012).

Kartlegging av grunnleggende behov og pasientens situasjon er en helt sentral sykepleieoppgave, og verktøy for kartlegging og vurdering er essensielle redskaper i all sykepleie (Ytrehus, 2012). En viktig oppgave for sykepleiere er å på bakgrunn av samtaler og kontakt med pasienten, å kartlegge og identifisere behovet for hjelp. Dette må gjøres i samarbeid med pasienten (Ytrehus, 2012). Ulike måter å innhente kunnskap og kartlegge pasientens situasjon på kan være epikriser, rapporter og systematisk intervju. Videre er det nødvendig med en grundig ruskartlegging for å få en oversikt over dagens situasjon og rusens funksjon for pasienten. Man bør forsøke å kartlegge hvilke mekanismer som opprettholder pasientens inntak av rusmidler (Løvaas, 2011), dette for å tilrettelegge for en hensiktsmessig behandlingsplan (Løvaas, 2011). "Plikten til å innhente opplysninger om den enkelte pasients sosiale, psykiske og fysiske tilstand og behov, henger særlig sammen med sykepleierens plikt til å yte faglig forsvarlig omsorg" (Molven, 2012).

Kartlegging kan by på utfordringer, da bruk av rusmidler over tid kan medføre en rekke psykiske symptomer (Evjen et al, 2007). Depresjon kan være en langtidsvirkning av en rekke forskjellige stoffer og angst oppstår ofte etter lang tids bruk av de fleste rusmidler, og psykiske symptomer kan også skjules fordi personen "selvmediserer" seg selv ved bruk av rusmidler. Hvis pasientens psykiske symptomer er en direkte følge av bruk av rusmidler, kan man tydeligere se at de forsvinner eller i alle fall blir betydelig bedret etter å ha avstått fra bruk av rusmidlene, mens de i motsatt fall vil kunne vedvare. Det vil være derfor hensiktsmessig å fortløpende kartlegge og dokumentere den aktuelle situasjonen i når pasienten er i behandling. Selv om det er viktig å kartlegge vil det ikke nødvendigvis alltid være lett å gjennomføre (Evjen et al, 2007). I noen situasjoner kan det være nødvendig at kartlegging må skje relativt usystematisk, og mye informasjon kan oppnås gjennom uformelle samtaler. Fra en slik måte å møte pasienten på til mer formaliserte diagnostiske intervjuer, er det en glidende overgang. Diagnostiske intervjuer kan også inkludere diagnostiske spørreskjemaer. Denne typen intervjuer er enklere å gjennomføre hvis det eksisterer en god relasjon mellom pasient og kontaktperson. Bruk av diagnostiske spørreskjema kan selvsagt ikke erstatte samtale mellom pasient og kontaktperson, men disse skjemaene kan bidra til en bedre og mer systematisk kartlegging (Evjen et al, 2007). For å kartlegge omfanget av et rusproblem, refererer norske helsemyndigheter til blant annet DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) i tillegg til en rekke andre kartleggingsverktøy (Ytrehus,2012). Andre kartleggingsverktøy kan være MADRS (Montgomery-Åsbergs Depression Scale), som er mye brukt i helsevesenet og rusinstitusjoner, og GAF (Global Assessment of Functioning Scale) som kartlegger funksjonsnivået hos pasienten sosialt og psykisk (Evjen et al,2007).

Studien viser altså at den gravide rusavhengige kvinnen har en sammensatt og kompleks bakgrunn. I følge Helsedirektoratet er det viktig at hjelpeapparatet får en grundig og god oversikt over den totale situasjonen hos kvinnen, for at man skal kunne vurdere den gravide rusavhengige sitt hjelpebehov. Det er viktig å gjøre denne kartleggingen så fort som mulig når graviditeten er bekreftet (Helsedirektoratet, 2011). Kartleggingen bør helst koordineres av den som er hovedkontakt for kvinnen i svangerskapet, eksempelvis sykepleier. Når man skal kartlegge situasjonen i svangerskapet bør det legges hovedvekt på "her og nå"-situasjonen, og behovet for hjelp må ikke vurderes utelukkende ut fra historikk (Helsedirektoratet, 2011). Kartleggingen supplerer også tidligere opplysninger og bør inneholde følgende: mors ressurser og forventninger, følelser, tanker i forhold til det nåværende svangerskapet og fremtiden (Helsedirektoratet, 2011). Fysisk helse må kartlegges med vekt på tilstander som er rusmisbruksrelaterte, tidligere graviditeter og fødsler, kroniske sykdommer, den aktuelle somatiske tilstanden og i tillegg medikamenter som pasienten har brukt i graviditeten. I tillegg er det nødvendig å få en oversikt over rushistorikk, for å få oversikt over bruk av rusmidler, vanedannende medikamenter, alkohol, tobakk den siste tiden og i svangerskapet. Psykisk helse må kartlegges for å få oversikt over aktuell psykisk tilstand (Helsedirektoratet, 2011). Videre må man forsøke å danne seg et bilde på familieforhold og nettverk, forholdet til eventuell partner, foreldre og andre egne barn (samværsrett og omsorgsansvar), i tillegg til skole eller arbeidssituasjon, og eventuelt andre dagaktiviteter. Det er også meget viktig å kartlegge aktuell økonomisk situasjon, og få innsikt i eventuelle gjeldsproblemer, samt den aktuelle boligsituasjonen. Da det vil være behov for samhandling med ulike tjenester og etater, vil kartlegging av andre kontakter som er aktuelle i alle delene av oppfølging- og behandlingsapparatet være av stor betydning (Helsedirektoratet, 2011; Evjen et al, 2007). Det vil være også være nødvendig å planlegge behandlingen og behovet for oppfølging etter behandling. Når kartlegging har avklart de ulike problemstillingene kvinnen har, bør individuell plan og behandlingsplan opprettes/oppdateres (Helsedirektoratet, 2011).

Det er som tidligere nevnt en sykepleieoppgave å kartlegge pasienten. Kartlegging kan også kalles datasamling og inngår som et element i sykepleieprosessen, hvor man innhenter data om pasienten (Dahl & Skaug, 2011). Å foreta en datasamling innebærer at man foretar en kontinuerlig og systematisk innsamling av opplysninger om og fra pasienten selv, om situasjonen pasienten befinner seg i. Hensikten med dette arbeidet er å kartlegge pasientens behov, og utgjør fundamentet for sykepleieprosessen, og er dermed svært avgjørende for resultatet av behandlingen (Dahl & Skaug, 2011). Det vil videre være nødvendig at sykepleier fortløpende dokumenterer hva som kommer frem ved kartleggingen. Dokumentasjon er en plikt sykepleier har jfr. Helsepersonelloven § 39 (Molven, 2012) og skal bidra til pasientens sikkerhet, sikre kontinuitet og kvalitet i sykepleietilbudet, lette kommunikasjonen mellom helsearbeidere, pasienter og eventuelt pårørende, samt synliggjøre faglig

ansvar. Dokumentasjon letter arbeidet med samhandling mellom ulike aktuelle aktører, som for eksempel spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, og bidrar til at pasienten slipper å fortelle det samme flere ganger (Dahl & Skaug, 2011).

4.1.2 Hvilke behov har den gravide i rusbehandling ?

Studien viser at pasientene har behov for en helhetlig oppfølging, og for at helsepersonell skal samhandle godt både tverrfaglig og tverretatlig. Pasientene har behov for at samhandlingen skal inneholde tydelig kommunikasjon mellom partene. De har også behov for at helsepersonell innehar relevant kompetanse, og for at de deler informasjon og kunnskap med alle involverte aktører, noe som støttes av Olofsson (2003). Helsepersonellet skal i tillegg være motiverte og i stand til å møte den gravide med respekt, og på en positiv og likeverdig måte, uansett kvinnens tilstand, adferd og situasjon. Det første møtet er ofte avgjørende for videre behandling (Olofsson, 2003). Videre viser studien at pasientene har behov for tett oppfølging fra helsepersonell og forskjellige helsetjenester som fastlege, jordmor og helsestasjon. Dette pasientbehovet støttes av Olofsson (2003), som i lys av København-modellen beskriver hvordan tidlig og tverrfaglig intervensjon bør benyttes i behandling av gravide rusavhengige (Olofsson, 2003). Det er i følge Olofsson mulig å forebygge medfødte skader, omsorgssvikt og feilutvikling hos barn gjennom tverrfaglig intervensjon i graviditeten, fødselen, barselperioden, og i barnets første leveår. Forebygging og behandling bør settes inn i forhold til den totale livssituasjonen (Olofsson, 2003). Det er viktig at den gravide rusavhengige har oppfølging av samme lege og jordmor gjennom svangerskapet, da de ofte har mye angst, og har vanskelig for å opparbeide tillit til mange mennesker (Olofsson, 2003). Tidsaspektet er av betydning for fosterets utvikling. Det er derfor avgjørende at et tverrfaglig samarbeid fungerer godt, og at alle gjør det som er best for det ufødte barnet og den gravide kvinnen (Teinung, 2004).

Behandling kan være vanskelig, og by på en rekke utfordringer både for pasienten, spesialisthelsetjenesten samt kommunal helse- og sosialtjeneste (Haga & Skutle, 2012). For å lykkes med behandling er det viktig å ha kontinuitet og god relasjon i behandlingskontakten. Det må være stor fleksibilitet i behandlingstilnærming og de ulike behandlingssløpene må være individuelle, og avhengig av pasientens ulike rusproblemer, samt pasientens fysiske og psykiske tilstand (Haga & Skutle, 2012). Med behandling mener man i denne sammenhengen tiltak som er planlagte og som skal bidra til positive endringer ved å øke mestring og redusere symptomer. Det at behandlingen skal være spesialisert og tverrfaglig betyr at både helsefaglige og sosialfaglige perspektiver skal vektlegges i behandling, utredning og oppfølging (Sælør & Bjerknes, 2012).

Det bør utpekes en koordinerende fagperson i oppfølgingen av kvinnen. Denne koordinatoren skal sikre at kontinuiteten i forløpet blir ivaretatt og bør ha god oversikt over tiltakene rundt kvinnen og over tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2011). Det er spesielt viktig at dette er en person som den gravide kvinnen har tillit til, og er ofte en person som er et fast medlem i ansvarsgruppen, for eksempel en sykepleier. Ansvarsgruppen bør opprettes og eventuelt utvides, dette med tanke på planleggingen og oppfølgingen av svangerskapet, fødselen, barseltid og nyfødtp periode (Helsedirektoratet, 2011). Det er vanlig å organisere avdelingene i forskjellige former for team, og helsepersonell fyller ofte da rollen som primærkontakt (Sælør & Bjerknes, 2012). Dersom koordinator ikke allerede er utpekt bør dette gjøres så fort som mulig, koordinatoren bør ha ansvar og definerte oppgaver (Helsedirektoratet, 2011). Koordinatoren fungerer i tillegg som en brobygger. Dette kan innebære bygge en bro over til andre tjenester, fungere som en rådgiver, navigatør og følgeperson for pasienten for å hjelpe vedkommende med å finne frem til ulike ytelser og tjenester (Helsedirektoratet, 2011). Koordinator har da som oppgave å sørge for at pasienten får den helsehjelpen som er nødvendig, enten fra eksterne samarbeidspartnere eller fra kollegaer i egen institusjon (Sælør & Bjerknes, 2012). Noen pasienter har også et ønske om at kontaktpersonen deres skal fungere som en talsperson for dem og fremme behovene deres overfor resten av hjelpeapparatet (Ytrehus, 2012).

Gjennom hele behandlingsoppholdet vil det være viktig med en god plan for arbeidet. Primærkontakten har som oppgave å blant annet utforme, oppdatere og også evaluere behandlingsplanen i samarbeid med pasienten, i tillegg til å fungere som en koordinator (Sælør & Bjerknes, 2012). Behandlingsplanen bør reflektere delmål som samsvarer godt med hovedmålsettingen for behandlingsoppholdet (Sælør & Bjerknes, 2012), da det er viktig at man setter opp begrensede mål over en kort periode i stedet for å fokusere på et mål som kun virker uopnåelig (Fekjær, 2004). Hovedmålet representerer det overordnede resultatet i den aktuelle situasjonen, mens delmålene er mer konkrete og angir stegene på veien mot hovedmålet, og er viktige for motivasjonen (Dahl & Skaug, 2011). Studien viser at pasientene har behov for hjelp med å opprettholde motivasjonen. Å ha mål fungerer som en motivasjonsfaktor både for pasienten og sykepleieren. Da har man noe spesifikt å jobbe mot (Dahl & Skaug, 2011). Det som først virker som en manglende motivasjon hos rusavhengige pasienter, er veldig ofte et uttrykk for mangel på tro om at forandring er mulig (Fekjær, 2004). Også hos de som møter til behandling og virker meget motivert til å slutte med rusmidler, kan man merke at den manglende troen på at endring er mulig er til hindring for en helhjertet innsats. De ønsker målet, men når de ikke har tro på sin egen evne til mestring gjør dette at de kan ha gitt opp på forhånd (Fekjær, 2004). Skal et mål virke motiverende må det være oppnåelig og overkommelig, hvis ikke vil det kunne virke frustrerende på pasienten -

noe som igjen kan være ødeleggende for motivasjonen. Pasient og sykepleier kan ha forskjellig oppfatning av hva som er oppnåelige mål, det er derfor viktig å samarbeide og ha en åpen dialog. Sykepleieren har ansvar for at pasienten har den kunnskapen hun behøver for å kunne være med å utforme målene (Dahl & Skaug, 2011). Det å sette opp mål er en del av sykepleieprosessen og kan fungere som ramme når man skal se hva som er aktuelle mål i en konkret pasientsituasjon (Dahl & Skaug, 2011). Mål og tiltak kan settes opp med pasient, og i ansvarsgruppemøter (Skoglund & Biong, 2012), det samme gjelder for evalueringen av tiltakene. Evaluering gir grunnlag for forandring og utvikling og foregår kontinuerlig (Dahl & Skaug, 2011). Sykepleiers mål er å ivareta pasientens behov uten å frata vedkommende ansvaret for ens eget liv (Skoglund & Biong, 2012), og å bidra til at den enkelte føler seg kompetent og sterk nok til å ta egne avgjørelser og valg for seg selv. Å stimulere til en opplevelse av mestring hos pasienten bør ligge som grunnlag for all sykepleie til denne gruppen pasienter, da det kan være med på å gi de en følelse av kontroll over sitt eget liv (Skoglund & Biong, 2012).

Studien viser at det ofte er det ufødte barnet som er hovedmotivasjon for å søke behandling. Kvinnen ser på graviditeten som en mulighet til få kontroll over livet sitt, og som en mulighet for endring. De har et ønske om å utvikle selvtillit og selvfølelse, og i følge Hole (2014) er det viktig for pasientene å bli behandlet som et individ og bli motivert til å ta gode valg for seg selv. Motivasjon er de positive kreftene som finnes i personen, og som ønsker en positiv endring i livet (Hole, 2014). Samtidig er det et spenningsforhold i forhold til de kreftene som er med på å bidra til at rusavhengigheten opprettholdes. Utfordringen for en person med rusavhengighetsproblem består i å få de positive kreftene til å gradvis overskygge de negative. Jobben som helsepersonell er å i samarbeid med pasienten å opprettholde, framheve og videreutvikle de positive kreftene og de forholdene som understøtter disse (Hole, 2014).

Hos en person med rusmiddelavhengighet kan en bedret helsetilstand gjøre det enklere å frigjøre ressurser, mestre dagliglivet og gi nytt håp til fremtiden. I tillegg kan en bedret helsetilstand også motivere til endring, og disse endringene kan igjen gi bedre helse (Aakre & Biong, 2012). Et liv i rusavhengighet kan være hektisk, kaotisk og krevende, dette resulterer ofte i at det blir vanskelig å ta vare på sin egen helse (Skoglund & Biong, 2012). Når den gravide er innlagt til behandling kan hun få innarbeidet gode kostvaner med jern og vitaminer og bli sjekket for blodmangel (Olofsson, 2003). Hun kan bli undersøkt for infeksjonssykdommer og andre følgesykdommer, og samtidig slippe det psykososiale stresset som hverdagen til en rusavhengig ofte innebærer. De ulike rusmidlene som hun vanligvis inntar kan reduseres i mengde, eventuelt erstattes av medikamenter som fosteret kan tåle, eller hun kan gjennomgå avrusning (Olofsson, 2003).

Det fremkommer av studien at pasientene har behov for informasjon, rådgiving og hjelp med sin fysiske og psykiske situasjon. De har også behov for informasjon om svangerskap og fødsel. I følge Olofsson (2003) bør rådgiving og informasjon være saklig, forståelig, og gitt med det utgangspunkt at den gravide er kompetent og i stand til å ta imot informasjon og rådgiving, og at hun kan treffe beslutninger som er viktige for det ufødte barnet og henne (Olofsson, 2003). Helsepersonell må være bevisst på hvordan de kommuniserer med den gravide (Olofsson, 2003). For å skape tillit er det viktig at den gravide møtes som en "gravid kvinne", og ikke som en "rusavhengig". Man bør unngå å bruke terminologi som er negativ. Samtaler bør alltid innledes med positive og nøytrale tema, og prioritere hva som er av betydning av hensyn til fosteret, hva er viktig "her og nå-informasjon", hva behøver den gravide av informasjon, støtte og behandling (Olofsson, 2003).

I følge studien har den gravide rusavhengige behov for å kunne stole på at helsepersonell har kunnskap, for eksempel om smertelindring. På samme måte som svangerskapet betraktes som et risikosvangerskap, er også fødselen det samme, i tillegg til nyfødtp perioden (Helsedirektoratet, 2011). Forekomsten av keisersnitt er høy, og mange gruer seg av ulike årsaker. De kan ha opplevd tidligere overgrep, de kan ha vanskelige erfaringer fra tidligere fødsler, og de kan være bekymret for at de ikke skal få tilstrekkelig smertelindring. Det bør etableres et godt og nært samarbeid med føde-barsel, barne- og nyfødtavdelingen, og tverrfaglig spesialisert behandling for å sikre helhetlig oppfølging og behandling hos kvinnen og barnet (Helsedirektoratet, 2011). Risikoen for at den gravide vil innta rusmidler i fødselsforløpet er stor hvis hun er redd for at helsepersonellet ikke har nok kunnskap om smertelindring, eller dersom hun ikke får nok støtte i forbindelse med fødselen (Olofsson, 2003). Det vil være hensiktsmessig at den gravide har vært på sykehuset og snakket med, fått informasjon av jordmor og å få sett fødeavdelingen. På denne måten vil hun føle seg mer forberedt og ivaretatt, og dette kan bidra til å redusere angstnivået (Helsedirektoratet, 2011).

En stor del av arbeidet som helsepersonell gjør i ulike døgnavdelinger, faller inn under betegnelsen miljøterapi (Sælør & Bjerknes, 2012). Miljøterapi er det planlagte og gjennomtenkte arbeidet som drives av helsepersonell overfor pasienten i den hensikt å bidra til bedring hos pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Oppgavene som utføres i behandlingsinstitusjonen har dobbel hensikt, det vil si at alt arbeid med matlaging, klesvask, renhold og så videre, brukes både som mål og virkemiddel (Brandt & Grenvik, 2010). Praktiske oppgaver er nødvendige å lære, for at pasienten skal ha en fremtidig selvstendig tilværelse. Disse oppgavene er samtidig et virkemiddel for å kunne lære seg å holde avtaler, å planlegge, og å sette andres behov foran sine egne (Brandt & Grenvik, 2010). Et tiltak sykepleier kan ha iverksatt, er å lage en timeplan sammen med pasienten. Timeplanen har som intensjon å gi pasientene forutsigbarhet, trygghet og struktur i hverdagen. Miljøterapiens hovedmålsetting er å legge til rette for at den enkelte kan få mulighet til utvikling og vekst gjennom

aktiviteter som kan skape mening i livet (Brandt & Grenvik, 2010). En del pasienter har behov for å bygge tillit både til seg selv og andre i trygge omgivelser, og sykepleier kan være en rollemodell når det gjelder å bygge sosiale relasjoner og løse konflikter. Mange rusavhengige har lite eller ingen erfaring med "det vanlige livet", og det å lære seg å mestre dagliglivets funksjoner kan føre til at de opplever å få et økt selvbylde og muligheter til positiv endring (Brandt & Grenvik, 2010). Når man er tett på pasienten har man som miljøterapeut et godt grunnlag for å kunne observere om den gravide sliter med å stå opp om morgenen, ikke tar ansvar for sin del av planlagte aktiviteter, glemmer avtaler, isolerer seg, fremstår som ruspåvirket eller sliter med sin psykiske helsetilstand (Brandt & Grenvik, 2010). Uansett byr det miljøterapeutiske arbeidet på mange muligheter, ikke minst at det når som helst er rom for den gode samtalen. Miljøterapeutisk arbeid er ikke kontroll over pasientens liv, det er et samarbeid mellom sykepleier og pasient om endringsarbeid (Brandt & Grenvik, 2010). Ved aktiv samhandling med pasienten bidrar en miljøterapeut til å fremme utvikling og endring hos pasienten (Sælør & Bjerknes, 2012). Miljøterapi utgjør kun en del av behandlingen og det er viktig at hele teamet rundt pasienten er samkjørt (Sælør & Bjerknes, 2012). Pasientens primærkontakt og andre i miljøet kan ved å jobbe ut fra behandlingsplanen til pasienten følge opp tiltak for å forebygge tilbakefall, håndtere kriser som kan oppstå, og jobbe i tråd med resten av behandlingsopplegget (Sælør & Bjerknes, 2012). Funn i studien viser at pasientene hadde behov for hjelp med å mestre stress, vanskelige situasjoner og følelser, samt med å forebygge tilbakefall. Ved siden av miljøterapi kan mentaliseringsbasert terapi (MBT) inngå som et ledd i behandlingen. Mentalisering innebærer å ha evnen til å fokusere på og reflektere over mentale tilstander hos andre og hos personen selv (Arefjord & Karterud, 2011). Det innebærer også evnen til å føle og tenke omkring tanker og følelser, såkalt metakognisjon. Dersom pasienten har manglende evne til å mentalisere fører dette ofte til svart/hvitt-tenkning og feiltolkninger. Det ubehaget som dette medfører dempes ofte av rusmidler (Arefjord & Karterud, 2011). Ruspasienter takler ofte vanskelige situasjoner og følelser ved å ruse seg bort fra det som er vanskelig. I stedet for å føle rundt følelsesmessig ubehag og tenke gjennom følelsene, ruser de seg (Arefjord & Karterud, 2011). Ved å ruse seg forsterkes også følelser og følelsesreguleringen destabiliseres (Brandt & Grenvik, 2010). Mentalisering rundt følelser innebærer å bearbeide de følelsene som forårsaker rusug, rusinntak, og misforståelser ved å forsøke å finne ut av hvilke relasjonelle sammenhenger følelsene oppstod rundt (Arefjord & Karterud, 2011). I mentaliseringsbasert terapi vil opprettelse og bruk av kriseplan være et sentralt element (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Sykepleier og pasient kan sammen identifisere situasjoner som kan være vanskelige, og finne konkrete måter å møte utfordringene på. Planen bør deles med og være kjent for hele behandlingsteamet, slik at avdelingen kan være i stand til å håndtere og møte utfordringer sammen med den gravide rusavhengige (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Ved siden av miljøterapi, gruppeaktiviteter og individualterapi vil mye av tiden i en døgninstitusjon bære preg av uformelt

samvær, spesielt på kveldstid og i helger. Betydningen av denne uformelle samværsmåten må imidlertid ikke undervurderes, da slike hverdagslige situasjoner preget av anerkjennelse, likeverdighet og respekt kan være betydningsfulle på veien fra å ha en identitet som rusavhengig til å bli et vanlig, respektert menneske (Sælor & Bjerknes, 2012).

4.1.3 Hvilken betydning har relasjonen til kontaktperson?

Studien viser at relasjonen til kontaktpersonen er av stor betydning for den gravide rusavhengige. Dette støttes av Sælor & Bjerknes (2012), som tydeliggjør at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er av en meget stor betydning for behandlingsresultatet, og ofte har vist seg å være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt (Sælor & Bjerknes, 2012). Ekte og sterke relasjoner som er preget av gjensidighet, kan være av betydning i pasientenes arbeid med endring (Sælor & Bjerknes, 2012). Kommunikasjons- og relasjonsarbeidet er derfor et spesielt viktig område og en særlig viktig funksjon for helsepersonell i rusbehandling. Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler for å forstå pasienten som person, og for å forstå relasjonen (Eide & Eide, 2013). Dette er hjelpemidler for å gi bedre støtte og hjelp, ta gode beslutninger sammen, og for å stimulere pasientens utvikling på best mulig måte. Å lytte aktivt og samtidig kommunisere tydelig er en forutsetning for å kunne identifisere hva situasjonen krever (Eide & Eide, 2013). God kommunikasjon er i tillegg med på å kvalitetssikrer det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2013). Studien viser at pasienten har behov for å bli møtt med støtte, forståelse og trygghet. Pasienten har behov for jevnlig avtaler og støttesamtaler, samt at samtalene er basert på konfidensialitet. En god relasjon mellom sykepleier og pasient preges av nærhet, ansvar, kontakt og kontinuitet (Erikson, 2012). Pasienten må kunne stole på at taushetsplikten overholdes, dette er en plikt sykepleier har jfr. Helsepersonelloven § 21 (Molven, 2012). Pålitelighet og forutsigbarhet kjennetegner også en god relasjon, pasienten må kunne stole på at sykepleier er der for henne (Erikson, 2012). Det er viktig å være der når pasienten trenger å lette på trykket, enten det er et gledelig eller et angstfylt trykk (Hummelvoll, 2012). At sykepleier kan være seg selv, nær og ekte, skaper et grunnlag for betydningsfulle møter. Dette krever empati (Hummelvoll, 2012). At sykepleier har empatisk evne og forståelse er en viktig forutsetning for at man skal kunne bygge opp en langsiktig relasjon (Erikson, 2012). I følge Hummelvoll (2012) kan relasjonen mellom sykepleier og pasient omtales som sykepleier-og-pasient-fellesskapet. Utviklingen av alliansen mellom sykepleier og pasient består av ulike faser, hvor det legges vekt på møtet mellom to mennesker, mer enn rollene (Hummelvoll, 2012). Dersom dette samarbeidet skal bli av betydning i behandling og oppfølging, må det utvikles på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet (Hummelvoll, 2012). Det er ikke realistisk å tro at en gravid rusavhengig kvinne skal klare å komme seg ut av rusavhengigheten på egen hånd, spesielt dersom

rusmisbruket har pågått over flere år, og hun har et dårlig nettverk rundt seg (Teinung, 2004). Det er viktig å støtte pasienten med å fortsette i rusbehandling etter fødselen, og hjelpe henne med å fortsette å bearbeide følelser som kan bli forsterket i forbindelse med fødselen (Olofsson, 2003). Det er stor risiko for at mor i denne fasen gjenopptar bruk av rusmidler dersom hun ikke mottar tett oppfølging (Olofsson, 2003). I behandlingen av rusproblematikk er det viktig at man legger vekt på naturlige belønningserfaringer (Brandt & Grenvik, 2010). Dette kan man få eksempelvis ved naturopplevelser og ulike former for mestring. De aller beste erfaringene en rusavhengig kan få, er imidlertid gleden av å ha gode relasjoner, og sterkest av alle er gleden ved å bli forelder (Brandt & Grenvik, 2010). Gravide rusavhengige har de samme ønsker og intensjoner om å gjøre det beste for sitt barn, både under svangerskapet og etter fødselen, som alle andre. De ønsker at deres barn skal ha en bedre barndom og et bedre liv enn det de selv kanskje har hatt. Derfor er de i utgangspunktet motiverte for rådgiving, støtte og hjelp. Kan tillit og kontakt etableres, kan den gravide rusavhengige som regel kunne motiveres for behandling og oppfølging (Olofsson, 2003). Funn i studien viser at pasienten har behov for en langsiktig relasjon med kontaktperson, samt et behov for oppfølging og tilbud om støttesamtaler med kontaktperson etter utskrivelse fra behandling. Dersom kvinnen kan bli tilbudt et trygt og langvarig behandlingstilbud hos en kontaktperson, kan hun ha en større sjanse til å lykkes, og til slutt komme ut av sin rusavhengighet (Teinung, 2004).

4.2 Metodediskusjon

Cinahl ble mest brukt som søkebase på grunn av at det var i denne søkebasen det ble funnet flest artikler som var relevante for studiens hensikt. Dette er i tillegg en anerkjent søkemotor for forskning innenfor sykepleie og helsefag (Polit & Beck, 2012). Swemed + ble benyttet for å forsøke å finne skandinaviske artikler og det ble der funnet 2 artikler ved håndسøk som beskrevet i metodekapitlet. De resterende artiklene var fra Storbritannia, Australia, Canada og USA. Artiklene ble inkluderte fordi de svarte godt på hensikten, og kunne relateres til skandinaviske/norske forhold. Artikler fra ikke-vestlige land ble ekskludert på grunn av at det sannsynligvis ville være kulturforskjeller og det da ville bli vanskelig å relatere til skandinaviske forhold. Alle artikler bortsett fra 1 er engelskspråklige, dette gjorde at noe av budskapet i artikkelen kunne bli borte i oversettelsen til norsk. Det ble derfor brukt mye tid på å forsøke å oversette så korrekt som mulig. Det var utfordrende å finne forskning, og flere av treffene var fra samme tidsskrift. Det kunne vært en styrke for oppgaven dersom man hadde fått treff på flere ulike tidsskrift, samtidig har artiklene blitt inkludert fordi de svarer godt på oppgavens hensikt. Det ble benyttet flest kvalitative artikler, noe som er en styrke da det er pasientperspektiv i oppgaven. Søkeord ble valgt for å finne artikler som var relevante. Søkeordene som ble benyttet var

relativt generelle, da det var vanskelig å få treff med mer spesifikke søkeord. Søkeord kunne blitt kombinert på en annen måte, og det kunne vært gjort flere avgrensinger i søkene. Det var utfordrende å finne forskning, og lettere å finne faglitteratur. På grunn av dette ble det ikke alltid benyttet kriterier for avgrensning i artikkelsøkene (vedlegg 1). Det kunne vært en styrke for oppgaven dersom den hadde blitt avgrenset ytterligere. Samtidig viste det seg at disse pasientene har en rekke ulike behov i behandling, og studien forsøker dermed å gi et overblikk framfor å gå i dybden på enkeltelementer i behandling. Det var ønskelig at oppgaven skulle ha en positiv ordlyd, det ble derfor foretatt et bevisst valg om å omtale pasienten for rusavhengig fremfor rusmisbruker.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien er å belyse gravide rusavhengiges behov i behandling basert på deres egne erfaringer, samt tydeliggjøre hvordan sykepleier kan støtte og ivareta den gravide i behandling. Konklusjonen er basert på funn i resultatkapitlet og resultatdiskusjonen.

- Denne pasientgruppen har ofte en kompleks og sammensatt bakgrunn. Mange pasienter føler at kartlegging av bakgrunn og nåværende situasjon er mangelfull og at helsepersonell ikke alltid er lydhør for informasjon som pasientene har om seg selv. Det er derfor nødvendig at sykepleier foretar en grundig kartlegging av pasientens totalsituasjon.
- Pasientene har behov for en helhetlig oppfølging. Det ufødte barnet er som regel hovedmotivasjonen for å søke behandling, og pasientene ser på graviditeten som en mulighet til endring. De har behov for hjelp til å opprettholde motivasjonen til å gjennomføre behandling. Tidlig intervensjon kombinert med miljøterapi og mentaliseringsbasert terapi anbefales som ledd i behandling. I tillegg vil det være nødvendig at sykepleier har en koordinerende rolle og samhandler tverrfaglig og tverretatlig for å kunne møte pasientens behov i behandling og ved oppfølging etter utskrivelse.
- Gravide rusavhengige unngår ofte å oppsøke hjelp, og tar da kontakt med helsetilbud sent i svangerskapet. Grunner til dette kan være at de er redde for å bli møtt med negative moraliserende holdninger fra helsepersonell. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er av en meget stor betydning for behandlingsresultatet, og har vist seg å ofte være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt. Kommunikasjons- og relasjonsarbeid er derfor et spesielt viktig område og en særlig viktig funksjon for helsepersonell i rusbehandling. Sykepleier må jobbe bevisst med relasjonsskapende arbeid og støtte

pasienten. Kan tillit og kontakt etableres, kan den gravide rusavhengige som regel kunne motiveres for behandling og oppfølging.

- Man kan se på arbeidet med gravide rusavhengige i lys av sykepleieprosessen, hvor kartlegging, dokumentering, mål, tiltak og evaluering kan fungere som rammeverktøy for sykepleier i dette arbeidet.

Studien viser at graviditet kan være en mulighet til endring for den gravide rusavhengige. Det kan imidlertid virke som det er lite forskning på dette området. Det anbefales derfor å gjøre flere studier for å kunne øke sykepleieres kompetanse på feltet, dette for at sykepleiere skal fortsette å jobbe kunnskapsbasert.

Referanser

Arefjord, N. & Karterud, S. (2011). "Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling". Lossius, K. (red.): *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Best, D., Segal, J. & Day, E. (2009). "Changing patterns of heroin and crack use during pregnancy and beyond". *Journal of Substance Use*, 14(2) pp 127-130.

Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). "Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte." Biong, S. & Ytrehus, S. (red.): *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

Brandt, A. E. & Grenvik, T.H. (2010). "Lovgivning, virkning og avhengighet". *Med barnet i sentrum – nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Brandt, A. E. & Grenvik, T.H. (2010). "Rusens virkning på barna". *Med barnet i sentrum- nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Brandt, A. E. & Grenvik, T.H. (2010). "Avdelingen for gravide og småbarnsfamilier, Lade Behandlingscenter". *Med barnet i sentrum- nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Bäck-Petterson, S., Sandersson, S. & Hermansson, E. (2014). "Patients experiences of supportive conversation as long-term treatment in a Swedish psychiatric outpatient care context". *Issues in Mental Health Nursing*, 35, pp 129-131.

Christiansen, Å. (2012). "Tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i sykehus." Biong, S. & Ytrehus, S. (red.): *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

Dahl, K. & Skaug, E-A. (2011). "Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie". Skaug, E-A. (red.) : *Bind 2 Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.

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

De nasjonale forskningsetiske komiteene, (2016). Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/>

Eide, H. & Eide, T. (2013). "Hva er hjelpende kommunikasjon?" *Kommunikasjon i relasjoner* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Erikson, B. G. (2012). "Psykisk helsearbeid med eldre". Hummelvoll, J.K. (red.) : *Helt- Ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2007). *Dobbelt Opp- om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo : Universitetsforlaget AS.

Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt Opp- om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Fekjær , H.O. (2004). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging ,historikk*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.

Graneheim, U.E. & Lundman, B.(2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness". *Nurse Education Today*, 24 (2) pp 105-112.

Helsedirektoratet (2011). " Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder". *Gravide i LAR-og oppfølging av barn*. Publikasjonsnummer ISBN-nr: 978-82-8081-221-6.

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hummelvoll, J.K. (2012). "Samtale og relasjon". *Helt-Ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Killèn , K. & Olofsson, M. (2003). "Rusmiddelproblemer og omsorg for barn ". Killèn,K & Olofsson,M.(red.): *Det Sårbare Barnet- Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Landheim, A.S, Bakken, K. & Vaglun, P. (2002). "Sammensatte problemer og separate systemer.Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren". *Norsk Epidemiologi*, 12(3) pp 312-313.

Lefebvre, L ., Midmer , D., Boyd, J.A, Ordean, A., Graves,L., Kahan, M. & Pantea, L. (2010) "Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy". *Journal of Obstretic, Gynecologic and Neonatal Nursing* ,39 ,pp 49-51.

Lund, I. O, Skurtveit ,S., Sarfi,M., Bakstad,B., Welle-Strand, G. & Ravndal,E. (2013) . "A 2-year prospective study of psychological distress among a national cohort of pregnant women in opioid maintenance treatment and their partners". *Journal of Substance Use* 18 (2) pp 152-155.

Løvaas, E. K. (2011). "Diagnostisering". Lossius, K. (red) : *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Monks, R., Topping, A. & Newell, R. (2012). "The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients". *Journal of Advanced Nursing*, pp 938-943.

Morris, M., Seibold, C. & Webber, R. (2012). "Drugs and having babies:An exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women". *Midwifery* , 28 pp 166-167.

Niccols, A. & Sword, W. (2005) "New Choices for substance-using mothers and their children." *Journal of Substance Use* 10 (4) pp 239-246.

Nordeng, H. & Jettestad, M. (2014). "Narkotika- og legemiddelmisbruk i svangerskapet". Hentet fra <http://legeforeningen.no/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp-2014/rus--royk--og-legemiddelmisbruk-i-svangerskapet/narkotika/>

Norsk senter for forskningsdata (2016). "Database for statistikk om høgre utdanning". Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>

Olofsson, M. (2003). "København-modellen- Forebyggelse og behandling ved tidlig og tverrfaglig intervensjon". Killèn, K & Olofsson, M.(red.): *Det Sårbare Barnet- Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Polit, D. F. & Beck, C.T.(2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9.utg.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Prop. 15 S (2015-2016). (2016). *Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet.

Salmon, M. M, Joseph, B.M. Saylor, C., & Mann, R.J. (2000). "Women`s perception of provider , social, and program support in an outpatient drug treatment program". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 pp 242-245.

Skoglund, A. & Biong, S. (2012). "Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus ". Biong ,S.& Ytrehus,S.(red.): *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

Skutle, A. & Haga, W.M. (2012). "Stoffmisbruk og avhengighet". Dahl, A.A.& Aarre, T.F. (red.): *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigomostad & Bjørke AS.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B.(2013). "Å mentalisere i flokk-relasjonsbehandling". *Miljøterapi*boken.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). "Tekster som verktøy- om kasusformuleringer og kriseplaner". *Miljøterapi*boken. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Slettebø, Å. (2012). "Forskningsetikk". Brinchmann, B.S. (red.): *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Somervell, A.M., Saylor, C. & Mao, C.L (2005). "Public health nurse interventions for women in a dependency drug court". *Public Health Nursing* , 22(1) pp 61-63.

Stengel, C. (2014). "The risk of being too honest: drug use, stigma and pregnancy". *Health, Risk & Society*, 16(1) pp 42-47.

Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2012) "Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner" Biong, S. & Ytrehus, S. (red.) : *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo : Akribe AS.

Teinung, R. (2004). "Hvordan nå den gravide rusmisbruker sett i et helsestasjons-perspektiv?" Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2004/02/hvordan-na-den-gravide-rusmisbruker-sett-i-et-helsestasjons-perspektiv>

Trondheim Kommune (2015). "Plan for svangerskapsomsorg". Hentet fra

<https://www.trondheim.kommune.no/sok?q=Plan+for+svangerskapsomsorgen&groupfield=indexedContentType&resultsprpage=5&siteId=7>

Wilkinson, S., Mistral, W. & Golding, J. (2008). "What is most and least useful in residential rehabilitation?" *Journal of Substance Use* , 13 (6) pp 407-412.

Wolfe, E. L, Guydish, J.R, Santos, A., Delucchi, K. L & Gleghorn, A. (2007) ."Drug treatment utilization before, during and after pregnancy" . *Journal of Substance Use* 12 (1), pp 33-34.

Ytrehus, S. (2012). "Kartlegging" . Biong ,S.& Ytrehus, S.(red.): *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

Aakre, M. & Biong, S.(2012). ” Etiske utfordringer og etisk kompetanse – om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen.” Biong, S. & Ytrehus, S.(red): *Helsehjelp til personer med rusproblemer*.Oslo: Akribe AS.

Vedlegg 1.

Søkestrategi

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 03.03.2016		communication and substance-related disorders and pregnancy	145	145	10	3	1
Cinahl 08.03.2016	Abstract available, linked full text, research article	Nurse-patient relations and communication or non-verbal communication	3	3	3	3	1
Cinahl 09.03.2016	Linked full text	Substance-use and nurse-patient relations and pregnancy	1	1	1	1	1
Swemed+ 09.03.2016		Sykepleier-pasient	1	1	1	1	1
Cinahl 09.03.2016		Pregnancy and substance use and rehabilitation programs	53	53	11	5	1

Swemed+ 09.03.2016 Håndsrøk		Nurse-patientrelations communication	1	1	1	1	1
Cinahl 10.03.2016	Linked full text Research article	Support, psychosocial and Substance use and rehabilitation programs	75	75	10	8	1
Cinahl 10.03.2016	Linked full text Research article	Pregnancy and substance use disorder	510	26	6	3	1
Håndsrøk Google Scholar 15.03.2016			1	1	1	1	1
Pubmed 15.03.2016		Nursing care Pregnancy Drug abuse	260	15	7	3	1
Cinahl 21.03.2016	Linked full text Research article	Pregnancy and Drug rehabilitation programs and Substance use	124	90	5	3	3

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkel valgt ut for granskning

Vedlegg 2.

Oversikt over inkluderte artikler.

Forfatter Tidsskrift Tittel År Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Best et al <i>Journal of Substance Use</i> "Changing patterns of heroin and crack use during pregnancy and beyond" (2009) United Kingdom	Å vurdere om det å bli gravid og føde barn/bli foreldre har innvirkning på rusmisbruket dersom man blir fulgt opp av et helhetlig helse-og sosialtilbud under svangerskap og etter fødsel.	Kvalitativ Kart- Leggingsverktøy og intervju	24 kvinner	Det var en gradvis nedgang i bruken av heroin og crack i løpet av svangerskapet, denne nedgangen fortsatte etter fødsel. 11 av kvinnene hadde helt sluttet å bruke heroin. 9 av kvinnene mottok substituttbehandling under svangerskapet. Innen tre måneder etter fødsel hadde man møte med barnevernstjenesten . Fem av barna ble overført til fosterhjem og et barn ble adoptert. 15 av kvinnene fortalte at det ufødte barnet var deres hovedmotivasjon for å søke behandling for sitt rusmisbruk.	Godkjent av etisk komite`. Nivå 1

				<p>Andre sa de var bekymret for at barnevernet skulle involveres hvis de ikke søkte behandling.</p> <p>De fleste i studien var fornøyde med behandlingstilbudet. Noen var misfornøyde med substituttbehandlingen under og etter svangerskapet.</p> <p>De fleste var fornøyde med oppfølgingen av svangerskapet og tiden etter fødsel.</p>	
<p>Bäck-Petterson et al <i>Issues in Mental Health Nursing</i> "Patient`s experiences of supportive conversation as long-term treatment in a swedish psychiatric outpatient care contex: a phenomenological study" (2014) Sverige</p>	<p>Å se på pasientenes erfaringer med støttesamtaler som et langtids behandlingstilbud i en poliklinisk kontekst.</p>	<p>Kvalitativ Gruppe-intervju</p>	<p>6 kvinner</p>	<p>-Pasientene ga uttrykk for at når kontaktpersonen deres møtte dem med omsorg , tilbakemeldinger og bekreftelse hjalp dette pasientene til å oppfatte seg selv som ansvarsfulle voksne.</p> <p>-Det var viktig at kontaktpersonen støttet dem i møte med pårørende og andre.</p> <p>-Å bli møtt med forståelse.</p> <p>-At pasientene følte at</p>	<p>Godkjent av etisk komite`. Nivå 1</p>

				<p>kontaktpersonen fokuserte på dem; dette gjorde at pasientene følte at de hadde en relasjon med samspill og trygghet.</p> <ul style="list-style-type: none">- at det var kontinuitet i samtalene og at det var et langtids-tilbud.- At kontaktperson var tilgjengelig , og at de jobbet i tråd med behandlingsplanen de hadde satt opp.- Gjennom støttesamtalene følte pasientene at kontaktpersonen motiverte dem til å be om hjelp dersom det var ting i hverdagen som var vanskelige. Da fikk de hjelp med å håndtere ulike situasjoner, og lærte å ta valg som var med på å bedre deres situasjon .-Pasientene følte at denne form for langvarig støttesamtale hjalp de til å finne indre styrke, å få styrket selvfølelse og selvtillit, og at de utviklet seg som individer.	
--	--	--	--	---	--

<p>Landheim et al <i>Norsk Epidemiologi</i> "Sammensatte problemer og separate systemer" (2002) Norge</p>	<p>1) Å belyse livstidsforekomst og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren, 2) å sammenligne rusmisbrukere som tidligere hadde mottatt behandling i russektoren med hensyn til forekomst og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>260</p>	<p>71% hadde i løpet av livet hatt en eller flere alvorlige psykiske lidelser. 41% hadde mottatt behandling innen psykisk helsevern. 59% hadde aldri vært til behandling i psykisk helsevern. Livstidsforekomst av psykiatriske symptomlidelser i hele gruppa var 91%. Størst var forekomst av angstlidelser (83%,)av de 260 personene.</p>	<p>Etisk god. Nivå 1</p>
<p>Lefebvre et al <i>Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing</i> "Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy" (2010) Canada</p>	<p>Å belyse deltagerenes oppfatning av en tverrfaglig og helhetlig behandlings-modell for gravide rusavhengige.</p>	<p>Kvalitativ Gruppe-intervju</p>	<p>19 kvinner</p>	<p>-Kvinnene la vekt på betydningen av å bli møtt med respektfull kommunikasjon og en grunnleggende positiv holdning fra lege og personell ved klinikken. -Å bli ivaretatt i en ikke-dømmende atmosfære, hvor de kunne være åpne om sitt rusmisbruk, gjorde at de møtte mer jevnlig opp til svangerskapskontroller. -Det var av stor betydning for kvinnene at lege og helsepersonell kommuniserte</p>	<p>Godkjent av etisk komite` Nivå 1</p>

				<p>godt med fastlegen deres. -Kvinnene følte at personalet ved klinikken hadde god kunnskap om bruk av legale og illegale rusmidler i svangerskapet, og at de var flinke til å dele denne kunnskapen med kvinnenes fastlege.</p> <p>-God tid ved svangerskapskontroll, hyppige avtaler, og tilpasset informasjon ble trukket frem som av betydning.</p> <p>-Tverrfaglig samhandling personalet imellom ble sett på som en fordel av kvinnene.</p> <p>-De satte stor pris på tilbudet om støtte-grupper ved klinikken ,et tilbud de hadde under svangerskapet, og som de understreket var viktig i tiden etter fødsel også.</p> <p>-Kvinnene mente det var viktig for dem at helsepersonell ved klinikken hadde kontakt med barnevernstjenesten, og at de overførte kunnskap om rusmidler og</p>	
--	--	--	--	---	--

				svangerskap til barnevernstjenesten. De følte at når de hadde støtte fra helsepersonell var det lettere å være åpen om sin situasjon til barnevernet-og at dette førte til et bedre samarbeid med barnevernet.	
Lund et al <i>Journal of substance use</i> "A 2-year prospective study of psychological distress among a national cohort of pregnant women in opioid maintenance treatment and their partners" (2013) Norway	Å se om kvinner som var pasienter i et opioid-vedlikeholds-program tidligere hadde hatt psykiske plager, og å belyse forekomsten av psykiske plager i den siste måneden av svangerskapet, 6 måneder etter fødsel, og 1 og 2 år etter fødsel.	Kvalitativ Intervju Kartleggings-verktøy	41/37	Flertallet av kvinnene hadde opplevd å bli utsatt for psykisk og fysisk misbruk tidligere i livet. Depresjon, angst, hukommelses-og konsentrasjons-problemer var blant symptomene de hadde hatt. 50% av kvinnene hadde forsøkt å begå selvmord. Blant kvinnene var det en signifikant reduksjon i depressive symptom fra graviditet til 6 måneder etter fødsel, og en økning fra 6 måneder til 2 år etter fødsel. 2 år etter fødsel hadde 3 av kvinnene mistet omsorgen for barnet sitt.	Godkjent av etisk komite Nivå 1
Monks et al	Å finne ut hvordan sykepleiere	Kvalitativ	12 kvinner	-Alle pasientene var akutt-innlagt på	Godkjent av

<p><i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>"The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients".</p> <p>(2012)</p> <p>United Kingdom</p>	<p>utøver pleie og behandling for rusavhengige pasienter innlagt på sykehus med komplikasjoner som følge av rusmisbruk. Videre å finne ut hvordan denne behandlingen ble mottatt av pasienten og deres erfaringer.</p>		<p>og menn.</p>	<p>sykehus som følge av komplikasjoner på grunn av sitt rusmisbruk.</p> <p>-Dersom pasientene ble møtt med fordommer og negative holdninger førte dette til at pasientene kunne bli konfronterende og utagerende både fysisk og verbalt.</p> <p>-Pasientene så på sykepleierens mangel på kunnskap om illegale rusmidler og abstinensbehandling som en mulighet til å forhandle seg frem til høyere doser med metadon.</p> <p>- Mangelen på kunnskap hos sykepleier gjorde også pasientene usikre på om de kom til å få riktig behandling i forbindelse med abstinensplager, og de følte seg usikre på om sykepleierne og legene hadde nok kunnskap om effekten av rusmidler og hva disse rusmidlene kunne forårsake hos pasienten.</p> <p>-Usikkerheten på om de kom til å få</p>	<p>etisk komite`</p> <p>Nivå 2</p>
--	--	--	-----------------	--	------------------------------------

			<p>riktig behandling gjorde at disse pasientene noen ganger ventet lengre enn de burde med å oppsøke sykehuset for hjelp.</p> <p>-Pasientene oppfattet at det var en gjensidig mistillit mellom dem selv og sykepleierne, dette gjorde at følelsen av motvilje mot sykepleierne ble forsterket, konflikter oppstod, og det hendte at pasientene skrev seg ut før de var ferdigbehandlet.</p> <p>-Pasientene følte at sykepleier ikke var lydhør for informasjon pasienten hadde om seg selv, de følte at de ikke ble kartlagt skikkelig i forhold til psykososial status.</p> <p>-Pasientene la merke til om sykepleierne hadde en empatisk tilnærming til de.</p> <p>-Dersom de ble lyttet til ,vist interesse, og fikk følelsen av at sykepleier behandlet de som en person og ikke et</p>	
--	--	--	--	--

				problem, resulterte dette i at interaksjonen sykepleier-pasient ble mer positiv og harmonisk.	
<p>Morris et al <i>Midwifery</i> "Drugs and having babies: An exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women" (2012) Australia</p>	<p>Å undersøke hvordan en spesial-klinikk møtte behovene til rusavhengige gravide kvinner, med utgangspunkt i kvinnenenes oppfatning.</p>	<p>Kvalitativ Intervju Kartleggings- verktøy</p>	20	<p>Kvinnene følte at de og klinikkens ansatte hadde ulike forventninger til kvinnene. Dette gjorde at kvinnene følte seg forhåndsdomte og stigmatiserte- noe som gjorde at kvinnene følte motvilje til å møte opp til avtaler og utgangspunktet for en god relasjon med de ansatte ble dårligere. De følte at dersom de ansatte fokuserte på det negative hindret dette muligheten for en god kommunikasjon mellom partene. Kvinnene ønsket å føle seg mer likeverdige, og å bli hørt. Flere av kvinnene var rusavhengige og var diagnostisert med en psykisk lidelse. Kvaliteten på ansatt-pasientrelasjonen bedret seg i fleste tilfellene over tid, preget av bedre samarbeid . Det var ofte holdningene til personalet,</p>	<p>Godkjent av etisk komite`. Nivå 1</p>

				spesielt jordmødrene, som var nøkkelen til hvordan kvinnene responderte på behandlingen.	
Niccols & Sword <i>Journal of Substance Use</i> "New Choices, for substance-using mothers and their children: preliminary evaluation." (2005) Canada	Å evaluere effekten av å delta i "New Choices", et helhetlig behandlingstilbud for rusavhengige mødre og deres barn (0-5år). Studien evaluerte effekten av tilbudet ved oppstart, etter 3 måneder, og etter 6 måneder.	Kvantitativ Intervju Kvantitative evalueringer av ulike kartleggings-verktøy	13 /6	Etter 3 måneder og særlig etter 6 måneder var det bedring på områder som : økt deltagelse i helsetilbud, tilknytning og samspill med barnet, mors (og barnets)kosthold. Kvinnene brukte mindre illegale midler og det var en liten økning i bruk av legale midler. Det var en nedgang i antall kvinner som scoret høyt på depresjon. Det var økende forbedring etter 6 måneder, noe som kunne tyde på at varigheten av behandlingstilbudet kunne ha betydning for resultatet .	Godkjent av etisk komite`. Nivå 1
Salmon et al <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> "Women`s perception of provider ,social, and	Å undersøke nærmere hvilke oppfatninger rusavhengige gravide/mødre har av et helhetlig poliklinisk behandlingstilbud .	Kvalitativ Personlige intervju	20	Flesteparten av kvinnene sa at temaundervisning var et effektivt hjelpemiddel for å holde seg rusfrie. Temaene var eksempelvis: utdanning, foreldrerollen, selvutvikling og selvtillit,	Godkjent av etisk komite Nivå 1

<p>program support in an outpatient drug treatment program” (2000) USA</p>	<p>Studien så også på hvilke aspekter av behandlingstilbudet som hjalp kvinnene til å holde seg rusfrie.</p>		<p>forebygging mot tilbakefall, 12trinns-modeller, bevisstgjøring av konsekvenser ved rusmisbruk. De sa det var viktig å lære seg stressmestring og mestringsstrategier, å ha støttegrupper.</p> <p>De hadde behov for helhetlig oppfølging fra helsepersonell: helsehjelp, tannlege, ulike støttetilbud, juridisk rådgiving, hjelp til å skaffe bolig. De hadde behov for støtte og trygghet fra personalet, å ha noen å snakke med.</p> <p>Pasientene hadde i varierende grad støtte fra pårørende og annen familie, opplevde at de hadde mer støtte fra familie når de var innlagte i behandling. De fleste kvinnen sa at de var fornøyde med oppfølging og støtte fra helsepersonellet, men at den var noe mangelfull og utilstrekkelig. De hadde også fått lite eller ingen informasjon om risiko og konsekvenser av rusmisbruk.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Somervell et al <i>Public Health Nursing</i> "Public health nurse interventions for women in a dependency court" (2005) USA</p>	<p>Å finne ut hva kvinner som hadde deltatt i et narkotikaprogram med domstolskontroll hadde behov for i tiden etterpå.</p>	<p>Kvalitativ/ kvantitativ</p> <p>Innhentet data fra en større gruppe, samt personlige intervju med mindre gruppe</p>	<p>54 kvinner</p>	<p>-Da kvinnene ble intervjuet kom det frem at det å bli møtt med respekt og forståelse var av stor betydning for de. Å bli behandlet som et individ, å bli hørt samt bli motivert til å ta gode valg for seg selv var viktig . Bekreftelse, støtte, innsyn og kontroll over egen situasjon ble sett på som viktig for at de skulle lykkes med rehabilitering.</p> <p>Å ha en kontaktperson/ rådgiver som støttet dem, og det å bli møtt på en løsningsorientert og ikke- dømmende måte var av betydning.</p> <p>Alle kvinnene ga uttrykk for at de hadde behov for å motta helseinformasjon av sykepleier. Å få hjelp med vanskelige spørsmål, hjelpeløshet og usikkerhet gjorde at de ble mer mottakelig for videre oppfølging og rehabilitering.</p> <p>De av kvinnene som hadde barn i fosterhjem hadde behov for</p>	<p>Godkjent av etisk komite`</p> <p>Nivå 1</p>
--	---	---	-------------------	---	--

				informasjon og støtte. Det var viktig for kvinnene å få hjelp med sin fysiske og psykiske tilstand, samt få hjelp med å finne seg en bolig.	
<p>Stengel <i>Health, Risk & Society</i> "The risk of being too honest: drug use, stigma and pregnancy" (2014) United Kingdom</p>	<p>Å belyse rusavhengige kvinners erfaringer fra svangerskap, fødsel og tiden etterpå, og hvilke holdninger de ble møtt med .</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	13	<p>Flere av kvinnene følte at de ikke hadde blitt møtt med respekt og støtte fra helsetjenesten, så vel som sosialtjenesten. Kvinnene var selv klar over risikofaktorer som historikk med rusmisbruk og ustabile forhold rundt dem. De var redde for å miste hjelp fra helsevesen og sosialtjeneste dersom de fikk tilbakefall . De fleste gikk jevnlig til rustesting i løpet av svangerskapet, og flere så på det som en motivasjon; de ønsket å vise at de klarte å holde seg rusfri. Samtidig var det viktig for de at dette skjedde i et miljø som ikke var basert på frykt og mistillit. Frykten for å miste omsorgen for barnet gjorde at de ofte unngikk å</p>	<p>Godkjent av etisk komite`. Nivå 1</p>

				<p>be om hjelp, de var redde for å være ærlige om sin situasjon, om helsebehov ,om sin mentale helse , som depresjon og angst.</p> <p>Flere sa de følte seg stigmatisert av helsepersonell. Samtidig skammet de seg over rusmisbruk, hadde skyldfølelse overfor barnet, dårlig samvittighet. De opplevde situasjonen som stressende- de behøvde hjelp, men var redde for å oppsøke den, blant annet av frykt for å bli møtt med en moraliserende og negativ holdning fra helsepersonell.</p> <p>Kvinnene fortalte at det å bli gravid var noe de så på som en mulighet til å få tilbake kontrollen over livet sitt på, og de så på svangerskapet som en mulighet til endring.</p>	
<p>Wilkinson et al <i>Journal of Substance Use</i> "What is most and least</p>	<p>Å undersøke hvilke aspekter ved inneliggende behandling som var minst og mest nyttig i</p>	Kvalitativ	14	<p>Kontinuitet i behandlingen og i kontakten med kontaktperson var av stor betydning for pasientene.</p>	Etisk god.

<p>useful in residential rehabilitation?" (2008) United Kingdom</p>	<p>henhold til både pasienter og helsepersonell.</p>		<p>Støtte , forståelse og positiv holdning fra kontaktperson var viktig for pasienten. Kvalitet i relasjonen med kontaktperson Praktisk hjelp i forbindelse med innleggelse. Alle pasientene følte de hadde fått god behandling i forhold til abstinensplager og avrusning. Noen av kvinnene følte mer behov for oppfølging ifht. kontakt med barna i løpet av innleggelsen. En kvinne som var gravid følte at kontaktperson, behandlingsstedet, svangerskapskontroll samarbeidet bra og ga henne god støtte og behandling. En-til-en samtaler og rådgiving, gruppeterapi og andre terapeutiske aktiviteter hjalp i følge pasientene. Å være med andre i lignende situasjon, å føle tilhørighet, å føle seg trygg, å føle motivasjon til endring og motta hjelp var viktig for pasientene. At</p>	<p>Nivå 1</p>
---	--	--	---	---------------

				<p>kontaktperson var involvert etter utskrivning, hjelp til med koordinering av oppfølging og kontakt med pårørende ble sett på som ekstremt viktig av pasientene.</p> <p>Pasientene var opptatt av å få oppfølging etter innleggelse, spesielt av kontaktperson, og de hadde behov for støtte og nettverk rundt seg.</p>	
<p>Wolfe et al <i>Journal of Substance Use</i> "Drug treatment utilization before, during and after pregnancy" (2007) USA</p>	<p>Å identifisere hvor stor andel rusavhengige gravide kvinner som benyttet seg av rusbehandlingstilbud året før, under og etter svangerskapet .</p> <p>De så også på hvilken type behandling kvinnene mottok, og varigheten av behandlingstilbudet.</p>	Kvantitativ	431	<p>-Av 431 kvinner var det 230 (53%) som mottok behandling før, under og/eller etter svangerskap.</p> <p>201 kvinner(47%) mottok ingen behandling.</p> <p>-Av de 230 var det 94 som fikk behandling i året før svangerskapet.</p> <p>131 kvinner mottok behandling under svangerskap, og ett år etter fødsel var 187 i behandling.</p> <p>-Selv om majoriteten av kvinnene til enhver tid ikke var i behandling, var det likevel en signifikant økning i antall</p>	<p>Godkjent av etisk komite`.</p> <p>Nivå 1</p>

				<p>kvinner i behandling under og etter svangerskap.</p> <p>-Før kvinnene ble gravide mottok de fleste poliklinisk- og avrusningsbehandling. Under svangerskapet økte antallet kvinner som var i metadon-program eller som var innlagte til behandling . Kvinnene var også lengre innlagt til behandling enn tidligere, særlig var de innlagt lengre etter fødsel enn før svangerskapet.</p> <p>Mange byttet behandlingstilbud i løpet av svangerskapet, noe som kunne bety at det kunne være vanskelig å finne riktig behandlingstilbud til kvinnene, eller at det var vanskelig å motivere kvinnene til å bli værende i behandlingstilbudet</p>	
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3.

Vurdering av forskningsartikler. Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord: