

## «A second chance»

En kvalitativ studie av mødre som har blitt  
fulgt opp av Forsterket helsestasjon.

**Elin Thorvik Andersen**

**Veileder**

Erna Ulland

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved  
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.  
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de  
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2012

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

*Jeg klarer å se det nå, ikke vel. Når jeg ruste meg og hadde et barn, da så jeg jo ikke at det var feil. Jeg tenkte jo bare at jeg gjorde så godt jeg kunne. Jeg satt jo ikke sprøyter foran barnet, jeg gikk jo i det minste på doen. Man klarer ikke å se det, man er i en helt annen situasjon, man er... meg sjøl, meg sjøl, hvis det er noen andre, så er det meg sjøl. Jeg ble nesten irritert på barnet for at det var til stede, nesten. For det at jeg skulle holde på med meg og mitt. Åh, jeg blir helt kvalm av å tenke på det.*

## Forord

Denne studien har bidratt til at jeg har tilegnet meg ny kunnskap om det å bli mor når en har en rushistorie. «A second chance» og «tøff kjærlighet» var ordene som satt spikret etter intervjuene. Det har vært en spennende, slitsom og lærerik reise. Informantenes opplevelse med Forsterket helsestasjon har gitt meg ny innsikt om hvilken positiv kraft det kan ligge i det å få en ny sjanse.

Jeg ønsker først å takke dere fem informanter som sa ja til å delta i studien. Jeg er ydmyk og takknemlig for at dere ville dele deres erfaringer med meg. At dere tok dere tid til dette, midt i en hektisk hverdag, er jeg veldig takknemlig for. Jeg er glad jeg fikk anledning til å møte dere. Tusen takk!

Takk også til Forsterket helsestasjon, som sa ja til denne studien, særlig helsesøster Anne Louise Kittelsen, som har gjort en kjempejobb med å skaffe informanter og informere om studien.

Så vil jeg rette en stor takk til min veileder Erna Ulland, for tid og tålmodighet i en lang periode, og for å ha tatt meg med inn i den akademiske verden på en veldig fin måte. Du er faglig god, trygg, inspirerende og et fint menneske å være sammen med.

Jeg ønsker også å takke arbeidsplassen, barnevernvakta, for fleksibilitet og evne til å legge til rette, sånn at jeg kunne bli ferdig.

Uten støtte fra familien hadde dette ikke gått. Takk for at dere har gitt meg lov til å drive med dette, på tynt økonomisk grunnlag. Takk også for at dere har holdt ut med meg, - som ofte har vært både fjern, ukonsentrert og lite engasjert. Dere har dratt på ferie alene og gitt meg tid og plass til det som var viktig for meg. Til tross for at ingen av dere ikke skjønner at det går an å bruke så mye tid på bare en oppgave!

Tusen takk til mamma og pappa som har støttet meg på alle måter. Særlig strålende var det å ha mamma på besøk, - middag på bordet og nyvasket hus hele uka. Så vil jeg takke min kjære Onkel Alf Kjetil, som har lest korrektur og kommentert, det har vært veldig god hjelp, tusen takk! Anne Lene, takk for nyttige kommentarer underveis og tro på at også jeg kunne klare dette. Så er det alle dere rundt meg som har oppmuntret meg, spesielt til Monica, for løpeturer, oppmuntring og engelsk-hjelp. Så må jeg nevne, treningssenteret Trivsel, der har

jeg fått svettet og koblet ut, noe som har vært viktig for både helsa, humøret og arbeids-  
moralen.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Rusmisbruk og svangerskap og barn har fått økt oppmerksomhet. Forskning viser at foreldre med ruserfaring er mer sårbare når det gjelder evnen til å være emosjonelt tilgjengelige og skape trygge og forutsigbare oppvekstvilkår for barn. Noen kommuner har egne helsestasjoner eller eget tilbud for gravide og foreldre som har erfaring med rusmidler, for å styrke innsatsen for denne gruppen.

**Hensikt og problemstilling:** Studiens formål er å få innsikt i og opplysninger om hvordan brukere av Forsterket helsestasjon opplever dette tiltaket. Gjennom deres beskrivelse kan vi øke forståelsen og kunnskapen om Forsterket helsestasjon og mødre med ruserfaring. Oppgavens problemstilling er:

«**Hvordan opplever mødre møtet med Forsterket helsestasjon?**»

**Metode:** Studien er gjennomført ved kvalitative intervjuer av fem mødre som er brukere av Forsterket helsestasjons tjenester.

**Resultater:** Funnene i studien fremmer hva som virker, hva mødrene opplever som viktige i møtet mellom Forsterket helsestasjon og de som brukere. Informantene var generelt fornøyde med Forsterket helsestasjon. Funnene sier at relasjonen med jordmor og helsesøster var sentrale i dette møtet. Videre pekte funnene på behovet for en tilpasset og tilgjengelig tjeneste, der kunnskap, rollemodeller og respons fra jordmor og helsesøster var sentral. Funnene viste også at informantene opplevde det å bli gravid som en motivasjon for å slutte med rusmidler eller holde seg borte fra rusmidler. Informantene fortalte at livet hadde endret seg mye i positiv retning etter at de ble gravide og fikk barn.

**Konklusjon:** Funnene tyder på at informantene hadde godt utbytte av en nær, trygg og tett relasjon til jordmor og helsesøster. Denne relasjonen skaper rom og mulighet for å støtte mødrene til å være rusfrie og gode mødre for barna. Det å være rusfri kan sammenlignes med en bedringsprosess der det å selv ta aktivt del i bedringen er sentralt. Dette, sammen med det å selv bestemme tid og tilgjengelighet når det gjelder egne behov, er vesentlig. Videre peker funnene på at graviditeten gir mulighet for «a second chance» - en mulighet der «nye» psykologiske arbeidsmodeller kan endre mødrenes psykologiske arbeidsmodeller og gi livet en ny dimensjon. Resultatene i denne studien samsvarer med tidligere forskning.

**Nøkkelord:** Helsestasjon, rusmisbruk, graviditet, mor, avhengighet, relasjon og autonomi.

## **Abstract**

**Background:** There has been an increased focus on substance abuse, pregnancy and children in recent years. Research shows that parents with substance abuse are more vulnerable when it comes to the ability to be emotionally available and secure environment for bringing up children. Some municipalities offer a special treatment for parents who have experienced substance abuse.

**Purpose and objective:** The objective of the study is to gain insight and information about mothers who use the Special Welfare Clinic and how they experience it. From their description we want to increase our understanding and knowledge of the Special Welfare Clinic and the mothers who use it. My question is:

«How do mothers experience their meeting with the Special Welfare Clinic?»

**Method:** The method for collecting data has been qualitative research interviews with five mothers. All of the mothers have had contact with the midwife and the public health nurse.

**Result:** The findings of the study point at what works and what mothers perceive as important in the meeting with the Special Welfare Clinic. The respondents were generally satisfied with the Special Welfare Clinic. They point out that their relation with the midwife and the public nurse was central in this meeting. This indicates that a good relationship also provides an opportunity for the mothers themselves to influence how and when contact could take place. The findings also showed the need for a personalized and available service where knowledge, role models and feedback from the midwife and public nurse were central. The study shows that the mothers experience the pregnancy as a motivation to stay away from drugs. The respondents told that life had moved in a positive direction after they became pregnant and had a child.

**Conclusion:** The findings indicate that respondents had benefitted from a near, safe and close relation to the midwife and the public health nurse. This relationship creates space and opportunity to support the mothers in their efforts to be abstinent and to be good moms. To be drug free is like a recovery process where taking an active part in the improvement is central. This, together with empowerment and ability to influence time and availability when it comes to their own need, is essential. Both the findings and other theories show that pregnancy

creates “a second chance” – an opportunity to create new psychological lines which can change the mothers and give life a new dimension.

**Key words:** Mother, pregnancy, antenatal, drug abuse, substance abuse, child care service, empowerment.



## Innhold

Forord .....	
Sammendrag .....	
Abstract .....	
1.0. Introduksjon .....	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema og forfatterens forforståelse .....	1
1.2. Hensikt og problemstilling .....	2
1.3. Avgrensing av temaet .....	2
1.4. Om rus og avhengighet .....	3
1.5. Helsestasjonen og Forsterket helsestasjon .....	5
2.0. Tidligere forskning .....	7
2.1. Søk etter tidligere forskning .....	7
2.2. A cohort study of pregnant substance .....	8
2.3. Det bekymrede blikket .....	9
2.4. Factors that influence woman's disclosure of substance use during pregnancy: .....	10
2.5. Specialistmödrahälsovård för drogberoende blivande föräldrar .....	10
2.6. Meeting the gap in infant mental health services .....	11
2.7. Engaging High-Risk Young Mothers Into Effective programming: .....	12
2.8. Oppsummering .....	13
3.0. Teoretisk forankring .....	13
3.1. Nærhetsetikk .....	14
3.2. Recovery-teori .....	17
3.3. Tilknytningsteorier .....	18
3.4. Oppsummering .....	22
4.0. Metode .....	22
4.1. Valg av metode .....	22
4.2. Det kvalitative forskningsintervjuet .....	23
4.2.1. Refleksjon .....	26
4.3. Utvalg .....	26
4.4. Analyse av intervjuene .....	28
4.5. Oppsummering av metode .....	30
5.0. Forskningsetiske overveielser .....	30

5.1. Informert samtykke .....	31
5.2. Fortrolighet.....	32
5.3. Konsekvenser.....	32
5.4. Min rolle som forsker.....	33
5.5. Oppsummering.....	34
6.0. Presentasjon av funnene.....	35
6.1. Beskrivelse av forskningsfeltet og informantene .....	35
6.2. Presentasjon av funnene.....	36
6.3. «Ja, jeg kjenner de, ja jeg føler det».....	36
6.3.1. Egne kommentarer og refleksjoner.....	38
6.4. Respons fra jordmor og helsesøster.....	38
6.4.1. Egne kommentarer og refleksjoner.....	39
6.5. Å bestemme selv .....	39
6.5.1. Egne kommentarer og refleksjoner.....	42
6.6. Et møte med kunnskap og rollemodeller .....	42
6.6.1. Egne kommentarer og refleksjoner.....	44
6.7. «Jeg har egentlig vært sinnsykt, sinnsykt heldig, jeg har virkelig fått en second chance.».....	45
6.7.1. Egne kommentarer og refleksjoner.....	46
7.0. Diskusjon.....	47
7.1. Relasjonens betydning i møtet med FHS .....	48
7.1.1. Oppsummering.....	51
7.2. Tilgjengelighet og fleksibilitet – til brukerens glede .....	51
7.2.1. Oppsummering.....	55
7.3. Graviditetens muligheter.....	56
7.3.1. Oppsummering.....	59
8.0. En oppsummering av studien .....	60
8.1. Nye forskningsspørsmål – veien videre .....	61
Referanseliste: .....	63
Vedleggsoversikt.....	66
Vedlegg 1.....	67
Vedlegg 2.....	70
Vedlegg 3.....	72
Vedlegg 4.....	73

Vedlegg 5.....	75
Vedlegg 6.....	76

## **1.0. Introduksjon**

I kapittel én kommer det en kort introduksjon om studiens bakgrunn, valg av tema og min forforståelse av dette valget. Videre vil jeg presentere studiens hensikt og problemstilling (1.2.) og avgrensning av temaet (1.3.). Deretter går jeg over til å presentere følgende temaer, avhengighet som fenomen (1.4.), helsestasjonen generelt og Forsterket helsestasjon (FHS) spesielt (1.5.).

### **1.1. Bakgrunn for valg av tema og forfatterens forforståelse**

Hovedmotivasjonen for valg av tema er flere. Jeg hadde et ønske om å snakke med brukere om hva de opplever som viktig, hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Brukerfokus har vært en viktig del av strategiplanen for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2006) og et tydelig fokus i utdanningen av mastergrad i Psykisk helsearbeid. Bak alle tiltakene som settes i gang, ligger det et genuint ønske om å hjelpe og endre brukeres livssituasjon. Mitt inntrykk er at mange tiltak iverksettes av hjelperne (Duncan, 2007). Jeg jobber i barneverntjenesten, og min opplevelse fra denne etaten er at brukervedvirkning er lite fremtredende. Årsaken til dette kan være at barnevernet har spesifikke lover og regler å forholde seg til (Barnevernloven, 1992, sist endret 2012, p. 37; Forvaltningsloven, 1967, sist endret 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, sist endret 2012). Disse lovene vil kunne tillegge profesjonen maktposisjoner som vanskeliggjør brukervedvirkning. Da jeg i min masteroppgave fikk en mulighet til å fordype meg innen et valgt emnet, ble mødre med ruserfaring fra Forsterket helsestasjon (FHS) et spennende valg.

Videre er motivasjonen knyttet til min interesse for feltet, foreldre og små barn. Dette henger sammen med min arbeidserfaring og tidligere videreutdanning. Slik jeg så det, var det viktig med avstand til mitt arbeidssted i barnevernet, men likevel ha fokus på områder som jeg hadde erfaring fra. FHS er en spesialitet i den kommunen studien ble gjennomført i. Det er nettopp slutført en ph.d.-studie (Hjerkinn, 2012) med forskning på FHS som jeg har latt meg inspirere av. Denne studien er en «follow-up» studie, der en ser på hvordan det går med mødrene og barna som har blitt fulgt opp av FHS i perioden 1994-2002. I min studie vil fokuset være rettet mot mødrenes egne opplevelser med FHS, og det vil muligens være med på å utvide bildet av FHS ytterligere.

## 1.2. Hensikt og problemstilling

Studiens formål er å få innsikt i og opplysninger om hvordan brukere av FSH opplever dette tiltaket. Gjennom deres beskrivelse kan vi øke forståelsen og kunnskapen om emnet, FHS og mødre med ruserfaring. Oppgavens problemstilling er:

**«Hvordan opplever mødre møtet med Forsterket helsestasjon?».**

Jeg har valgt et forskningsspørsmål som har fokus på møtet mellom mødre og FHS. Et møte vil romme opplevelser, erfaringer og følelser. Et møte sier noe om en interaksjon mellom mennesker. Flere hevder at mennesket må forstås i lys av de mellommenneskelige relasjonene. Dette er særlig sentralt i nærhetsetikken som blir presentert i teoridelen (kap. 3.) og drøftet i kap. 7.

## 1.3. Avgrensning av temaet

Fedre er viktige for barna og som regel også for mødrene, ofte på flere nivåer. For å begrense oppgaven er verken fedre- eller kjønnsperspektivet berørt i denne oppgaven. Mødre er de som er mest aktive i bruken av FHS, slik det er på helsestasjonen generelt. Jeg er selv mor; det ble en naturlig avgrensing å forholde meg til mødrene i denne studien.

Det skilles ikke mellom alder på informantene eller hvor langvarig rusmisbruk informantene hadde før graviditeten. Hensikten har ikke vært å belyse forskjeller, men presentere informantenes livsverden og erfaringer i møtet med FHS.

Å være rusmisbruker eller ha erfaring med rus oppleves forskjellig fra person til person. Noen har et «normalt» liv ved siden av rusmisbruket, mens andre opplever at rusmisbruket blir det eneste viktige i livet og lever ut i fra det. Jeg har valgt å bruke definisjonen om rusmisbruk fra ICD-10 for å beskrive noe av rusmisbrukets natur. Samtidig legger jeg til grunn informantenes egne erfaringer med rusbruk og det faktum at de er brukere av FSH, som er et tiltak rettet mot mødre og familier med rusmisbruk, jf. 1.5.

Avhengighet og rusmisbruk er et stort og omfattende tema. Til tross for at mine informanter ikke brukte rusmidler under graviditeten eller i perioden jeg var i kontakt med dem, så er rusmisbruk et sentralt tema i studien. Derfor har jeg tatt med et punkt om avhengighet i

introduksjonen, jf. 1.4. Barna er spesifikt ikke viet stor plass i studien, da fokuset har vært på mødrenes opplevelser. Barna er sentrale på FHS og er drivkraften i arbeidet for å motivere mor til rusfrihet under graviditet og inn i foreldrerollen (1.5.). Selv om barna ikke er like synlige i studiens funn, danner de grunnlaget for studiens hensikt. Mødres opplevelse av FHS henger tett sammen med mødrenes evne til å tilegne seg gode foreldrekunnskaper, som igjen vil gi bedre oppvekstbetingelser og styrke den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. I så måte er barna sentrale.

Brukere av FHS kan defineres som en sårbar gruppe, på bakgrunn av de erfaringene de har med rus og andre hendelser i livet. Flere studier peker på at sårbarhet og risiko både hos barn og mødre kan knyttes til rusmisbruk i graviditeten og foreldreutøvelsen (Brandt & Grenvik, 2010; From & Väyrynen, 2012; Hjerkin, 2012; Killén, 2010a; Olofsson, 2010). Det er samtidig mulig for behandlingsapparatet å se på denne gruppen som en ressurs med tanke på hvilken endring mange har gjort når det gjelder rusbruk, nettverk og egen oppvekst.

Brukerperspektivet er sentralt i denne studien. Forskning viser at om behandling skal lykkes, ofte avhenger av kvaliteten på relasjonen som skapes i samarbeidet med terapeuten, og ikke minst på klientens eget arbeid (Duncan, 2008). Brukermedvirkning anerkjenner pasientens egen stemme som kilden til visdom og egen endring (Gjerme, Lømo, & Lundgaard, 2008).

Informantene i denne studien forteller om erfaringer ved å mestre et liv som mor uten rusmidler. Der har FHS vært en viktig aktør. Brukerne, altså mødrenes opplevelser, er det vesentlige i denne studien. Funnene i studien fremmer hva som virker, hva mødre opplever som viktig i møtet mellom FHS og som brukere.

#### **1.4. Om rus og avhengighet**

I løpet av de siste 10-15 årene har det fremkommet mer forskning som viser sammenheng mellom rusbruk og fosterskader (Borgestad klinikken, 2009; Brandt & Grenvik, 2010; Moe, 2002; Olofsson, 2010; Slinning, 2004; Slinning, Hansen, & Moe, 2010). Videre viser forskning viktigheten av foreldres emosjonelle tilgjengelighet og tilknytning de første leveårene, der bruk av rusmidler ofte forstyrrer den prosessen (Hart & Schwartz, 2009; Killén, 2010a; Killén & Olofsson, 2003b). Det er ofte knyttet både skam og skyld til et rusmisbruk (Brandt & Grenvik, 2010; Gjerme, et al., 2008). En kan ha mange forestillinger om hvem de er og hvordan de ser ut og hva de tenker om sin situasjon og sine barn. Rusbruk, svangerskap

og barn er komplekse tema og rommer mye. Det vil alltid være utfordrende for mennesker som selv ikke har opplevd rusmisbruk, å sette seg inn i hvordan det er å være avhengig av rusmidler. Ved å velge dette tema ønsker jeg å videreformidle noe om hvem de er og hva som er viktig for dem, særlig i møte med hjelpeapparatet.

I dag er det mye oppmerksomhet om rus og svangerskap (SIRUS, kommunens rusplan, Borgestadklinikken). Helsedirektoratet har i dag et klart mål om at alle gravide ikke skal drikke alkohol, innta illegale rusmidler eller medikamenter som kan skade barnet. De har også fokus på at alle gravide skal bli spurt om alkoholvaner og bruk av andre rusmidler, tidlig i svangerskapet. Det er helsepersonellens oppgave å informere om anbefalingene og gi helsefaglige råd. Helsedirektoratet viser også til at åtte av ti kvinner bruker alkohol, og undersøkelser viser at mange kvinner ikke legger om alkoholvanene før de får bekreftet at de er gravide. Alkohol er det rusmiddelet som kan påføre fosteret mest omfattende skader (Helsedirektoratet, 2011a). Dette viser at rusbruk er vanlig i Norge, men man skiller mellom bruk og misbruk av rusmidler.

Å ha et alvorlig rusmisbruk kan i ytterste konsekvens føre til at en «velger bort» barnet til fordel for rus. Jeg har selv erfaring fra en lignende situasjon fra «en vanlig dag på jobb» i barneverntjenesten. For noen år tilbake jobbet jeg med en ung mor som strevde med rus og hadde ansvar for et lite barn. Minnet sitter sterkt i fra den dagen jeg ble «bedt» om å ta med meg barnet, fordi mor forsto at hun ikke klarte å holde seg borte fra rus og at det gikk ut over det lille barnet. Jeg kan ennå i dag kjenne på noe av den smerten, fortvilelsen, kampen denne unge moren bar på, samtidig som hun gjorde et viktig valg for sitt barn.

Rusmidler påvirker hjernen, som påvirker våre handlinger, atferd, våre valg, ofte både i eget liv og i forhold til våre nærmeste. Den medisinske diagnosen på avhengighet er inkludert i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (ICD-10, 2012). Diagnosen differensierer mellom *avhengighet* og *skadelig bruk av rusmidler*. Kriteriene innebærer blant annet lyst eller følelsen av trang til å innta substans, kontrolltap ved bruk av substans, toleranseutvikling, økende likegyldighet overfor andre tidligere gleder eller interesser. Personen bruker mer og mer tid på å skaffe og innta substans, og forbruket opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Skadelig bruk av rusmidler vil være skader som er påført brukerens psykiske eller somatiske helse. Et skadelig bruksmønster kritiseres ofte av andre og er forbundet med uheldige sosiale konsekvenser, uten at det i seg selv er et tegn på skadelig bruk (Helsedirektoratet).

Rusavhengighet skiller seg fra andre psykiske lidelser ved blant annet den sterke fysiske avhengigheten som alkohol, narkotika og medikamenter skaper. Det utvikles samtidig en psykologisk avhengighet som har sammenheng med hvilken betydning rusen får i den enkeltes liv og ulike psykologiske prosesser som forsterker eller befester avhengigheten (Gjerme, et al., 2008).

Barn er sårbare når det gjelder rus hos sine omsorgspersoner. De er helt avhengige av sine omsorgsbetingelser. De har behov for trygge og forutsigbare rammer, god stimulering, fysisk og psykisk nærvær, oppmerksomhet og foreldrenes evne til mentalisering (Brandt & Grenvik, 2010; Killén, 2010a; Kvello, 2007; Olofsson, 2010; Smith & Ulvund, 1999). Når foreldre er påvirket av rus, vil det gjøre de dårligere egnet som omsorgspersoner, og barnet kan bli skadelidende både fysisk og psykisk. Dette kan påvirke barnas emosjonelle tilknytning og føre til store utfordringer i samhandling med andre (Bowlby, 1994; Killén & Olofsson, 2003b). Frid Hansen (1994) sier at det eksisterer et rusproblem når bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien. Konsekvensene av rusmisbruk har et større fokus enn tilstander som omhandler hyppighet, mengde eller type rusmidler. De sosio-økonomiske forhold og nettverk er ofte sentrale faktorer i helhetsforståelsen i arbeid med rusmisbrukere. Forskning viser at de ofte har dårlig skolegang og lite forankring i arbeidslivet (Hjerkin, 2012). Stadige bekymringer for økonomi og bolig belaster foreldrefunksjonen. Disse sosio-økonomiske forholdene er tema som ikke like tydelig fremkom i mine funn og derfor ansees som lite relevant i denne studien.

Nyfødte barn som er blitt utsatt for rusmidler under graviditeten, kan bli påvirket i varierende grad. Mors misbruk av alkohol kan føre til føtalt alkoholsyndrom (FAS) eller føtale alkoholeffekter (FAE). Opiater og sentralstimulerende midler kan føre til abstinenser hos nyfødte. Barn av opiatbrukende mødre veier også mindre enn andre barn og har mindre hodeomkrets. Mors misbruk kan spores hos barnet opp til 18 måneder og mulig lenger (Hjerkin, 2012.).

## **1.5. Helsestasjonen og Forsterket helsestasjon**

Helsestasjonens historie i Norge begynte i 1890-årene, representert ved flere frivillige organisasjoner som engasjerte seg i forskjellige innsamlinger og frivillig sosialt arbeid med særlig tanke på mødre og barn i en vanskelig sosial situasjon (Hjerkin, 2012). Helsestasjonen



er i dag en del av helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, sist endret 2012). Helsestasjon og skolehelsetjenesten er sentral i det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant gravide, barn og ungdom 0-20 år og deres foresatte. Kommunen skal gjennom helsestasjon- og skolehelsetjenesten ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet. De skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader. Helsestasjonens virksomhet og skolehelsetjenesten når de aller fleste i målgruppen, barn, unge og deres familier. Helsestasjonen skiller seg fra kurative tjenester/spesialisthelsetjenesten ved å være et tilbud om veiledning, rådgivning - og ikke-behandling (Helsedirektoratet, 2011b). Gruppekonsultasjoner eller barselgrupper er et eksempel på helsestasjonens nettverksbyggende arbeid. Besøk til nyfødte er en lovpålagt oppgave (Helsedirektoratet, 2005). Helsestasjonen er i stadig endring når det gjelder oppgaver og ressurser. Jeg viser til Neumanns bok, *Det bekymrede blikket* (2009), for mer kritisk diskusjon rundt helsestasjonen og dens rolle i samfunnet.

FHS ble startet som et tiltak i 1994 i kommunen der denne studien er gjennomført. De har som mål å legge til rette ressurser som er nødvendige for hver bruker, slik at brukeren er i stand til å avstå fra rusbruk under svangerskap og inn i foreldrerollen. De skal tilby veiledning, slik at barnet kan utvikle seg optimalt ut fra sine forutsetninger. Sosial- og graviditetsanamnese er viktige verktøy for å få oversikt over behov og situasjon for både mor og fosteret. Det er sentralt å se til at mødrene har forsvarlige bosituasjon og en plan for den økonomiske situasjonen. Dette for å forberede best mulige forhold til det nyfødte barnet. Hyppigheten i kontakten er basert på individuelle behov. Det er utstrakt tverrfaglig samarbeid med andre kommunale instanser. Jordmor har ansvar for å få samtykke til urinprøver og til å sette mødrene i kontakt med barnevern og sosialtjenesten der det er nødvendig. Kontakten med barnevernet er frivillig under graviditeten. FHS samarbeider også med helsesystemet og lokalsykehus. Tidlig ultralyd er ofte vanlig medisinsk prosedyre for denne gruppen mødre. Det er også etablert et tett samarbeid med nyfødtpost på sykehuset (Hjerkinn, 2012, p. 24).

Brukere kan bli henvist til FHS av lege, sosialtjenester eller andre kommunale instanser. De kan også selv henvende seg direkte til FHS for ønske om oppfølging. Kriteriene for å få hjelp fra FSH er at en har eller har hatt erfaring med rus selv eller hos partneren. FHS i den kommunen der studien er gjennomført, består av jordmor i 40 prosent, helsesøster i 50 prosent

og lege i 10 prosent stilling. Videre er det tilknyttet et tverrfaglig bistandsteam som er kommunalt og en ressursgruppe fra sykehuset til FHS' arbeid. FHS har i dag 47 mødre med barn fra 0-4 år som brukere (epost fra Kittelsen, FHS 24.09.12).

Temaene i denne studien strekker seg over et stort felt og rommer mange perspektiver. Jeg har i dette kapittelet gjort rede for mine valg, kort om min plass og forståelse av feltet. Jeg har presentert problemstillingen og hensikten med studien. Jeg har også gjort rede for avgrensninger som er gjort om det valgte temaet og problemstilling. Til slutt har jeg presentert rus og avhengighet som fenomen og plassert helsestasjonen og FHS inn i feltet.

## **2.0. Tidligere forskning**

I dette kapittelet presenterer jeg to ph.d.-studier som jeg vurderer som aktuelle for denne studien. Videre har jeg valgt å komme med en kort presentasjon av fire internasjonale artikler som på forskjellige måter har rus, mødre og oppfølging som tema. Først vil jeg gjøre rede for søk etter tidligere forskning og faglige artikler.

### **2.1. Søk etter tidligere forskning**

Det har vært en utfordrende prosess å skaffe oversikt over aktuell forskning på feltet. Dette har sammenheng med temaet for oppgaven, som rommer mange emner. Mange ord og synonymer er knyttet til flere av søkerordene. Det har vært nødvendig å gjennomføre flere søk og utallige kombinasjoner for å finne aktuelle forskning og artikler. Jeg har søkt i databasene Idunn, Svemed, EBSCO host, CINAHL & Medline, samt Google og BIBSYS ASK. Jeg har hovedsakelig benyttet engelsk terminologi, bortsett fra i Idunn og BIBSYS. Søkerordene og kombinasjonene har variert i de ulike databasene, avhengig av hvordan databasene definerer den spesifikke terminologien. Jeg har benyttet en form for kjedesøking der jeg har forfulgt referanser i studier som jeg har ansett som relevante for mitt forskningsspørsmål. Jeg har foretatt trinnvis søking i de ulike databasene, med bredest søkestreng først og deretter lett etter mer spesifiserte søk.

For å finne frem til aktuelle artikler og forskning har jeg brukt nøkkelord som: mother(OR), maternal, pregnant, pregnancy, perinatal, antenatal, parenting, parental, woman, women AND drug abuse (OR) drug abuse treatment, alcoholic, substance abuse, addicted, illicit and perinatal care services (OR), child care services, child welfare, maternal health services,

community health service, community health nursing, maternal welfare, AND empowerment. Jeg har forsøkt forskjellige søkestrenger for å finne aktuelt stoff. Det har vært en del treff, særlig på rusmisbruk og graviditet, rusmisbruk og mødre. Det har vært få treff når ord som Helsestasjon, Child welfare, Child Care Services, Health Services har vært med i søkestrengen.

Helsestasjon er et lovpålagt tilbud i Norge, men har varierende innhold og form etter hvor i verden man er og det er derfor naturlig med færre treff på studier utenfor Norge og Norden. Flere av de internasjonale artiklene og forskningen anser jeg for mindre aktuelle for denne studien av flere grunner. Norge har en spesiell beskyttelse for fosteret i Lov om kommunale- og omsorgsloven. Gravide rusmisbrukere kan tvangsbehandles i Norge, jf.§10 i Helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, sist endret 2012). Det er ikke akseptert i Norge på samme måte som i flere andre land, at barn vokser opp med mødre eller foreldre som aktivt ruser seg. Derfor ble flere av artiklene mindre aktuelle, da de beskrev forhold der mødre/foreldre aktivt misbrukte rusmidler både under graviditet og senere (Carter, 2002; Osterling & Austin, 2008; Radcliffe, 2011).

## **2.2. A cohort study of pregnant substance-abusing women and their children, attending a Special Child Welfare Clinic in Kristiansand, Norway, 1994-2002.**

Bjørg Hjerkin (2012).

Dette er en ph.d. –avhandling publisert i 2012, en «following-up»-studie knyttet til barn og foreldre som har vært brukere av forsterket helsestasjon i perioden 1994-2002. Denne forskningen står som et viktig bakteppe og motivasjon for min egen studie, som har samme utgangspunkt, nemlig Forsterket helsestasjon.

Studien til Hjerkin belyser i hvilken grad rusavhengige kvinner som har blitt fulgt opp FHS, klarer å bli rusfrie i løpet av graviditeten. Videre i hvilken grad FHS og hjelpeapparatet lykkes i å ivareta deres spesielle behov, slik at de klarer å holde seg rusfrie etter fødselen og barna sikres trygge oppvekstvilkår. Det er hentet ut informasjon fra mødrejournaler, spørreskjemaundersøkelser av alle brukerne i tidsperioden, nevropsykologiske undersøkelser av barna og atferdsvurdering med hjelp av Child Behavior Check List (CBCL). Det er gjort like tester med en dobbelt så stor kontrollgruppe både med barn og mødre. I studien ble mødrene delt inn i to grupper, «long-term»-gruppa og «short-term», knyttet til hvor raskt de

var rusfrie i graviditeten. De fleste gravide misbrukere som gikk på FHS, stoppet eller reduserte betydelig sitt misbruk under graviditeten. Alle barna scoret innenfor normal skala i nevropsykologisk screeningen. Det var likevel signifikant lavere testresultat på barn i «short-term»-gruppa enn i sammenligningsgruppa på tre av fire områder. Dette var kun synlig på ett av områdene i «long-term»-gruppa. De fleste barn i den tilhørende «long-term»-gruppa var eller hadde vært plassert i fosterhjem. «Short-term»-gruppa scoret signifikant dårligere enn long-term»-gruppa. Short-term»-gruppa viste flere symptomer og syndromer. Studien viste at flere barn og mødre i «short-term»-gruppa hadde behov for spesialundervisning eller spesiell tilpasning i skolen.

Av de kvinner som deltok i studien, viser det seg at utdannelsen var signifikant lavere hos mødre på FHS sammenlignet med kontrollgruppen. 40 prosent fikk sin inntekt fra kommunal støtte/NAV. Gjennomsnittsalderen da kvinnene startet sitt misbruk, var rundt femten år, og de hadde vært misbrukere i gjennomsnitt ti år. 61 prosent av kvinnene samtykket til urinprøver gjennom svangerskapet, og for 15 prosent av kvinnene var urinprøver ikke nødvendige (Hjerkin, 2012).

### **2.3. Det bekymrede blikket**

En studie av helsesøstres handlings-betingelser.

Cecilie Basberg Neumann (2007).

Denne studien har vært til god inspirasjon for meg. Den har ført meg inn helsesøsters og helsestasjonens verden på en spennende og utfordrende måte. Den tar for seg helsesøstrenes profesjonelle blikk med særlig fokus på helsesøstres bekymrede blikk på barn og foreldre. Den reiser spørsmål om hvordan helsesøstre forholder seg til saker hvor de er bekymret for at noe kan være galt i et barns omsorgssituasjon. Hvordan tenker de og handler de i slike situasjoner? Studien forsøker å finne svar i helsesøsterinstitusjonen og i dens forhold til staten og barnehelse. Forholdet mellom normalitet og avvik er sentralt i analysen og er betingelser helsesøster ser og kategoriserer i forhold til. Videre pekes det på kjønn, klasse og kunnskap som essensielle tema for å forstå helsesøstres arbeid og handlinger. Studien presenterer begreper som helsesøsterblikket, grensefigurer og grenseverdier, som har vært nyttige modeller for å forstå og forklare noe av helsesøstrenes adferd (Neumann, 2007).

## **2.4. Factors that influence woman's disclosure of substance use during pregnancy:**

A Qualitative study of ten midwives and ten pregnant women.

Diane Phillips, Krishna Thomas, Helen Cox, Lina A. Ricciardelli, Jan Ogle, Veronica Love and Angela Steele, *Journal of Drug Issues*, (2007).

Hensikten med denne studien var å utforske faktorer som motiverer eller lager barrierer for å avsløre rusmisbruk av gravide kvinner. I studien deltok ti jordmødre og ti gravide kvinner tilknyttet to fødeklinner på to australsk sykehus. En av klinikkene var spesialisert på kvinner med rusmisbruk. Den andre klinikken var spesialisert på unge mødre (under 19 år).

Jordmødrene og de gravide kvinnene ble dybdeintervjuet om sine erfaringer i å avsløre rusmisbruk. Intervjuene ble analysert, og resultatet viste seks hovedtema: 1. Praksisutførelsen hos jordmødrene var avgjørende. Der det å bygge tillitt og rutiner var vesentlig for å oppmuntre til offentliggjøring av rusmisbruket. Jordmors ikke-dømmende stil og væremåte var også avgjørende. Mødrene i studien fremmet viktigheten av relasjon, ærlighet, direktehet, omsorg og vektla særlig oppmuntringene gitt av jordmødrene. 2. Sentralt var vurdering av rusmisbruket. Samt å snakke åpent og stille naturlige spørsmål rundt temaet. 3. Personvern, tilrettelegging og privat miljø under konsultasjonene var viktig. 4. Ta opp spørsmål knyttet til barnevern var sentralt, da mange var redde for å miste omsorgen for barna, om de fortalte om sitt rusmisbruk. 5. Babyens helse. 6. Opprettholdelse av kontakt med jordmor eller annet hjelpeapparat etter fødsel. Disse temaene ble diskutert og resulterte i disse seks konkrete anbefalingene. Hensikten med studien var å finne frem til gode jordmor-praksiser i arbeid med unge mødre med rusmisbruk eller annen risiko.

## **2.5. Specialistmödrahälsovård för drogberoende blivande föräldrar - långsiktig stöd förebygger återfall och skapar bättre uppäxtnmiljö för barnet.**

Ottenblad, Christina, *Läkartidningen*, Volum 97, Nr. 18, (2000).

Artikkelen peker på at misbruk under svangerskapet innebærer en stor risiko. Tidlig identifisering av rusmisbrukende mødre er avgjørende for fosterets utviklingsmuligheter. Artikkelen påpeker viktigheten av tverrfaglig samarbeid for fosteret og barnets skyld,

innenfor primærhelsetjenesten og sosialtjenesten. Tidlige sosiale og humanitære stønader er kostnadseffektivt for samfunnet og ikke minst for barnet og familien. Langsiktighet i planleggingen er nødvendig for at moren skal motiveres til å fortsette å holde seg rusfri etter fødselen.

Det mest interessante i denne artikkelen, slik jeg ser det, var tydeligheten i at langvarig oppfølging er nødvendig for at mødre skal klare å holde seg rusfrie. Artikkelen viser til en studie som er gjort av rusmisbrukende kvinner som ble fulgt opp under svangerskapet i etterkant (Eriksson E, 1994). Av de mødre som avsluttet tiltak kort tid etter fødselen, fordi de fungerte godt, hadde 40 prosent tilbakefall til rusmisbruk innen barnets første leveår. 10 barn (av 52 mødre) ble plassert i fosterhjem. Rusfriheten under graviditeten ble bare en parentes i tilværelsen.

## **2.6. Meeting the gap in infant mental health services - for pregnant and parenting mothers with drug addiction:**

The Haven mother's house modified therapeutic community.

Bromberg, S.R. Backman, T.L, Krow, J. and Frankel, K.A. Infant Mental Health Journal, Vol. 31(3), (2010).

Artikkelen er opptatt av ikke å undervurdere de spesielle behovene som gravide og mødre i behandling av rusavhengighet har. Virkningen som rusmisbruk kan ha på det utviklingsmessige utfallet for spedbarn og små barn, støtter forestillingen om at oppmerksomhet på barn-foreldrerelasjonen er et sentralt aspekt for denne gruppen. Standard holdning overfor denne gruppen skifter mellom å separere mor og spedbarn mens mor gjennomfører avhengighetsbehandling eller gjennomføre avhengighetsbehandlingen mens mor og barn bor sammen, samtidig som de mottar foreldreveiledning. Foreldreveiledning er viktig, men den vil kanskje ikke dekke det nødvendige behovet for relasjonsintervensjon, som ofte er tilstede for de kvinnelige rusavhengige og deres barn i tilfriskningsprosessen. Denne artikkelen beskriver utvikling og driften av et langsiktig bo- og behandlingsprogram for integrering av praksis for spedbarns psykiske helse med gravide og foreldre med avhengighetsproblematikk.

Jeg har særlig festet meg med den tydelig metodiske bruken av feed-back og støtte i behandling, knyttet til dagligdagse gjøremål og rutiner. Rundt 90 prosent av kvinnene som gjennomførte behandlingen på The Haven MTC var fortsatt krim og rusfrie to år etter

avsluttet behandling. Alle 130 babyer ble født rusfrie. De er sterke forsvarere av å behandle mor og barn sammen og viser til at de har oppnådd svært gode resultater. De fremmer også behovet for samarbeid med helsestasjon og sosialtjeneste som viktige suksessfaktorer i deres arbeid.

## **2.7. Engaging High-Risk Young Mothers Into Effective programming:**

The Importance of relationship and Relentlessness.

Chablani A. and Spinney E.R. Journal of family social work 14:4 (2011).

Denne artikkelen beskriver en modell som er designet for å engasjere/nå veldig høyrisiko - gravide og unge foreldre som ikke tradisjonelt oppsøker hjemmebesøk eller andre oppfølgingsprogram. Disse unge mødrene lever ikke i et stabilt oppvekstmiljø. De kan være en del av gate - og gjengmiljøer, stå i fare for å droppe ut av skolen eller allerede har droppet ut, brutt loven, strever med rusavhengighet og andre psykiske helseproblemer. De kan være involvert i vold og overgrepssituasjoner, og eller er isolerte immigranter eller flyktninger. De er i risiko for å utvikle «long-term» negative ungdomsproblemer, inkludert arbeidsløshet, systemavhengighet, fattigdomsproblematikk. Dette vil i økende grad påvirke deres barn negativt.

Artikkelen beskriver hvordan de identifiserer høy-risiko mødrene og beholder dem i programmet over en lang periode. Denne metoden bygger på Prochaskas' steg for endringsmodell. Den inkluderer utholdende oppsøkende arbeid, «transformativ» relasjon og steg-basert program/oppfølging. Funnene peker på at også høyrisiko - foreldre, kan bli gode kandidater til å øke livskvalitet både for seg selv og barna. Dette avhenger av at de opplever dette programmet utviklingsfremmende og det inkluderer sterke relasjonsbyggende komponenter.

Det er deres særlige fokus på relasjonsbyggingen i programmet som har gjort denne artikkelen aktuell for meg i min studie. Det har vært interessant å lese om engasjementet fra de ansatte, utholdenheten og måten de har knyttet relasjoner til de unge mødrene på. Relasjonen blir beskrevet som tett og nær, ligner et vennskap og de ansatte har gått inn i arbeidet med hele seg.

## 2.8. Oppsummering

Den tidligere forskningen jeg viser til i dette kapitlet, mener jeg underbygger, utdyper og åpner nye dører for større innsikt og viser noen veier videre en kan gå. Det har vært vesentlig og presentere forskning som har hatt betydning i arbeidet med min studie. Sentralt står selvfølgelig ph.d-studien om FHS (Hjerkinn, 2012). Neumann (2007) har vært nyttig for meg på et mer systemperspektivnivå og vært sentral i å sette i gang prosesser hos meg selv. Artiklene som omhandler relasjoner i konteksten, rusmisbrukende mødre, er sentrale og er med på å løfte mine funn om dette temaet. Artikkelen med brukerstemmer peker også på viktige sider ved jordmødres holdninger til mødrene. Ordet holdninger brukes i artikkelen, og det peker i retning av nærhetsetikken i praksis. Artiklene, slik jeg ser det, styrker funnene fra mine informanter, som sier at den gode relasjonen mødre opplever å ha med FHS er sentral og viktig i for mange.

Dette kan også være viktige motivasjonsfaktorer for FHS. Slik at de fortsetter å tilrettelegge for gode møter, god faglig oppfølging og se viktigheten og nytten av dette. Ingen av artiklene som jeg har funnet, gir en teoretisk utdypning av funnene; det har jeg savnet.

## 3.0. Teoretisk forankring

Den teoretiske rammen kan ofte endres eller modifiseres underveis i et forskningsprosjekt (Malterud, 2011). I denne studien ble den teoretiske rammen endelig bestemt etter at intervjuene og analyseprosessen var ferdig. Også i denne prosessen ble det utfordrende å legge til siden min egen forforståelse og se nøye etter hva funnene pekte på, mer enn mine tanker rundt temaet. Studiens funn, som tar utgangspunkt i informantenes egne opplevelser og erfaringer med FHS, bidro til at jeg fikk svært positive tilbakemeldinger om deres opplevelser med FHS. Funnene fikk meg til å spørre hva det var som gjorde at informantene hadde så gode opplevelser med FHS? Funnene sier noe om den gode relasjonen, bruk av tid og tilgjengelighet. Videre peker funnene også på et felles mål hos både mødrene og FHS, nemlig rusfri graviditet og foreldreskap.

Problemstillingen *Hvordan opplever mødre møtet med FHS*, peker på mødre, opplevelser og møte med et system. Jeg har derfor valgt teori som kan si noe om dette. Nærhetsetikken peker på relasjonens betydning i samhandling. Nærhetsetikken blir presentert ved Martin



Buber, Emmanuel Levinas og Knud E. Løgstrup. Slik jeg ser det, er relasjonens betydning viktig for mer enn bare møtet med FHS, det handler også om rammen om å være en del av noe mer. Disse sidene vil også bli berørt ved hjelp av recovery-teori.

Recovery-teori, ved boka «Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelser» av Borg og Topor (2007), ble valgt for å fremme informantenes stemmer. Denne forskningen underbygger flere av funnene i min studie. Funnene fikk meg til å spørre om hva som fungerte på FHS. Slike spørsmål blir også stilt av Borg og Topor.

Som nevnt i innledningen til tidligere forskning (kap.2.1.), er mye av teorien som finnes knyttet til relasjonen og samspillet mellom barn og omsorgspersonen, innenfor feltet rusmisbruk og mødre. I denne studien er mødre i sentrum, og jeg har valgt å fokusere på Daniel Sterns bok «En mor bliver til» (1999), som presenterer den mentale utvikling hos kvinner som blir mor. Innledningsvis gjør jeg kort greie for tilknytningsteorien, for på den måten å sette rammen for hva dette egentlig handler om, nemlig gode oppvekstbetingelser for barna.

### **3.1. Nærhetsetikk**

I følge Vetlesen og Nortvedt brukes begrepet nærhetsetikk for å betegne et perspektiv på etikk som er felles for flere framtrede tenkere i vår tid, som Martin Buber, Emmanuel Levinas og Knud E. Løgstrup (Vetlesen & Nortvedt, 1994, p. 58). Nærhetsetikken fokuserer på jeg-du-forholdet som det grunnleggende etiske forholdet mellom mennesker. Det som finner sted i dette jeg-du-forholdet, er menneskers erfaring av seg selv som et etisk subjekt og som etisk adressat. Menneskers erfaring er sanselig og følelsesmessig, så vel som tenkende. Jeg-et går du-et i møte ut fra en interesse i du-et som et med-subjekt, altså ut fra at jeg-et bryr seg om og med den andre. Nærhetsetikken ser subjektet som en aktiv deltaker i motsetning til en passiv tilskuer (Vetlesen & Nortvedt, 1994).

I nærhetsetikken er det mellommenneskelige møtet helt sentralt. Det er i møtet med *Den Andre* at det moralske ansvar fødes. I dette møtet vil *det gode* kunne fødes, om møtet er nært, åpent og en lar seg bevege av Den Andre. Nærhetsetikken peker positivt på mulighetene i møtet mellom mennesker. Dette møtet kan bidra til å avsløre forhold som hindrer denne nærheten i møtet (Bøe & Thomassen, 2009).

Nærhetsetikken, representert ved flere teoretikere, har vært opptatt av at vi må bli sett som et menneske (Buber, 1995; Illich, 1978; Lévinas & Aarnes, 2004; Løgstrup, 2008; Skjervheim, 1996). Den jødiske filosofen Martin Buber (1878-1965) beskriver hvordan mennesker blir til i nærværet og i forholdet mellom mennesker. Han snakker om to jeg-er, Jeg-Du og Jeg-Det-forholdet. Jeg-Det-forholdet distanserer seg fra Den Andre ved å oppfatte Den Andre som en ting i verden. Buber er opptatt av det betydningsfulle i Møtet med Den Andre, et møte der det hersker åpenhet, direktehet og nærvær (Schibbye, 2009). Han forklarer at mennesket blir til i eller er, i møtet mellom mennesker, «ved at Jeg-er blir et Du». I denne mellommenneskelige dimensjon deler vi en felles opplevelse og får bekreftelse gjennom Den Andre. Begge parter har sin bevissthet rettet mot den andre. Relasjoner mellom mennesker kan enten være preget av subjekt-subjekt-relasjon eller subjekt-objekt-relasjon. I subjekt-objekt-relasjonen trer en ikke inn i forholdet, i samhørigheten, slik at man blir en person, man forblir atskilt og løsrevet fra den andre. Buber snakker om at Jeg-Du-nærværet med sin hellighet må bryte inn i Jeg-Det-tilværelsen og gi det liv og fylde (Buber, 1995).

Buber ser ikke objektiveringen av verden som et ensidig onde, men mer som en nødvendighet. Han mener det ikke lar seg gjøre å leve i Du-ets øyeblikk. Han plasserer tingliggjøring av den andre som noe som tilhører den menneskelige tilværelse og Du-nærværet nærmest som en religiøs opplevelse. Buber beskriver ulike trekk ved vårt samfunn som synes å fortrenge Jeg-Du-relasjonen. Han skiller mellom den sosiale og den mellommenneskelige dimensjon, der det sosiale livet blant annet er preget av roller, gruppetilhørighet og normer for samhandling som kan stå i veien for det mellommenneskelige (Buber, 1995). Det sosiale livet som kun består av samhandling og mangler nærvær, kan på ulike måter skape barrierer til det mellommenneskelige der Jeg-Du-relasjonen har sitt liv (Bøe & Thomassen, 2009).

Levinas (1906-1995) er opptatt av møtet med Den Andres ansikt, og sier at uten den Andres ansikt forsvinner det etiske kallet og den gode handlingens kilde. Den Andre blir det unike, det enestående. Han begrunner ikke menneskers ukrenkelighet med hva de er eller forstilling om frihet og iboende verdighet. Han sier at ukrenkelighet hører sammen med det som ikke går an å si noe om hos medmennesket – noe en aner, noe en tar imot, *før* en tar i bruk ord og begreper. Han snakker om det fremmede i den Andre som angår oss. Ved å holde fast på det fremmede hos den andre som noe som både angår og utfordrer oss, da er utgangspunktet til stede. I det blir en til som et menneske selv og det innebærer en vekkelse til å hjelpe Den Andre. I sitt medmenneskes ansikt ser og mottar vi et ordløst budskap om sårbarhet og

ukrenkelighet. I dette rommet blir volden, krenkelsene og likegyldighet vanskelig (Lévinas & Aarnes, 2004).

Løgstrup (1905-1981) sier at det er naturlig for mennesket å ha tillit til Den Andre. Denne tilliten er et fundamentalt utgangspunkt for etikken. Det skjer ved å utlevere seg til Den Andre og på den måten stille seg selv sårbar. En legger noe av sitt liv i den andres hender i en forventning om å bli ivaretatt. I alle sosiale sider og personlige møter gir en makt overfor hverandre. Hvordan man bruker den makten, er avgjørende. «En har noe av dens andres liv i sine hender». Den etiske fordring er et kjernebegrep i Løgstrups etikk. En etisk fordring er en bønn om at en skal ta vare på den andre. Den er etikkens svar på hvorfor en skal handle godt mot medmennesker, nemlig kallet til å handle godt i møtet med sin neste. Den etiske fordringen er taus, en er kallet til å hjelpe, men vet ikke hvordan (Løgstrup, 2008).

Løgstrup bruker begreper som livsytringer, der et eksempel er barmhjertighet. Barmhjertighet beskriver han som å ville rydde av veien hindringer for den nødlidendes livsutfoldelse. Når barmhjertighet opptrer som livsytring, vil en før en har tenkt seg om, før en har gjort noen refleksjoner, gå inn i situasjoner å hjelpe Den Andre. En vil forsøke å hjelpe Den Andre til å oppnå det han ønsker, eller hjelpe ham til å komme ut av en situasjon en ikke klarer på egen hånd. Denne barmhjertigheten skjer uten baktanker eller motiver, det er livsytringen som lar det skje. Handlingen har ikke noe mål, målet er oppfylt ved selve handlingen (Bøe & Thomassen, 2009, pp. 66-67).

Jeg har her presentert nærhetsetikken ved tre teoretikere som har sentrale og aktuelle tanker rundt relasjonens betydning i samhandling. De peker alle tre på vesentlige sider ved relasjonens betydning med Den Andre. Buber, representert her ved Jeg-Du-relasjonen, mener at det sentrale skjer i møtet *mellom* mennesker. Gjennom Levinas' tanker har jeg valgt å vektlegge Den Andres ansikt og det etiske kallet til å handle godt mot den andre. Løgstrup presenteres gjennom å legge ens liv i andres hender, som fremmer tilliten som mennesket har i relasjon med andre. I møte med nærhetsetikken blir enkle ord til sterke erfaringer om vanlige møter. En skimter noe av det unike ved møtene mellom mennesker, som en må stadig bør påminnes. Det er en kilde til motivasjon og er med på å gi en utvidet mening i relasjonen til den andre.

### 3.2. Recovery-teori

Recovery-teori består både av dokumentasjon på bedring av personer med psykiske lidelser og ser på hvilke mekanismer og faktorer som fremmer recovery (Topor, 2003). Det er flere aktører innen recovery-forskning; en sentral person er psykolog, dr. phil. Alain Topor, han har skrevet flere bøker om emnet. Her vektlegger jeg særlig boka: «Virksomme relasjoner, Om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse» (2007) som han har skrevet sammen med professor Marit Borg. Boka bygger på historier til mennesker som har opplevd alvorlig psykiske lidelser. De har lagt bak seg et liv preget av lidelser og lever et ganske alminnelig liv og en vanlig hverdag. Gjennom intervjuer forsøker forfatterne å peke på hva informantene opplevde som den mest virksomme hjelpen. Det var ikke ett svar, mangfoldet ble tydelig, ofte var erfaringer vevd inn i hverandre.

Ett forhold ble understreket av alle, viktigheten av å holde fast på håpet og ønsket om et annet liv. Forfatterne peker på at samspillet mellom en bedringsprosess og dem man omgir seg med, er sentral. Alle er vi sosiale vesener som utvikler oss gjennom samvær med andre. Boka vektlegger at hjelpenes medmenneskelighet har like stor betydning som deres faglige verktøy.

Fenomenet bedringsprosess beskrives av forfatterne som *det å komme seg*, etter alvorlige psykiske lidelser. Slik jeg forstår det, kan man også bruke begrepet *å komme seg* etter andre vanskelige livssituasjoner, som for eksempel rusmisbruk. Denne krevende menneskelige utviklingsprosessen forgår ofte i faser. Gode faser kan avløse dårlige faser som igjen betyr at forløpet ofte tar tid og har forskjellig form. Mennesker kommer seg på ulike vis og kan finne egne mestringsstrategier for å håndtere hverdagslivet. Topor peker på betydningen av den enkeltes egen innsats som sentral, men også sosiale faktorer, materielle betingelser og hjelpeapparatet har innvirkning på bedringsprosessen. Gjennom hans forskning fremkommer det flere elementer som blir viktige. I stedet for å gjøre rede for dem her, vil jeg trekke inn enkelte funn fra hans forskning som er aktuelle for å belyse noen av de funnene som presenteres i min studie (kap. 7.2). Bedringsprosessen handler om å gjenerobre rollen som et alminnelig og sunt menneske.

En innvending mot å bruke Topors teori som rammeverk i denne studien, kan være at hans forskning omhandler mennesker med alvorlig psykisk lidelse, mens mine informanter ikke har en slik diagnose. Jeg mener likevel at mine funn om hva som virker ved FHS, er i tråd med

flere av hans funn, og at det dermed ikke er avhengig av diagnosen, men hvilke faktorer som virker inn på bedringsprosessen. Brukerperspektivet er sentralt hos Topor. Han har forsket sammen med brukere for å tydeliggjøre brukernes ressurser og innsikt (Kristiansen et al., 2009). Det fins flere andre forfattere som kunne være aktuelle å bruke, når en ser på bedringsprosesser og brukervedvirkning. Antonovsky, er sentral med sin modell om graden av sammenheng, *Salutogene modellen*. Der knytter han opplevelsen personer har av at livet må gi mening, være forståelig og håndterlig for hver enkelt, til det å komme seg gjennom vanskelige hendelser eller sykdom (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Videre kan jeg peke på Jaakko Seikkula som fokuserer på brukervedvirkning gjennom *Åpne samtaler og nettverksarbeid*. Han er særlig oppmerksom på at forandringer skjer gjennom det vi har rundt oss, nettverket, språket og i samtalene (Seikkula & Stenersen, 2012).

### 3.3. Tilknytningsteorier

Barnepsykolog og psykoanalytiker John Bowlby (1907-1990) introduserte begrepet *tilknytning* første gang i forbindelse med sin separasjonsforskning. Han anvendte begrepet for å beskrive de følelsesmessige båndene som utvikles mellom spedbarn og primær omsorgsgiver i løpet av barnets første leveår og dennes betydning for dannelse av personlighet. Tilknytningsteori er ikke statisk, men utvikles av vitenskapelige funn og retninger og integrerer blant annet: Psykodynamisk teori, utviklingspsykologi, systemteori, evolusjonsteori og hjerneforskning (Smith, 2002). Tilknytningsteorien har fått økt oppmerksomhet de siste årene på grunn av forståelsen for betydningen for barns tidlige utvikling i et livsløp og erkjennelsen av at nære relasjonelle erfaringer fra tidlig barndom får betydning gjennom hele livet. Barns tilknytning påvirker flere viktige utviklingsmessige kompetanser som selvregulering og trygghet i utforskningen av verden. Omsorgspersonenes sensitivitet overfor barnet er ofte omtalt som kvalitet og forstås som årvåkenhet overfor barnas signaler, tilpasset tolkning av respons, nøyaktighet i respons, fleksibilitet i oppmerksomhet og atferd, passende nivå av kontroll og forhandling rundt konfliktsituasjoner (Bowlby, 1994).

Daniel N. Stern er professor i psykologi ved universitetet i Genève og anerkjent av både spedbarnsforskere og utviklingspsykologer. Stern har gitt ut flere bøker med særlig fokus på spedbarnets utvikling og samspill med omsorgspersoner. Gjennom flere hundre intervjuer av mødre introduserer Stern begrepet *moderskapsinnstillingen* i boka, «En mor blir til» (1999). I

det begrepet vektlegger han den psykologiske prosessen som skjer fra en kvinne blir gravid og inn i moderskapet. Stern hevder at det å bli mor skjer gjennom en bearbeiding av sin mentale innstilling, en prosess som skjer litt etter litt og beskriver det som en dyp og privat opplevelsesverden.

For å forklare hva som skjer psykologisk, tar han tak i de mentale innstillinger hos mennesket. *Mentale innstillinger* bestemmer hva vi mener er viktigst, hva vi legger merke til i en gitt situasjon, den sier oss hva vi liker, hva som gjør oss opphisset, skremmende eller hva som kjeder oss. De mentale innstillinger påvirker de valg vi gjør og vår tilbøyelighet til å opptre på en bestemt måte. Den organiserer våre mentale liv slik at vi blir til sammenhengende individer. Stern hevder at når en kvinne blir mor, utvikler hun en helt annen mental innstilling enn den hun hadde før. Han sier: « Når en kvinde bliver mor, vil hun – uanset tidligere motiver, sårbarheder og emotionelle reaktioner – i en periode handle på grundlag af en helt ny mental indstilling» (Stern, et al., 1999, p. 9). Denne moderskaps-innstillingen tar plassen til hennes allerede eksisterende mentale liv og vil innta en sentral plassering. Det gir moderens indre liv en helt annen karakter. Det å bli mor er en unik opplevelse. Å få et barn vil være med på å styre hva en deretter tenker på, hva en frykter, håper og fantaserer om. Det påvirker følelser, handlinger og fremmer mors basale sanse- og informasjonsbearbeidingsystemer. Alt dette virker inn på allerede eksisterende relasjoner og kan også føre til at en tenker annerledes om de andre og nydefinerer sin egen rolle i familiesystemet.

Stern mener at det ikke er snakk om en reorganisering av det mentale liv, men en helt ny funksjonsmåte, som vil eksistere side om side med de mentale innstillinger som allerede er etablert og mest sannsynlig påvirke dem.

Denne moderskapsinnstillingen vil ikke alltid ha en like sentral rolle, den er mest fremtredende gjennom svangerskap og fødsel og skjer gradvis. Den eksisterende mentale innstillingen blir dyttet i bakgrunnen, og Stern hevder at det er opp til kvinnen hvor lenge moderskapsinnstillingen preger dem. Det er avhengig av både praktiske og økonomiske forhold. Skjer det andre viktige ting i livet til en mor, vil det kunne ta oppmerksomheten bort fra den mentale moderskapsinnstillingen. Denne innstillingen forsvinner ikke, men kan vente i kulissene til det er behov for den, eksempel når barnet blir sykt eller er i fare. Å bli mor blir en dyptgående og vedvarende del av deg som er særlig fremtredende i begynnelsen og etter hvert bare synlig i gitte situasjoner. En mor blir aldri mer den samme som hun var før barnet

ble født, det er skjedd en stor varig forandring. Stern skiller mellom en psykologisk mor og en fysisk mor (Stern, et al., 1999).

De mentale innstillingene kan sees i sammenheng med Bowlbys forståelse av *indre arbeidsmodeller*. De tilknytningserfaringer barnet daglig gjør med omsorgspersoner, avfører indre representasjoner i barnets bevissthet. Disse blir kalt *indre arbeidsmodeller*. Erfaringene lagres som mønstre i hjernens hukommelsesnettverk og strukturerer barnets fremtidige møte med omverden. Disse erfaringene sier noe om hvor emosjonell tilgjengelig omsorgspersonene er. De sier også noe om barnets selvopplevelse og egen betydning av seg selv i relasjonen til den andre. Den indre arbeidsmodellen utvikles dynamiske mellom barnet og omsorgspersonene (Bowlby, 1994).

Flere andre forfattere har også vært opptatt av de psykologiske prosessene som skjer når en kvinne blir mor. Schibbye beskriver denne fasen som en krise som skjer både innenfra og utenfra. I en krise fins det både angst for det ukjente og muligheter (Schibbye, 2009). En annen forfatter er Margareta Brodén, beskriver graviditet som en av flere overgangsfaser. I disse overgangsperiodene aktualiseres spørsmål om ens identitet, og det oppstår eksistensielle spørsmål. Våre tidligere livserfaringer aktualiseres. En sier ofte at en er mer psykisk sårbar i disse periodene, og det kan gjøre oss mer klare for å se innover, møte oss selv og erkjenne hvem en er. Man modnes og står bedre rustet til den neste perioden i livet. I overgangsperioder fødes nye tanker og verdier (Brodén, 2004).

Stern (1999) trekker frem flere sider ved denne forandringen og peker på hvordan de påvirker og endres gjennom forberedelsen til å bli mor. På grunn av oppgavens begrensninger er det ikke mulig å gå i dybden på alle temaer. Jeg har valgt å presentere kort to områder som jeg vurderer som sentrale i denne studien, rolleendring, fra datter til mor, og mors grunnleggende behov for oppmuntring fra andre mødre.

Ens liv som datter blir til fortid og med en fremtid som mor, med alt det innebærer av muligheter. Her kan følelser av mange slag dukke opp, fra sorg om hennes tapte identitet til glede over ny identitet som mor. Det er særlig under graviditeten at en blir opptatt av sin barndom og morsfigurer. Den nye identiteten krever at du forbereder deg mentalt på forandring og gjør en stor emosjonell innsats for å finne nye aspekter ved deg selv og integrere dem i dagliglivet. Gravide vil ofte reaktivere sin barndom, dels for å søke etter modeller for å fylle morsrollen, dels for å forberede seg på barnet. Det er naturlig å se tilbake på tidligere erfaring som mulig kan være nyttig i denne nye situasjonen. Barndomsminner

forklares som bruddstykker av små hukommelsesspor. Hva som bestemmer hvilket spor man velger, er avhengig av konteksten man husker i, hvilken betydning man gir minnene og hva slags spor man husker. Dette minnet er noe som utføres i nåtiden, vi husker bedre for å forstå hva som skjer nå og henter hjelp i fortiden. Det er her mors egen tilknytningsstil vil møte det tilknytningsmønsteret en etablerer med sitt barn. Som nybakt mor er en ikke låst til nødvendigvis å gjenta egne oppdragelsesmønstre. Her er bearbeiding av egen barndom sentral, i tillegg er en sterk evne til selvrefleksjon og innsikt nødvendig for finne en objektiv forståelse av for eksempel egen morsrelasjon. Stern peker på flere utfordringer og vektlegger farer ved å holde for stor emosjonell avstand eller for tette emosjonelle bånd til egne opplevelser som barn. Dette vil hindre en grundig selvrefleksjon, noe som igjen øker risikoen for å gjenta dårlige familiemønstre (Stern, et al., 1999).

Å skaffe seg psykologisk støtte er nødvendig for å fungere som mor. Gjennom Sterns (1999) forskning, med intervju av mødre, avdekkes mødres behov for bekreftelse, oppmuntring og støtte, særlig fra kvinner med mer erfaring som mor enn hun selv har. Han sammenligner det å bli mor med å lære et håndverk, en må gå i lære hos en mester. Det handler ikke bare om å få råd og opplysning, men i større grad avhenger det av et psykologisk miljø hvor mor kan oppleve seg trygg, bli sett og våge å åpne opp for foreldreevner (Stern, et al., 1999, p. 118). Dette psykologiske miljøet kalles *støttende nettverk* (eng. « *Holding environment*»). Et støttende nettverk har til hensikt å utveksle informasjon om sin morsrolle med andre mødre. Slike samspill tilfredsstiller behovet for visshet, behovet for å lære faget, for å konstatere hvordan en klarer seg som mor og ta del i dette nye mødresamfunnet.

Søken etter et støttende nettverk kan innebære at en ser nærmere på sitt forhold til egen mor. Til tross for tidligere vanskelige forhold til sin mor kan flere oppleve at forholdet kan bli mer positivt, utvikle seg og endre karakter. Ens mor må ikke være den sentrale, mange kan spille en viktig rolle i dette støttende nettverket. Selv ens fantasi om hva som er den ideelle forelder, kan være viktig. Det vesentligste er at mødre ikke blir sosialt isolert i denne fasen, de løper da en større risiko for å utvikle depresjon eller vansker med barnet (Stern, et al., 1999).

Gjennom å presentere begrepet *Moderskapsinnstillingen* har jeg forsøkt å plassere sentrale psykologiske endringer som skjer både hos mor fra graviditeten og inn i morsrollen. Disse psykologiske endringene eller sporene kan gi en forståelse av hvilken kraft og mulighet for endring som ligger i å bli mor. Den kan også føre leseren til en forståelse av informantenes erfaring av forandring, fra rusmisbruker til å bli én mor med muligheter.



### **3.4. Oppsummering**

De tre valgte teoriperspektivene har på forskjellige måter fokus på mennesket og dets muligheter. Nærhetsetikken ser jeg som en mer overgripende forståelse for det unike i mennesket. Den fremmer dybden i møtet og lager en viktig ramme for de andre to teoriene. Topor og Borg peker på mer konkrete faktorer som kan bidra til bedringsprosesser eller endringsprosesser. Stern presenterer mor i en psykologisk forståelsesramme, der det skjer viktige psykologiske prosesser, som er vesentlig å kjenne til for å fremme riktig og god hjelp. Begge bygger på opplysninger hentet fra brukere selv. Slik sett er derfor en sammenheng mellom enkeltfaktorene hos Topor, Borg og Stern og de overordnede tanker om mennesket og deres møter i nærhetsetikken. På den måten kan en si at deres teorier komplementerer hverandre.

### **4.0. Metode**

I dette kapittelet presenterer jeg valg av metode (4.1.). Jeg har valgt å gjøre rede for kvalitativ metode spesielt (4.2.). Videre redegjør jeg for utvalgsprosessen(4.3.) og reflekter kort over valg som er gjort i forberedelsene. Analysen av dataen presenteres ved Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering (4.4). Avslutningsvis oppsummeres kapittelet (4.5.).

#### **4.1. Valg av metode**

I følge Malterud (2011) er det ikke en bestemt forskningsmetode som bestemmer vitenskapeligheten, men måten en forvalter innhenting og håndtering av kunnskap. Aase og Fossåskaret (2007, p. 44) sier at et grunnleggende vitenskapsteoretisk spørsmål forskeren bør stille, er hvilken type kunnskap det er mulig å skaffe om det temaet som skal studeres. Metoden er altså en systematisk fremgangsmåte som omfatter prosessen for blant annet å samle og bearbeide data.

Det fins mange ulike metoder, og en skiller ofte mellom generelle metoder og spesifikke metoder. Formelle metoder kan i prinsippet anvendes på alle typer materiell, eksempel er deduksjon eller induksjonsmetoder. Med spesifikke metoder mener man metoder som må

tilpasses et bestemt materiell. Disse klassifiseres i kvantitativ og kvalitativ metode (Barbosa da Silva, 2006).

Kvantitativ metode kjennetegnes ved innsamling og bearbeiding av data etter strenge regler og kriterier. Disse skal kunne tallfeste forekomster av ulike fenomener og sammenligne disse som statistiske sammenhenger eller korrelasjon mellom egenskaper. En vanlig metode er spørreskjema, som gir mulighet til å fremskaffe informasjon fra et stort antall informanter. Her gis det mulighet til statistisk analyse av materialet, og en kan antyde mulige årsakssammenhenger mellom fenomener som skal undersøkes (Aase & Fossåskaret, 2007).

## **4.2. Det kvalitative forskningsintervjuet**

Kvalitative metoder anvendes i forskning som er opptatt av å beskrive helheter og å analysere dem i forhold til deres deler. Dette bygger på det hermeneutiske prinsippet at den kvalitative helheten er større enn summen av delene. Kvalitative metoder er brukbare for å studere kvalitative data som kan kalles meningsfullt materiell, som er produkt av menneskelig bevissthet som uttrykker ulike former for subjektive opplevelser som kun kan forstås i interaksjon med det opplevde subjektet (Føllesdal & Walløe, 2002). Kvalitativ metode kan for eksempel være hermeneutikk, fenomenologi, grounded theory, fenomenografi, innholdsanalyse, tekstanalyse, argumentasjonsanalyse, feltarbeid, deltakende observasjon og dybdeintervju. Noen av disse anvendes for å samle inn kvalitative data, som deltakende observasjon og dybdeintervju, mens andre anvendes for å tolke, analysere og systematisere data, som grounded theory og hermeneutisk fenomenologi.

I kvalitativ forskning er kvalitative intervju en metode som egner seg til å samle inn data om menneskers opplevelser for «å forstå sider ved intervjupersonenes dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv» (Kvale & Brinkmann, 2010, p. 43). Det å tilegne seg kunnskap gjennom samtale har en lang tradisjon. Kvale og Brinkman (2010) viser til Sokrates bruk av dialog for å erverve filosofisk kunnskap. Jeg valgte en semistrukturert livsverdenintervju som redskap i denne studien. Det betyr at intervjuet er bygget opp som en samtale. Fenomenologi innenfor kvalitativ forskning tar utgangspunkt i beskrivelsen av menneskers livsverden, hvordan de erfarer og forstår fenomener, ut i fra sine perspektiv (Kvale & Brinkman, 2010). På samme måte var jeg opptatt av hvordan informantene hadde opplevd møte med FHS og forsøkte derfor å formidle hvordan informantene forsto sin verden ut fra tanken om at virkeligheten er slik mennesket opplever den. En intervjuomal ble brukt som utgangspunkt for samtalene, men ikke fulgt slavisk som spørsmål som det måtte svares på. Et semistrukturert livsverdenintervju

kan minne om en hverdagslig samtale, men krever både teknikk og formål når det utføres profesjonelt (Kvale & Brinkmann, 2010, p. 47). Et forskningsintervju kan ha for mye struktur og dermed låse samtalen og hindre informasjon i å komme frem. Derimot kan riktig forhåndsstruktur bidra til at en unngår unødvendig informasjon (Ryen, 2006).

I forkant av intervjuene ble det laget en intervjuguide basert på forskningsspørsmålet (vedlegg 1). Guiden inneholdt spørsmål som jeg mente var relevante for temaet og ment som forslag og oversikt over hva jeg ønsket fokus på. Denne inneholdt tre overskrifter med flere underspørsmål. Den er blitt brukt som utgangspunkt i hvert intervju. Min forforståelse bygde på at mødre som går på FHS, kan ha utfordringer med å uttrykke sine opplevelser verbalt. Derfor inneholdt intervjuguiden ganske mange underspørsmål. Disse underspørsmålene ble kontinuerlig justert etter hvilke informanter jeg snakket med. Noen hadde mye å fortelle, samtalen gikk lett, med mange erfaringer å dele. Andre hadde behov for mer konkrete spørsmål, for å vite hva de skulle svare på og ønsket tydeligere rammer. Intervjuguden er ikke blitt endret skriftlig underveis, men tilpasset under hvert intervju i samspill mellom informantene og meg som intervjuer. Det som fungerte godt i ett intervju, fungerte annerledes i det neste.

Jeg hadde en tanke om at det var lettere å begynne med konkrete spørsmål om alder, bolig, nettverk, men i flere intervjuer var det mer naturlig å begynne med spørsmål rundt hvordan de først kom i kontakt med FHS. Da ble temaet satt med en gang. Dermed ble hvert intervju forskjellig. Jeg var opptatt av å følge svarene og rytmen til hver enkelt informant. Min intensjon med dette var å få frem mest mulig av informantens livsverden. En kan stille spørsmål ved om rekkefølgen ved informantene påvirket mine spørsmål og min motivasjon, da jeg ofte hadde det forrige intervjuet i bakhodet når jeg møtte nye informanter.

Et kvalitativt intervju er som en samtale mellom personer om et tema de er opptatt av. Kunnskapen om temaet skapes i samspill mellom intervjueren og den som intervjues (Kvale & Brinkmann, 2010). For at det skulle skje, var det viktig at informantene opplevde seg trygge og ivaretatt i selve intervjusituasjonen. Det var vesentlig at jeg møtte hver informant åpent og nysgjerrig. Ved å lytte aktivt uten klare svar, uten fordommer og min forforståelse langt fremme, kan det ivaretas (Malterud, 2011). Spradley i Kvale og Brinkmann (2010) viser til hva han har skrevet om møtet med intervjuobjektene:

Jeg ønsker å forstå verden ut i fra ditt synspunkt. Jeg ønsker å vite hva du vet, på den måten du vet det.  
Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i dine sko, føle ting slik du føler dem,

forklare ting slik du forklarer dem. Vil du være min lærer og hjelpe meg med å forstå (Kvale Brinkmann, 2010 p.138).

Disse ordene kan si noe om ønsker jeg hadde for intervjuets innhold og etablering av relasjonen, hvor jeg skulle lære av informantene. Som forberedelse til dette leste jeg relevant litteratur, særlig andres forskningsarbeid innenfor feltet var nyttig, og jeg gjorde meg godt kjent med intervjuguiden.

Informantene valgte selv hvor og når intervjuet skulle finne sted. Alle informantene valgte å invitere meg hjem til seg. De fleste etter at barna var lagt. Dette gjorde at jeg kom som gjest til et hjem der informanten var kjent og trygg. Jeg hadde snakket med alle i telefonen på forhånd. Før lydopptakeren ble slått på, ble det informert om studien og gitt tydelig informasjon om rettigheter de har som deltakere og samtykke om deltagelse i studien ble underskrevet (vedlegg 3). Etter at opptakeren ble slått av, ble det gitt informasjon om hva som skjer videre i prosessen frem mot en masteroppgave.

Intervjuene foregikk over en periode på tre måneder. De varte fra i underkant av en time til over to timer. Ett intervju foregikk over to timer, og det ble snakket om tema som informanten var opptatt av, men som ikke var like relevante for studien. Jeg valgte å bruke tid på å høre på vedkommende og samtale sammen med henne om temaene hun var opptatt av. I dette intervjuet ble det en utfordring å følge intervjuguiden, da tiden og oppmerksomheten ikke strakk til. De fleste intervjuene ble gjennomført ved at jeg stilte spørsmål fra intervjuguiden. Spørsmålene ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål knyttet til temaet informanten formidlet. I noen situasjoner var det nødvendig å forklare mer hva jeg lurte på, ved å gi eksempler. Det kunne være eksempler fra noe de allerede hadde sagt litt om, eller mer generelle eksempler. I alle intervjuene ble det naturlig å snakke konkret om informantenes ruserfaring. Det var spørsmål jeg ikke konkret hadde satt opp i intervjumalen. Mens spørsmål om hva de legger i uttrykket «god hjelp», fant de fleste vanskelig å svare på. Flere uttrykte at de ikke forsto helt hva jeg mente eller at de følte de allerede hadde svart på det. En informant uttrykte etter intervjuet at hun følte de ble mange av de samme svarene på de fleste spørsmål. Alle intervjuene ble avsluttet med en kort oppsummering og mulighet til å stille spørsmål eller komme med noe de ønsket å formidle.

### 4.2.1. Refleksjon

I etterkant har jeg reflektert over at intervjuguiden kunne ha vært mer åpen og samtalen mindre styrt av mine spørsmål. Samtidig opplevde jeg at det å ha konkrete spørsmål og tema var en god hjelp til å holde fokus på forskningsspørsmålet. Jeg ser at jeg kunne hatt et smalere felt å undersøke, da jeg har fått mye informasjon og stort sorteringsarbeid i ettertid. Dette var også noe jeg hadde reflektert om underveis i forberedelsene. Jeg fant det vanskelig å velge færre temaer, både på grunn av min egen forforståelse, min interesse for feltet og min manglende erfaring med dybdeintervju. Temaene i intervjuguiden ble både FHS som system, informantenes ruserfaring, graviditet, fødsel, foreldreskap, barn og mer generell erfaring med å motta hjelp. Alternativt kunne jeg ha spisset problemstillingen mer mot noen av disse temaene i selve intervjumalen for om mulig å få et smalere område å undersøke. Da intervjuene forgikk over en lengre periode, ble det også en utfordring å være motivert, godt nok forberedt og åpen før hvert intervju. I etterkant har jeg reflektert over at det å møte hver informant åpent og uten det forrige intervjuet i bakhodet, har vært en utfordring.

### 4.3. Utvalg

Kriteriene for å være med i studien var at informantene skulle være mødre og hatt kontakt med FHS, både med jordmor og helsesøster. Det var tydelig formidlet fra Fakultetets etiske komité (FEK, vedlegg 4) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, Vedlegg 6) viktigheten av at deltagerne ikke var kjent for meg, før de hadde fått informasjon om prosjektet via helsesøster og samtykket i å bli kontaktet (Vedlegg 2).

Helsesøster valgte å spørre mødre hun kjente godt. Det ligger i kvalitativ metodes natur at utvalget ikke er representativt, her ønsker jeg å gå i dybden for å få tak i informantenes livsverden. Malterud (2011) kaller det *informasjonsrikdom* fremfor *representativ* om hva som er et godt utvalg. Helsesøster var tydelig på at hun ikke ønsket å gi tilbud om deltakelse i studien til mødre som hun vurderte som uaktuelle. Dette kunne være på bakgrunn av en kjennskap til at vedkommende hadde en vanskelig periode, vanskelig historie, sosial angst eller helsesøster hadde lite kjennskap til vedkommende generelt. Denne utvelgelsesmetoden har påvirket utvalget og gjort utvalget blant annet mer likt enn å få frem forskjeller mellom informantene. Samtidig kan en si at disse informantene er spesielt kompetente til å si noe om kontakten med FHS, noe som også er viktig i kvalitativ forskning.

Det første jeg gjorde, var å sende epost til ledende helsesøster og hennes overordnede, der jeg presenterte tanker rundt studien og ba om tillatelse til å kontakte FHS med den hensikt å få gitt ut informasjon om mulighet for gjennomføring studien. Det var viktig å informere ledelsen om denne studien, da det kan gi større tyngde til et ferdig produkt. Det er også viktig å bruke de ledelsesstrukturer som eksisterer i kommunen og tydeliggjøre jordmor og helsesøsters innsats. Ved å kontakte ledelsen først, med tilstrekkelig informasjon, ga det dem en mulighet til å uttale seg i forkant av prosjektet. Da jeg fikk klarsignal fra ledelsen, kontaktet jeg jordmor og helsesøster via epost. Ledelsen hadde da allerede snakket med dem om studien. Videre hadde jeg flere møter med jordmor og helsesøster, der studien ble presentert, intervjuguide ble gjennomgått og der det ble bestemt på hvilken måte informantene skulle bli valgt ut.

Både jordmor og helsesøster opplevde det som viktig at informantene hadde hatt kontakt med begge to. Det ble nøye gjennomgått hvordan utvelgelsen skulle skje og hvordan de skulle komme i kontakt med meg og hvordan intervjuet skulle gjennomføres. Det ble vurdert som viktig informasjon at helsesøster var kjent med denne prosessen, da hun hadde en viktig jobb med å spørre aktuelle mødre og gi nok informasjon om studien i forkant.

Helsesøster mente det var nytteløst å bare levere ut informasjonsskriv og vente på at mødre ville ta kontakt med meg. Dette var en vurdering hun gjorde på bakgrunn av sin erfaring og kjennskap til brukerne. Det å ta kontakt med ukjente for å la seg intervjues, uten mer hjelp, ville være uaktuelt for de fleste brukere på FHS. Det ble bestemt at helsesøster informerte om studien til aktuelle informanter, om hva som var hensikten med studien, hvordan det skulle gjennomføres og regler for taushetsplikt. De mødre som var positive til deltagelse, ba hun om lov til å gi ut telefonnummer til mødre til meg, slik at jeg kunne kontakte dem for mer informasjon og eventuelt videre til et intervju.

Det å få nok informanter var en langvarig prosess. I følge helsesøster takket en del aktuelle informanter nei til å delta i studien. De uttrykte at det virket for utfordrende å bli intervjuet på den måten som helsesøster beskrev. Andre grunner var prioritering av tid. To mødre takket nei etter at jeg hadde kontaktet dem per telefon. Som beskrevet i utvalgsprosessen lyktes vi med å få fem informanter der det var mulig å gjennomføre intervjuet.

En innvendig mot å gjennomføre utvalgsprosessen på denne måten, er at informantene kan være for knyttet til helsesøster og at deltagelsen ikke er så frivillig som prosessen skal ha det til. Jeg reflekterer over at jeg kunne ønske å gå mer fritt ut til alle brukere av FHS, for å få et

godt og frivillig utvalg. Det lyktes vi ikke med, av flere grunner, blant annet fordi NSD (Vedlegg 6) ga begrensinger i form av rekruttering måtte skje gjennom FHS. Jeg var avhengig av dem for presentasjon og rekruttering. Det var også begrensning i tid da dette er en studie som skal bli ferdig innen et bestemt tidspunkt. FHS ivaretar også de etiske sider som fremkommer i kapittel 5.0.

#### **4.4. Analyse av intervjuene**

Det finnes flere måter å analysere intervjuer på. Jeg har valgt å bruke systemisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, modifisert av Malterud (2011). Formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens livsverden innenfor et bestemt felt og se etter de tydeligste kjennetegnene på fenomenene jeg studere. Gjennom en reflektert holdning til min egen innflytelse på datagrunnlaget, er det mulig å gjenfortelle informantens erfaringer og meningsinnhold, uten bruke mine egne tolkninger som fasit. I denne studien vil det si å søke kunnskap om informantens møte med FHS, hvor deres stemmer og erfaringer var i sentrum. Analysen ble gjennomført i fire trinn:

1. Lese igjennom den transkriberte teksten i et fugleperspektiv for å få et helhetsinntrykk.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert fortløpende og så raskt som mulig etter at hvert intervju var gjennomført. Under transkripsjonen ble alle setninger og ord skrevet ned så nøyaktig som mulig. Fra noen intervjuer skrev jeg ned lyder som barnegråt eller at informanten går for å sjekke barnet eller telefonen. Det var flere av informantene som snakket med lyder, for å understreke det de sa. Noen ganger ble det fanget opp av den transkriberte teksten, som hemm, hæ og stønn. Himling med øynene, skuldertrekk, snu seg bort. Mer nonverbale uttrykk ble vanskelig å formidle nøyaktig skriftlig, og ble ofte beskrevet med prikker for å si noe om at her skjedde det noe mer enn bare ord. Jeg har tydelige minner av stemning og atmosfære under intervjuene, det var det heller ikke mulig å formidle skriftlig. Noen av intervjuene har jeg skrevet en oppsummering av mine følelser i etterkant. Det har jeg ikke brukt videre i analysen, men opplevd som viktig bearbeidelse og forberedelse for å være klar og åpen for neste intervju.

Gjennom selv å transkribere tekstene opplevde jeg at jeg fikk en god oversikt over hva vi hadde snakket om. Jeg hadde hørt intervjuet flere ganger, for å sikre meg at jeg hadde fått

ordrett med det de sa. Slik ble jeg oppmerksom på mine egne svar og kommentarer og fikk da muligheten til å lære av mine feil og se tydelig det som virket. Flere ganger gjentok jeg svarene eller ordene fra informanten for å undersøke om det var dette de mente. Andre ganger stilte jeg spørsmål på forskjellige måter for å sjekke om vi snakket om det samme. Det var også frustrerende å se at jeg ikke fulgte opp temaer som ble brakt på banen eller spurte mer, hva de egentlig mente eller hva dette betydde for dem.

Etter det ble teksten lest, samtidig som jeg begynte å notere ned korte tema og ord etter hvert intervju. Ved det opplevde jeg teksten på nytt, og det ga mange nye tanker. Jeg gikk igjennom hvert intervju for seg selv og skrev ned inntrykk, fargekodet forskjellige tema under hvert intervju. Så samlet jeg temaene, noterte hvor mange som hadde vært opptatt av det samme. Jeg fikk i den prosessen ned 20 korte ordtemaer og startet så jobben med å finne større temaer, som kunne samles i temagrupper eller overskrifter. Det ble mellom seks og ni ordtemaer på hvert intervju.

2. Identifisere meningsbærende elementer ved å sortere og kode den delen av teksten som kan belyse problemstillingen og som har sammenheng med temaene fra første punkt.

Så ble hvert intervju lest igjennom på nytt. Hver meningsbærende enhet, avsnitt eller setning ble kopiert og klippet ut av intervjueteksten og satt inn i ett nytt dokument. Alle meningsbærende enheter fra alle intervjuene ble samlet til ett dokument. Det ble lest igjennom og samlet under nye temaer som: 1. Å bli kjent/Forsterket helsestasjon som nettverk. 2. Å bli sett. 3. Å bestemme selv. 4. Tilbakemeldinger. 5. Barnet som motivasjon for endring. 6. Timing/match. 7. Å være – og bli foreldre. 8. Å være annerledes. 9. Kunnskap. Dette var ment som foreløpige arbeidsoverskrifter, slik at jeg lettere fikk oversikt over stoffet.

Enhetene ble satt sammen uavhengig av hvem som hadde sagt det. Teksten ble fortettet ned til 15 sider. Hele tiden hadde jeg som utgangspunkt at enhetene måtte ha mening stilt opp mot forskningsspørsmålet. Tekst som ikke ga en slik mening ble tatt bort. Alt ble gjennomgått på nytt og plassert inn under de forskjellige foreløpige temaene som var laget. Noen temaer fikk mye stoff, mens andre fikk lite. Noen tekstbiter ble delt opp, andre ble plassert under flere temaer.

3. Omskrive det konkrete innholdet i de meningsbærende elementene til abstrakt mening for å få frem visse temaer. Materialet sorteres i tilsvarende subgrupper.



Teksten ble omskrevet til et mer skriftlig, fortellende språk. Tekstene som hadde samme innhold, ble skrevet sammen. Ingen av tekstene fortalte nå hvem som hadde sagt hva. Sitatene som jeg mente kunne bli satt inn i den ferdige analysedelen for å tydeliggjøre temaet, ble tatt ut og markert. Resten ble samlet og omskrevet. Det ble igjen laget nye overskrifter til hver subgruppe som: 1. Trygghet i møte med FHS, - Å kjenne, allianse, feedback og kunnskap. 2. Å bestemme selv. 3. «Second chance» og 4. FHS som forbilde/rollemodell.

4. Bitene settes sammen igjen og legger grunnlag for nye begreper og beskrivelser, for å igjen sammenfatte betydningen. Forskeren gjennomgår resultatene for å se om de gir en gyldig beskrivelse av sammenhengen de er hentet ut fra.

Hvert tema ble gjennomgått og hver tekstbit ble satt sammen igjen under hvert tema/subgruppa. Det ble igjen laget fem nye overskrifter til funnene. Den hermeneutiske sirkels første prinsipp beskriver den kontinuerlig frem- og -tilbake -prosessen mellom deler og helhet. Utgangspunktet kan være en uklar og intuitiv forståelse av teksten som helhet. Gjennom fortolkninger av delene settes de i en ny relasjon til helheten som kan gjentas som en spiral som kan åpne for stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2010).

#### **4.5. Oppsummering av metode**

Metode betyr opprinnelig, i følge Kvale og Brinkman, «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2010, p. 199). Problemstillingen og hvilke forskningsspørsmål som stilles i studien, avgjør valg av metode (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg har nå presentert mine metodiske valg i denne forskningsprosessen. Gjennom grundig å gjøre rede for hva kvalitativ forskning er, har jeg satt leseren inn i forskningens rammer og muligheter. Jeg har gjort rede for prosessen rundt utvalget av informanter og sammen med forskningsspørsmålet ble valg av intervju som metode tydelig. Ved å gjøre rede for analysen og sette den inn i metodiske rammer, mener jeg å ha klargjort veien til målet.

#### **5.0. Forskningsetiske overveielser**

Det fins mange etiske utfordringer ved et forskningsintervju. En må balansere mellom å skaffe seg kunnskap og ha en etisk forsvarlig atferd både før, under og etter intervjuene. Det var tidlig i prosessen sendt søknad til Fakultetets etiske komite (FEK) om godkjenning av

studien. Tilbakemelding fra FEK var at studien var godkjent, men med forbehold om at studien ble sendt inn til vurdering av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, vedlegg 4). REK godkjente studien (vedlegg 5). Som forsker er det viktig å være bevisst på det asymmetriske maktforholdet mellom forskeren og informanten (Kvale & Brinkmann, 2010, p. 52). Under dette kapittelet presenterer jeg hvordan informert samtykke har blitt gjennomført i denne studien. Jeg har delt opp i tema som fortrolighet (5.2.), der jeg presenterer utfordringene som ligger i anonymiseringen av informantene. Videre gjør jeg rede for hvilke konsekvenser (5.3.) det kan ha for informanten å delta i en slik studie. Jeg peker på sider ved min forskerrolle (5.4.). Kapittelet avsluttes med en oppsummering og kort belyses reliabilitet og validitet av denne studien.

## 5.1. Informert samtykke

Helsesøster var den første som ga informasjon til informantene om studien. Gjennom en kort presentasjon av studien skulle helsesøster avklare om informantene ønsket å bli kontaktet for et intervju, om sine erfaringer med FHS. Da jeg ikke var til stede under rekrutteringen, vet jeg ikke nøyaktig hva som ble formidlet. Det fremkom i samtale med informantene at noen var godt informert om studien, de hadde mottatt informasjonsskrivet (vedlegg 2) og informasjon fra helsesøster på forhånd. Andre hadde kun fått informasjon om studien per telefon fra helsesøster og var da mindre informert om selve innholdet i studien. Noen fikk tilsendt informasjonsskrivet, før jeg så tok kontakt med dem i igjen. På den måten sikret jeg at de ble informert om studiens hensikt og innhold, og med det en mulighet til å samtykke eller trekke seg fra studien. En av informantene opplyste at det ikke var nødvendig med forhåndsinformasjon, hun fikk først lest informasjonsskrivet rett før intervjuet startet.

Det ble brukt en del tid på presentasjon av studien og informantens rolle og rettigheter både i begynnelsen og slutten av intervjuet. Alle fikk også dette presentert i telefonsamtalen på forhånd, og noen også i brev i etterkant. Informantene skrev under på samtykke til deltagelse i studien før intervjuet startet (vedlegg 3).

Kvale og Brinkmann (2010) sier at informert samtykke betyr at informantene informeres om studiens overordnede formål og om hovedtrekkene ved studien. Både risiko og fordeler skal fremkomme. Det at informantene deltar frivillig i studien, må tydeliggjøres både skriftlig og

muntlig. De skal også ha informasjon om deres rett til å trekke seg ut fra studien når som helst uten konsekvenser for de som deltagere (Kvale & Brinkmann, 2010, p. 88).

Alle fikk utdelt mitt telefonnummer og epostadresse, slik at de kunne ta kontakt ved behov. Ingen kontaktet meg i ettertid og ingen trakk seg fra studien. To personer trakk seg etter at de hadde samtykket til helsesøster om deltagelse og jeg kontaktet dem per telefonen. En kan ikke utelukke at noen ble med i studien fordi de følte at de «skyldte» helsesøster det. Det er tidligere poengtert at de fleste informantene ble plukket ut fordi helsesøster opplevde at hun kjente dem og vurderte dem i stand til å delta i en slik studie.

## **5.2. Fortrolighet**

Informantene skal ikke kunne identifiseres, slik at private opplysninger avsløres. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd. Det ble gitt spesifikk informasjon om at lydopptaket skulle slettes etter at alt var skrevet ned og studien var godkjent. Det ble informert om at det kun var jeg som transkriberte teksten og dermed den eneste med tilgang til lydopptakene. Dette ble det informert om før opptakeren ble slått på. Ingen hadde negative reaksjoner på det.

Under transkriberingen ble navn, steder, kjønn på barna eller andre personopplysninger som kunne knyttes til informantene, fjernet eller endret. I presentasjonsdelen blir det ikke spesifisert hvem av informantene som sier hva, noen av sitatene er blandet og satt sammen igjen på andre måter. Det ble opplyst på forhånd at veileder kan få tilgang til intervjuene, alle godtok det, men denne muligheten ble ikke benyttet. Det betyr at det kun er den enkelte som kan kjenne igjen hva som blir sagt. Dette ble det opplyst om til hver informant på forhånd.

Alle opplysninger om informantene ble oppbevart innelåst i et arkiv på min arbeidsplass (vedlegg 3). Alle telefonnummer til informantene ble slettet fra min mobil kort tid etter intervjuene var gjennomført.

## **5.3. Konsekvenser**

Det å delta i en forskningsprosess krever at en tar hensyn til informantenes behov for beskyttelse. Både når det gjelder selve informasjonen som kommer frem, taushetsplikten og informantens egen prosess ved å snakke om personlige erfaringer som kan sette i gang nye

prosesser. For å sikre informantenes rettigheter og ivareta de etiske sidene ved intervju situasjonen ble de tilbudt å ta kontakt med meg i etterkant ved behov. Det ble videre spurt konkret om informantene kjente personer de kunne ta kontakt med i etterkant av intervjuet, om de følte behov for det. Dette med tanke på at et slikt dybdeintervju kan utløse følelse eller annet ubehag som det er viktig å være bevisst på som forsker. For å sikre at det bli minst mulig risiko for skade for den som deltar i studien, kan det å oppmuntre til å ta kontakt med en samtalepartner, være et viktig punkt (Kvale & Brinkmann, 2010). Alle oppga å ha personer de kunne snakke med om dette.

Det å snakke om egen historie slik mine informanter gjorde, kan også sette i gang nye tanker og refleksjoner, noe som igjen kan være med på å øke egen selvrefleksjon og se nye sammenhenger. Jeg møtte fem mødre som var positive og villige til å snakke om sine erfaringer med FHS. Mange hadde et bevisst forhold til seg selv og sine erfaringer og responderte positivt på å dele det med andre. Alle uttrykte at de opplevde det greit å bli intervjuet, og flere var opptatt av at det å fortelle sin historie kan gi hjelp til andre. En informant sa at hun hadde tenkt på å skrive bok om sine erfaringer. Alle ønsket å få tilsendt den ferdige oppgaven.

#### **5.4. Min rolle som forsker**

Kunne jeg klare å sette min forforståelse og min faglige erfaring i parentes, og samtidig beholde både åpenheten og distansen slik kvalitativ forskning krever (Kvale & Brinkmann, 2010)? Kvalitativ forskning bygger på at jeg som forsker skal ha en reflektert holdning til hele forskningsprosessen. Egne følelser og erfaringer bør ikke brukes ubevisst, men de må bli bevisste eller kontrollerte for å oppnå ønsket effekt. Det er en nødvendighet å ha balanse mellom nærhet og distanse. Nærhet trengs for å få tak i det autentiske og distanse for å se materialet i åpent perspektiv (Repstad, 2007). Malterud sier at det er *måten* jeg som forsker påvirker studien som er viktig (Malterud, 2011, p. 37). Jeg måtte bli kjent med min egen rolle som forsker og min egen forforståelse for å lykkes med det, og på den måten bli klar over hvordan jeg har påvirket studien.

Min kunnskap, mine erfaringer og holdninger som jeg har fått gjennom livet, er med på å forme min forforståelse av tema, påvirke valg av sitater og hvordan studien er blitt gjennomført. Jeg har i introduksjonen av studien redegjort for noe av min forforståelse som

var bakgrunnen for valg av tema (1.1.). Jeg er utdannet barnevernspedagog og har videreutdanning i psykisk helse for sped- og småbarn og psykisk helsearbeid. Jeg har arbeidserfaring innen barnevern med hovedfokus på sped- og småbarn og familiearbeid. I min utdanning og arbeidserfaring står det å møte mennesker sentralt, og da særlig barn og familier som har behov utover det vanlige barn og familier har (Barnevernloven, 1992, sist endret 2012). Jeg har jobbet mange år innenfor et lovverk som har preget min måte å møte og forholde meg til mennesker i vanskelige livskriser på. På fritiden har jeg vært engasjert i frivillig arbeid, trening og har delansvar for en familie med mann og barn. Kanskje også mitt forhold til rusmidler, til grupper i samfunnet som ikke alltid oppfattes som like normale som majoriteten, og mitt livssyn er med på å prege hva jeg ser og blir opptatt av. I følge Aase og Fossåskaret (2007) fins ikke én ikke-vitende posisjon. Forskeren vil i større og mindre grad ha både kunnskap og forforståelse om det feltet som skal studeres.

Det å forske på brukere har jeg lite erfaring med. Det å snakke med mennesker om vanskelige ting har jeg mye erfaring med, men ofte tolkes og analyseres det innenfor et lovverk, måles og besluttes. Det å få lov til å snakke med mennesker i en kontekst jeg kjenner godt, uten å forholde meg til annet enn det de sier, har vært spennende, utfordrende og særlig lærerikt.

## **5.5. Oppsummering**

Reliabilitet (pålitelighet) har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2010, p. 250). Jeg har intervjuet bare mødre. Alle fem sier de er veldig godt fornøyde med FHS. Spørsmålene jeg har stilt, kan ha vært for ledende eller styrende og påvirket svarene. Min rolle som forsker kan ha blitt oppfattet som den med makt og kunnskap. Dermed kan det også ha påvirket svarene. Kanskje har de svart slik de tror jeg vil høre? Eller det de tror FHS vil høre? Informantene har alle en god relasjon til FHS, ved jordmor og helsesøster, og det kan ha påvirket svarene. Det er mulig at informantene har følt seg forpliktet til å snakke positivt om FHS. De er i en tett relasjon eller i et avhengighetsforhold til dem. Jeg har formidlet tydelig anonymitet både i presentasjonen av studien og i intervjusituasjonen, men utvalget er lite, og en kan ikke utelukke at de kan ha forholdt seg til slike begrensninger.

Både reliabilitet og validitet er positivistiske kvalitetskriterier som kan relateres til spørsmålet «hva er sannhet», fins det kun én sannhet eller én virkelighet? Validitet er lik sannhet,

riktighet og styrke og må sees i lys av hele forskningsprosessen. Jeg har gjennom dette kapitlet pekt på sider som både kan styrke og svekke validiteten og reliabiliteten. Ryen (2006) sier at «feil» som oppstår i intervjuet ikke nødvendigvis betraktes som lav reliabilitet, men som egenskaper ved sosial interaksjon. Gjennom informert samtykke og fortrolighet gis det rom for at informantene skal kunne formidle det hun mener om temaet, uten forbehold. Likevel kan samtykke og fortrolighet ha sider som hindrer at det skjer. Gjennom å gjøre rede for min rolle som forsker, trer jeg tydeligere frem, og det kan være med på å validere meg som forsker.

## **6.0. Presentasjon av funnene**

Her vil jeg først gjøre rede for forskningsfeltet (6.1.). Videre kommer presentasjonen av funnene gjennom fem valgte temaer som beskriver det informantene formidlet i intervjuene. Hvert av temaene avsluttes med en refleksjon eller kommentar.

### **6.1. Beskrivelse av forskningsfeltet og informantene**

Det er vesentlig å si noe om hvem som kan være mødre på FHS før jeg gjør rede for utvalget og dens prosedyrer. FHS er som nevnt i del 1.4. et tilbud til mødre med nåværende eller tidligere erfaring med rusmidler enten hos seg selv, i nær familie eller hos partner. I så måte er brukere av FHS en variert gruppe. Jeg viser til Hjerkinns forskning der hun har dokumentert noe av dette, fra brukere i perioden 1994-2002 (Hjerkin, 2012), se del 2.2.

Mine funn fra fem informanter viser at fire mødre ble henvist til FHS av fastlegen, en av helsesøster på skole. Fire mødre var under 25 år da de fikk sitt første barn, som alle ble fulgt opp på FHS. To var over 25 år på intervjutidspunktet. Alle informantene leide leilighet og mottok stønad fra NAV, men de ønsket seg ut av NAV-systemet i fremtiden. De fleste hadde skoleplaner i det kommende år, og to var jobbsøkende etter endt utdanning. Ingen opplevde å ha veldig dårlig råd, eller bekymret seg veldig for økonomien. Flere opplevde økonomien bedre etter at de fikk barn enn før de fikk barn. Alle har gått både til jordmor og helsesøster på FHS. Flere hadde mer enn ett barn hver på intervjutidspunktet. De fleste mødrene hadde samboere, som også var far til barna. Kun én definerte seg som alenemor, og barnet hadde svært lite kontakt med sin far. Ett barn hadde ingen kontakt med far.

Ingen av informantene hadde brukt rusmidler under graviditeten, altså etter at de hadde fått bekreftet at de var gravide. Ingen av mødrene mottok legeassistert rehabilitering (LAR). Kun én mor opplyser at den første graviditeten var planlagt. De fleste uttrykker at de ble svært overrasket over at de kunne bli gravide. Alle informantene opplevde omsorgssvikt, overgrep eller rusmisbruk i sin egen barndom. Samtlige uttrykte stor tilfredshet med bruk av FHS som helsestasjon.

## 6.2. Presentasjon av funnene

Intervjudataene presenteres ved fem temaer, som er blitt tydelige gjennom analyseprosessen. Temaene illustreres gjennom utvalgte sitater som tydeligst og mest relevant beskriver disse temaene. Sitatene utfylles med sammendrag av det informantene har sagt om temaet. Det første temaet presenteres gjennom et sitat: *«Ja, jeg kjenner de, jeg føler det»*. Respons fra jordmor og helsesøster på hvordan en fungerer som mor, er tema to. Det tredje tema beskriver opplevelsen av *å bestemme* selv hvordan kontakten med Forsterket helsestasjon skal foregå. Det fjerde tema har *et møte med kunnskap og rollemodeller* som overskrift. Kunnskap om graviditet og barn henger ofte sammen med behovet for rollemodeller. *«Jeg har egentlig vært sinnsykt, sinnsykt heldig, jeg har virkelig fått en second chance»*, som er det femte temaet. Det er sitat og beskriver graviditetens muligheter for endring og hvilken betydning møte med Forsterket helsestasjon har hatt i den sammenheng.

## 6.3. «Ja, jeg kjenner de, ja jeg føler det»

Helsesøster kjenner barnet mitt, og det er trygt. Hun har sett barnet veldig ofte og kjenner til hele utviklingen, og når jeg kommer der, så er det lettest å snakke med henne. Jeg trenger liksom ikke å forklare så mye fordi hun vet hvordan det var da og da.

Her vil jeg presentere funn som underbygger det å kjenne jordmor og helsesøster. Det å være i relasjon med andre og hvordan informanten opplever alliansen med FHS.

Alle informantene fortalte at det å kjenne jordmor og helsesøster, var viktig, og de opplevde trygghet ved det. De fortalte om episoder der de hadde opplevd trygghet, blitt beroliget, fått tilbakemelding og få svar på mye av det de lurte på. De fortalte om gode situasjoner der de fikk være opptatt av graviditeten, av barnet og være sammen med noen som de opplevde

kjente både dem og barnet. Alle sa de følte de hadde et godt forhold til jordmor og helsesøster.

Hun sa aldri nei til meg. Nei, nå må du klare deg selv. Hun var veldig flink til å roe meg ned og forklare meg åssen ting fungerte. Jeg følte meg veldig trygg hele veien.

Informantene fortalte at det ble snakket om mye forskjellig på møtene med helsesøster og jordmor. Disse samtalene var med på å skape gode relasjoner.

En sa:

Det blei jo sånn snakk om det ene og det andre, blei jo neste litt kjent med ho au, ikke sant, eller sånt, med ho sitt liv au. Og det er jo ikke hver gang du kommer til jordmor at du har ett eller annet dritt du skal få slengt ut. Vi sitter og prater normal prat og praten går greit liksom.

Det å stole på et annet menneske, var ikke enkelt for alle. En sa «Jeg er rusmisbruker, jeg vet hvordan jeg skal manipulere andre». Alle forsto at jordmor kunne være skeptisk på grunn av deres tidligere erfaring med rus. Det å ha en god relasjon ga en åpning for jordmor og helsesøster til å fungere som en kontrollør i forhold til rus og barnet. De viste til en gjensidig forståelse for hverandre.

Det er klart hun var skeptisk, du kommer rett fra behandling og det er faktisk ikke alle som klarer å holde seg og det er mange som viser til urinprøver som er fulle av det ene og det andre så, du må jo, som sagt det har med unger å gjøre og hun er der for å passe på livet inni deg, så [...] Når jeg sitter her nå og har vært rusfri i flere år, så tror jeg at jeg au hadde vært skeptisk, jeg hadde vært veldig skeptisk og jeg hadde fulgt med som en hauk for å beskytte det uskyldige.

De fortalte at å bli kjent med jordmor og helsesøster skjedde gjennom jevnlige treff, over tid. Det var viktig å møte de samme personene hver gang. I det møtet ble det bygget tillit og trygghet. Flere av informantene fremstilte jordmor og helsesøster som god match. Disse to var på bølgelengde og forsto informantene godt. Dette mente de kunne handle om kommunikasjonen og relasjonen dem i mellom. Flere beskrev personlighetene til jordmor og helsesøster og sa at de er «vanlige», litt surrete, vimsete og gode mennesker. En mente også at jordmor kunne bli sinna, hvis en for eksempel ikke tok rusproblemet sitt på alvor.

Hun sa:

Ja, hun er fin når du viser at du vil, ikke vel, det er jo unger det er snakk om, ikke sant. Så du kan jo ikke bare drive på som du vil, hun må være streng.



### **6.3.1. Egne kommentarer og refleksjoner**

Sammendragene og sitatene viser hvor viktig og sentralt det å kjenne jordmor og helsesøster var for informantene. Vi kom alle stadig tilbake til det under intervjuet med forskjellige eksempler og situasjoner som beskrev gode, trygge relasjoner som de hadde med jordmor og helsesøster. Dette med valg av tidspunkter, hyppighet i treff var med på å styrke relasjonen for de fleste. Samtidig som noen også hadde inntrykk og erfaring med en jordmor kunne være streng og tydelig på vegne av barnet i magen. Dette hadde informantene forståelse for. Informantene fortalte at FHS kjente til historien til både foreldre og barn, og det ga møtet en ekstra dimensjon og en mulighet til å bygge relasjon. Jeg ble særlig opptatt av det informantene forteller om viktigheten av å møte de samme personene over tid som de har en god relasjon til. En kan spørre seg om de erfaringene kun er forbeholdt de få i dagens effektive hjelpetjenestesystemer?

### **6.4. Respons fra jordmor og helsesøster**

Jeg får så masse positiv, ja, de er så skikkelig gode til å backe opp og jeg får så mye, de skryter hele veien, jeg stråler jo bare når jeg kommer der i fra. Jeg er kjempe fornøyd, spesielt når barnet var lite og det var jo bare veldig viktig. Jeg kom hjem og forteller, de sa jeg var flink, og de var så fornøyde og sa jeg gjorde alt riktig. Ja, nei det var kjempefint det.

Jeg presenterer her hvordan informantene opplevde det å få tilbakemelding og respons på seg selv og på barnet. Her blir tema som det å bli trodd på og at noen uttrykker håp for deg klart frem. Responsen gikk begge veier, både fra bruker til FHS og omvendt, og på den måten var begge med på å utvikle og styrke relasjonen.

Alle informantene fortalte om episoder der de hadde fått god tilbakemelding fra jordmor eller helsesøster på hvordan de håndterte graviditeten, barnet eller andre sentrale områder i livet. Tilbakemeldinger sier noe om hvordan en blir møtt og kvaliteten på møtet. I deres kommunikasjon var de opptatt av åpenhet. De fikk tydelig respons på hvem de er og hva de gjør bra.

Flere fremhevet viktigheten av at jordmor trodde på dem og hvordan de representerte håpet. De opplevde hun hadde tillit til at de skulle klare å holde seg rusfri. En sa: «De så jo fremgang på meg fra gang til gang når jeg var der og jeg var der veldig, veldig ofte. De krevde ingenting

av meg fordi de trodde på meg. Jeg var åpen hele veien». Noen fortalte også om en utvikling i forholdet, gjennom jevnlig treff, rene urinprøver og god oppfølging.

Første gang jeg møtte ho [jordmor], så hatet jeg henne som pesten, jeg synes hun var forferdelig mennesk'. Men etter hvert når du viste at du ville noe, viste at du [...] gjorde dette sånn som det skulle gjøres, så er hun verdens fineste menneske altså, hun er det.

Du blir møtt - og gjør du det bra, så får du òg feedback på det og det gir deg jo lyst til å fortsette.

Informantene sier at FHS gir dem konkrete råd der det er behov for det. Sammen med uforbeholdent skryt skaper dette trygghet. Alle fremhevet at mengden av positiv tilbakemelding var betydningsfull og virksomt.

#### **6.4.1. Egne kommentarer og refleksjoner**

Respons og tilbakemelding henger tett sammen med å kjenne jordmor og helsesøster. Jeg valgte likevel å skille det ut som eget punkt, da det med respons ble så tydelig formidlet fra mange av mødrene. Det å få respons, feedback og tilbakemelding på både barnet, som mor, kommende mor og hvem de er som personer, er viktig og nødvendig for utvikling og styrking av selvet. Selvet er sentralt i det å vokse og utøve godt foreldreskap. En kan spørre seg om FHS har en særlig viktig rolle i det arbeidet, da mange brukere av FHS kan ha få gode rollemodeller eller nære voksne som kan se dem og gi god og riktig respons tilbake til dem. Flere av informantene fortalte at de ikke vurderte sin egen familie/mor som gode rollemodeller for dem i foreldreskapet. Når mor får gode tilbakemeldinger på morsrollen, barnet og hvem de er, slår det ofte positivt tilbake på barna. Barna er avhengig av respons og å bli sett for å utvikle seg optimalt. Trygge og gode foreldre kan speile og gi positiv respons tilbake til barna, noe som igjen styrker tilknytningen, samspillet kvaliteten og de emosjonelle båndene mellom foreldre og barn. I tilbakemeldingen formidlet også FHS ofte håp og tro på at mødrene mestrer sin hverdag, noe som det var viktig for mødrene å få tilbakemelding på.

#### **6.5. Å bestemme selv**

De første seks ukene kunne jeg gå akkurat så ofte som jeg ville, kunne være der hver dag om jeg hadde lyst, komme på hjemmebesøk og hele pakka. Så ble det litt, det ble mye sjeldnere etterhvert, men det var jo som hun sa på ettårs-kontrollen, at nå trenger vi ikke å sette opp noe time før august, men du må bare komme akkurat når du vil, bare komme innom eller bare ring, så er det ikke noe problem.

Å bestemme selv å bli fulgt opp av FHS var gjennomgående for alle informanter. Her vil jeg trekke frem funn som underbygger det. Det var flere ting de opplevde å kunne bestemme selv over, både hyppighet i kontakten, innholdet i kontakten og hvem som driver kontakten fremover.

Samtlige informanter sier de ble henvist til FHS av lege eller en fra helsesøster, men opplevde likevel at det var deres eget valg å gå på FHS og få oppfølging. En sa: «Nei det er mitt ønske, så absolutt, for det er veldig fin oppfølging». Det å bestemme selv, hvor en skal gå og hvor ofte, selv om det innebærer forpliktelser og urinprøver og kontroll, fremheves som en viktig opplevelse. Tatt sin rushistorie i betraktning mente samtlige informanter at de hadde et behov for å ha kontakt med FHS. En informant fremhevet som positivt at det var henne selv som fikk definere sine behov. Hun sa: «For det at det vet ikke de, og det har de forstått».

En sa:

De anbefalte meg å gjøre det og så tenkte jeg, situasjonen var som den var, så tenkte jeg at det kanskje var lurt. Jeg tok jo frivillig urinprøver, bare for at jeg har ønsket det selv. Så jeg gikk jo på urinprøver over tre år, en gang i uka.

En annen sa:

Men hun ville jo ikke ha meg til å gjøre det (jordmor), men det var meg som ville. Så det var veldig bra at hun lot meg få lov å gjøre det, for det er jo ikke bare, for det koster jo penger å sende inn.

Å ha kontroll og regulere hyppigheten i kontakten med FHS, ble fremhevet som viktig og bra hos informantene. Vanligvis avtalte de ny time fra gang til gang. Men de visste også at de når som helst kunne ta kontakt angående nye eller avbestillinger av timer hvis det var behov for dette. Flere sa at de opplevde at FHS alltid var der for dem, og at det var viktig.

En sa:

Det som jeg synes er bra da, er jo tett oppfølging, så tett som jeg vil og de er veldig sånn, altså veldig etter hvilke behov jeg har. Hvis ikke jeg har så stort behov for å komme, så trenger jeg ikke det.

Flere informanter opplevde at ukentlig avtaler med FHS også var en viktig aktivitet i løpet av svangerskapet. Det ga de trygghet og fokus på det som skulle komme, samtidig som de fikk fylt tiden med noe meningsfullt, nemlig oppfølgingen på FHS. De fleste informantene var av forskjellige årsaker uten jobb eller skole under svangerskapet. Flere av informantene fortalte

at det å gå ofte til FHS var en god rutine. En sa: «Jeg har jo ikke noe annet å gjøre, så jeg kan likegodt gå der ofte».

Urinprøver blir tatt av alle gravide som bruker FHS. De fleste tar ukentlige prøver, noen tar hyppigere. Noen få fortsetter etter at barnet er født. Alle informantene hadde levert urinprøver gjennom hele svangerskapet. Urinprøver er en måte å kontrollere rusfrihet på, og ingen av informantene var generelt kritiske til det. Noen fortalte om episoder der det å bli krevd urinprøver var ubehagelig og noe stigmatiserende, men de forsto også hvorfor det måtte gjøres.

Ja, assa noen ganger følte jeg jo litt kanskje at jeg ble satt i bås, sånn for at dette de begynte med det at jeg gikk ned i vekt og litt sånn og da skulle de plutselig begynne å ta litt ekstra urinprøver, da følte jeg liksom at jeg ble liksom [...] Men jeg skjønnte det på en måte, for det fins jo folk som ruser seg når de går gravide. Men jeg følte at for meg, så var det helt uaktuelt.

Noen reagerte både med overraskelse og negativt på at de måtte ta urinprøver på sykehuset. De hadde tross alt vist rene urinprøver ukentlig i hele svangerskapet. Noen fortalte om ubehag og overraskelse over at barnet også måtte bli tatt urinprøve av rett etter fødsel.

En sa:

At de skal ha prøver av meg og sånt, at ting skal gå utover meg, det er helt greit, men når de begynner å tulle med barnet, da blei jeg litt sånn, nei, det var ikke moro.

Noen snakket om at flere som går på FHS, kan være gode på å skjule sitt rusmisbruk. Flere var tydelige på at FHS hadde en viktig oppgave med å ha fokus på å avsløre det. De mente at FHS var på vakt overfor «juksere», og de trodde også at FHS var i stand til å avsløre rusmisbruk. De formidlet at FHS hadde en viktig og tydelig kontrollfunksjon. Alle så på urinprøver i svangerskapet som naturlig og viktig. Det var en konkret måte å vise at de klarte å holde seg rusfrie. Flere nevnte at å vise til jevnlig urinprøver var et viktig signal til omverden, far til barnet eller annet hjelpeapparat. Urinprøver ble oppfattet som en form for garanti til omverden om at de var rusfrie. Andre fremhevet forpliktelsen ved å møte opp og vise at de klarte det:

En sa:

Du vet med deg sjøl at det er ikke sant, men du vet ikke hvordan du skal få de til å tro det, ikke vel. Sånn atte da sa jeg bare til jordmor at jeg må nødt, dere er nødt til og bare gi meg FHS denne ganga au,

for jeg må ta urinprøve ei gang i uka. Tilfelle jeg en dag skulle være så dum å sprekke igjen, så vet jeg i alle fall atte, alle rundt meg vet, at jeg ruste meg ikke i det heile tatt.

Informantene var veldig tydelige på at FHS har et viktig ansvar for å ta vare på og beskytte barna. De fant det naturlig at de måtte kontrolleres, da de forsto alvoret i og ruse seg mens de var gravide.

Og siden det er mange som ruser seg når de er gravide, så kan en jo ikke stole på noen, da må en jo ta alle. Og da synes jeg bare at det er bra at helsesektoren tar det på alvor hvor forferdelig det er med rusmidler for et foster. Så jeg synes bare at det var godt, de viser jo at de bryr seg om ungene. Det er ikke for å dømme mora og for å gi mora straff liksom. Det er jo egentlig bare for å passe på barnet. Det kan jo gi varige skader. Det er jo veldig farlig.

### **6.5.1. Egne kommentarer og refleksjoner**

Sammendragene og sitatene viser hvordan informantene på ulike vis plasserte seg selv, sin egen motivasjon og valg, knyttet til å gå på FHS med alt hva det innebar, som urinprøver og kontroll. Flere fortalte at de hadde svært hyppige avtaler i perioder og at det var begrunnet i eget behov for kontakt og kontroll. Ingen hadde erfaring med at de ble bedt om å komme oftere, men alle fortalte at de i perioder hadde hatt veldig tett kontakt med FHS.

Gjennomgående for alle var at de aldri hadde opplevd å bli avvist, noe de hadde erfaringer med fra andre perioder i livet. Informantene viste stor forståelse for viktigheten av å holde seg rusfri og viste en god innsikt i de kontrolltiltakene som ble gjennomført på FHS. Informantene så på kontrolltiltakene som viktige også for deres del. En kan spørre seg om informantenes forståelse henger sammen med den gode relasjonen de hadde til FHS? Videre kan en undre seg på om FHS har et spesielt fokus på brukermedvirkning eller om autonomiprinsippet står høyt? For meg ble det overraskende at informantene var så entydige på dette med frivillighet, når en tenker på hvilke konsekvenser det innebar om informantene ikke klarte å slutte å ruse seg. Det kan også si noe om hvor viktig det å få gå på FHS var for informantene. Hvilken sentral rolle FHS hadde i deres liv i perioder.

## **6.6. Et møte med kunnskap og rollemodeller**

Jeg føler ikke jeg kan bruke mange av mine familiemedlemmer fordi atte de har den samme bakgrunnen som jeg har hatt. Også stoler jeg ikke på de sann. Altså, jeg kan godt spørre de, men jeg vet ikke om jeg har lyst til å bruke det svaret. Så da bruker jeg FHS til det. Jeg ønsker jo å være det beste jeg kan være

for barnet mitt og ja, når jeg ikke kan bruke min mor som et forbilde så må jeg jo bruke noe annet som et forbilde. Så da bestemte jeg meg for at det skulle være helsestasjonen. Og ikke ja [...] ikke internett eller annet.

FHS som kunnskapsformidler presenteres her. Sentralt står også informantenes syn på rollemodeller, deres oppvekstforhold og tanker de har rundt rusmisbruk som erfaring frem i tid.

Mange fremhevet kunnskapen som de opplevde FHS hadde. FHS ble et sted hvor informantene kunne hente kunnskap om den situasjonen de var i. Flere sa at de hadde spesiell tillit til FHS som kunnskapssted og begrunnet det med at det ikke bare var personlige erfaringer, men de var lært opp, de viste hva de snakket om og det var en offentlig tjeneste.

Flere hadde opplevd at FHS spurte andre om hjelp, hvis de var usikre på noe. Og flere hadde blitt henvist til psykolog, ammehjelp, barselgrupper, åpen barnehage eller andre, noe de opplevde som positivt. Det å vite at FHS hadde spesiell kunnskap, var viktig for mange av informantene. Mange følte seg usikre og hadde behov for å spørre om mange forskjellige ting. De fortalte om å bli møtt på behov og tatt på alvor.

En sa:

Ja, det er jo trygt for det at de er jo lært opp, altså det er ikke noe personlige erfaringer og sånt, det er jo, de har jo det som de har lært, også gir de det videre og hvis de er usikker på noe så snakker de med noen andre.

En annen sa:

Og jeg er i alle fall veldig usikker på ting da og jeg har et veldig stort behov for å gjøre ting riktig og jeg vet at jeg kan handle på gamle mønster og liksom bare være, altså ikke være bevisst på, sånn som mor min har gjort og det er kjempe viktig for meg og ja snu den tankegangen og være bevisste hele tiden at jeg gjør de riktige tingene og den hjelpen får jeg jo fra FHS.

Alle informantene fortalte om opplevelser av omsorgssvikt, overgrep eller rusmisbruk fra egen familie i barndommen. Noen var tydelige på at de ikke ønsket å bruke egen familie som rollemodeller eller søke råd fra dem om barneoppdragelse. Noen formidlet at det alltid hadde vært de som var hjelpere i familien og de hadde få erfaringer med å få hjelp og støtte. En sa at det ble lett for henne å gå gal vei, far var hissig og drakk og mor var sliten og orket ikke å være mamma. To fortalte om tanker de hadde om en ungdomstid fylt med rus. Rus var det letteste for dem, fordi familien ikke fungerte.

Noen var svært tydelige på at de valgte FHS som forbilde da de mente FHS var den beste informasjonskilden:

Jeg føler heller, helsesøstra er litt sånn, at jeg snakker med ho når det gjelder barnet og amming og sånn. Det er like greit, enda bedre egentlig, å snakke med ho. Ho er jo sånn fagperson. Når du snakker med privatpersoner så har de bare sine egne erfaringer og alle er forskjellige så da, det som passer for en person, er ikke nødvendigvis for alle. Mens en helsesøster har jo snakka med mange hun vet litt mer om hva som er for flere personer da.

Flere pekte på utfordringer de kunne møte i fremtiden og henviste til forskning og risiko for å underbygge det. Noen snakket om rusmisbruk som en sykdom, og flere av informantene fortalte at også far til barna hadde erfaring med rus. Noen så på det som en ekstra risiko for tilbakefall.

En sier:

Jeg har jo det i hodet, moren min bruker jo, drikker jo sånn og jeg har veldig mange i familien som er sånn, så jeg tenker jo, fader, jeg kan jo føre dette videre da. Jeg vet ikke, det jo ingen som vet helt hvordan dette fungerer. Det er jo en familiesykdom, på en måte og ja, også er jo veldig skummelt når begge, både mor og far, har den samme bakgrunnen og det er jo ikke så stor prosent som egentlig klarer seg. Det er mange som faller tilbake så det og er jo veldig sånn skummelt.

### **6.6.1. Egne kommentarer og refleksjoner**

Informantene fortalte at FHS ble oppfattet som et viktig kunnskapssted. De henviste både til at FHS hadde lært kunnskap, ikke egne erfaringer, de var spesialister og de hadde tillit til FHS som formidler av kunnskap om deres situasjon. Flere sa at det kunne henge sammen med hvordan de presenterte kunnskapen for informantene, jf. kap. 6.2. De opplevde at FHS kunne svare på mye som de lurte på. På en forståelig og god måte. Flere hadde opplevd å bli henvist til spesialister eller andre fagfolk hvis FHS ikke kunne gi et godt nok svar. Dette oppfattet de som trygghet. Her kan en reflektere rundt kunnskap og makt. Er FHS klar over sin posisjon som kunnskapsformidler til mødrene? Det å ha fagpersoner som formidler kunnskap på en god og tilpasset måte, er viktig. Her kommer også relasjonen informantene hadde til FHS inn og er med på å styrke FHS' kunnskapsposisjon. Samtidig viser noen av sitatene at det er noe bekymring, uro og skyld ved å ha en fortid som rusmisbruker og behovet for informasjon og trygghet er stor. Noen av sitatene peker også på hvor sårbare informantene er med tanke på fremtiden og på de utfordringene som ligger foran dem. Det er mulig å tenke seg for tette

bånd mellom informant og FHS. Det fins en mulighet for at relasjonen blir viktigere enn å oppdage og gjenkjenne risiko ved barnet eller foreldrene.

## **6.7. «Jeg har egentlig vært sinnsykt, sinnsykt heldig, jeg har virkelig fått en second chance.»**

Jeg tenkte med en gang å hjelp, jeg skal bli mamma! Men så ble jeg egentlig veldig glad. Og jeg følte at her er min redning fordi atte jeg hadde vært så langt nede og nå var jeg nødt å ta meg sammen, nå måtte jeg. Nå hadde jeg ikke noe valg.

Dette siste temaet handler om graviditet, barn og endring av kurs på livet. Her presenteres veien fra rusmisbruk til rusfrihet, graviditet og morsrollen.

Informantene forteller at det å bli gravid og få barn har ført til mange viktige og gode møter med FHS. Dette var avgjørende for å endre kursen i livet, for mange av dem. Det å bruke rusmidler og være gravid eller ha barn er uakseptabelt, det ble formidlet av informantene selv. De fortalte også at det ble tydelig kommunisert fra både jordmor og helsesøster. Noen hadde påbegynt jobben med å bli rusfri før de ble gravide, noen gikk i behandling eller til samtaler. De fleste hadde kun vært rusfrie i få uker eller måneder før de ble gravide. De fortalte at det var noe fokus på rus i møtene med jordmor, men sjelden i kontakten med helsesøster. Ingen av informantene brukte rusmidler under svangerskapet og alle formidlet at de mye på grunn av barna var ferdig med rus.

En sa:

Selvfølgelig en har tøffe perioder der en har lyst til å gi fra seg alt og bare ture frem og gjør som en vil, men så ser en på barna sine og så frister det egentlig ikke så mye likevel.

Flere sa at hadde det ikke vært for barnet, så hadde de ikke vært der de var i dag. Barnet ble en ekstra motivasjon til å endre livet. En annen sa «det falt meg veldig lett å ikke ruse meg da jeg ble gravid». Å bli gravid, å få tett oppfølging fra FHS påvirket også andre sider ved livet.

En sa:

Og for meg så har det blitt veldig viktig å ta meg veldig godt ut foran andre og vise det at jeg er ikke den jeg var før og sånne ting. Og det har faktisk vært med å hjelpe meg, at folk har fått veldig troa på meg og alt dette her.



En annen fortalte:

Det var akkurat som det forsvant, alle problemene mine blei bare borte når jeg blei gravid. Alle hormonene gjorde egentlig til at jeg blei en helt anna person.

En fortalte at i tillegg til å slutte med rus, opplevde hun også å være kvitt både depresjon og sosial angst. Noen sa de hadde fått en bra kjæreste, et bedre sted å bo og bedre økonomi. En var tydelig på at det å høre til et sted ble avgjørende for henne og erfaringen med at livet kan være bra, ble viktig. Alle mente at FHS var viktig i denne prosessen. Mange formidlet at livet hadde endret seg positivt på mange områder, det ble en god sirkel. En sa, «jeg er på en evig opptur».

Ja, jeg er ikke den samme personen lenger i det heile tatt, som jeg var før. All den depresjonen og angsten var bare vekk og da hadde jeg jo ikke noe grunn lenger, til å ruse meg.

Flere fortalte at de hadde erfaring med å være langt nede psykisk. En sa: «jeg hadde nådd bunnen, jeg kunne ikke komme lenger ned». De fortalte om veien til å bli rusfri. Noen erfarte at de bare sluttet, når de fikk en god nok grunn. Noen formidlet opplevelsen av å «sprekke» etter flere år som rusfri. Flere av informantene hadde gått i behandling og fortalte om hard jobbing og store endringer i oppfattelsen av seg selv og livet. FHS fungerte for noen som deres trygge base. Alle informantene sa de valgte å se det positive i det å ha erfaring med rusmidler. Flere opplevde at de var blitt mer reflektert over livet og bedre til å identifisere mulig faresignal fra eksempel egne barn eller andre pårørende. En sa: «en kan velge å vri det negative til noe positivt».

### **6.7.1. Egne kommentarer og refleksjoner**

Informantene forteller tydelig at det å bli gravid og få barn har vært en svært viktig motivasjon for å endre rusbruk og livstil. Flere forteller om erfaringer der det ene positive drar det andre med seg. De opplever å komme i gode, positive spiraler som gir dem motivasjon. Ved refleksjon rundt dette temaet, ser jeg for meg informantene som klorer seg fast i et tynt, skjørt blad ytterst på en stor trestamme. De fant en åpning, en mulighet til å gi både seg selv og barnet et bedre liv og grep det. De har behov for mye støtte, samtidig som flere peker på styrken de har ved å gjøre viktige og gode valg for seg selv og barnet. Jeg opplevde stort sett å komme oppmuntret hjem fra samtalene med informantene. Mitt inntrykk var at dette var helt utrolig flotte kvinner, så positive, så mye energi og engasjement de formidlet om det de hadde

opplevd gjennom møte med FHS og generelt i opplevelsen av å bli mor. Min forforståelse ble gjort til skam og jeg ble stadig minnet på at mennesker er mer enn det vi ser eller hører.

Menneske kan ha sterke iboende krefter til endring.

## 7.0. Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer jeg funnene opp mot aktuell teori som jeg gir en teoretisk tolkning av i drøftingskapitlet. Enkelte tendenser i funnene fra hovedtemaene løftes frem, samtidig som jeg ser dem i sammenheng med funn relatert til andre temaer, for å belyse en større helhet (Kvale & Brinkmann, 2010). Som tidligere nevnt, er studiens problemstilling: *Hvordan opplever mødre møtet med Forsterket helsestasjon*. Ved bruk av Gadammers hermeneutiske forståelse om sammenheng mellom deler og helhet (Kvale & Brinkmann, 2010) forsøker jeg å fortolke og dokumentere tematiske sammenhenger i materialet, og utforske annen forskning ved å bekrefte eller avkrefte studiens funn. Min forforståelse og mitt teoretiske ståsted vil være avgjørende for disse valgene. Hovedinntrykket er at mødrene som jeg intervjuet, er fornøyde med FHS.

Jeg har valgt å snakke med brukere av FHS og finner det da naturlig å styrke funnene med teori som vektlegger brukerstyring. Informantene er samstemte i, og tydelige på, at relasjonen med jordmor og helsesøster har vært sentral og viktig i deres kontakt med FHS. I teoridelen (3.0.) har jeg blant annet gjort rede for nærhetsetikkens forståelse av menneskelig samhandling og relasjonelle behov og muligheter. Dette, sammen med recovery-teori og tilknytningsteori, anvendes for å trekke linjer mellom den teoretiske forståelse og funn fra intervjuene. Med vekt på recovery-teori vil jeg peke på sentrale sider ved bedringsprosesser og brukermedvirkning. Jeg anser mødrene som viktige i denne fasen. Informantene har gått fra å være unge kvinner, alle med større eller mindre rusproblemer over til en ny rolle, nemlig mødre. Dette kommer særlig tydelig frem i funnene, der det å bli gravid ble en viktig motivasjon for endring hos informantene.

Temaene for diskusjonen har jeg delt opp i tre hovedoverskrifter:

- 1) «Jeg kjenner de, ja, jeg føler det.» *Relasjonens betydning i møte med FHS (7.1.).*
- 2) «Å bestemme selv.» *Tilgjengelighet og fleksibilitet – til brukerens glede (7.2.).*
- 3) «Jeg har egentlig vært sinnsykt, sinnsykt heldig, jeg har virkelig fått en second chance.» *Graviditeten, en viktig motivasjon for endring (7.3.).*

## 7.1. Relasjonens betydning i møtet med FHS

Det mest fremtredende temaet i funnene er den gode relasjonen som informantene opplever å ha med jordmor og helsesøster.

Ja, jeg kjenner de, ja jeg føler det. Jeg har jo til og med gitt henne [helsesøster] julekort og ja, jeg føler at vi har et ganske godt forhold.

En relasjon kan forstås som, når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg kvaliteter eller bånd, en gjensidig opplevelse av at partene betyr noe for hverandre. Kvaliteten på båndene kan henge sammen med følelsesmessige bånd eller være knyttet til felles aktiviteter og opplevelser. I relasjonen ligger det forhold som kan være vanskelige å sette ord på. En forstår relasjonen ut fra partens opptreden og hvordan de selv opplever relasjonen (Bøe & Thomassen, 2009).

Det å oppleve at en kjenner og er trygg på personer, er et godt utgangspunkt for å være sammen. Sitatet sier noe om en følelse, men også handling knyttet til denne følelsen som er med på å styrke opplevelsen av relasjonen. Buber (1995) beskriver at det kan oppstå noe nytt i relasjonen, noe som går utover det at personene møtes, en forstår relasjonen som et forhold mellom et Jeg og et Du. Den gode relasjonen har først og fremst en etisk dimensjon. Det handler om respekt, likeverd, gjensidig anerkjennelse, opplevelse av felleskap. Slike mellommenneskelig forhold kan i tillegg muliggjøre bevegelse og forandring hos begge parter (Bøe & Thomassen, 2009, p. 195). En av informantene sa det slik, på spørsmål om hva som var viktig for henne når hun skal ta i mot hjelp fra andre:

Det er bare å ta imot hjelp, men likevel at en ikke føler seg bitteliten, at en føler at en er et menneske likevel [...] at en er verd noe. Jeg tror det er veldig viktig at en føler seg verd noe selv om en [...] er langt nede eller [...] Og ikke være [...] med hodet høyt hevet over deg og du er liten, underdanig. Men at de forstår dæ, og prøver og heller hjelper deg opp, ikke sant, der en skal. Og at en er med og prøver å strekke seg au, sjøl. For en kommer ikke noe vei uten å jobbe.

I dette sitatet peker hun på viktige sider ved holdningen til hverandre i en relasjon. Hun presiserer opplevelsen av verdighet, selv om en trenger hjelp og har det vanskelig. Hun sier mye hvordan den andre bør opptre. Det å bli forstått er viktig samtidig som hun presiserer egen innsats – sammen med det å få hjelp. Innen terapifeltet brukes ofte begreper som *relasjon*, *allianse* og *anerkjennelse* (Sundet, 2008). Nærhetsetikkens relasjonsbeskrivelser får meg til å tenke tanker om forholdet mellom bruker og profesjonell. Dette er Topor (Borg &

Topor, 2007) opptatt av og hevder at en ny profesjonsholdning kan utløse større brukermedvirkning og bedre måloppnåelse. Ved å bruke nærhetsetikk som teoretisk forankring, utfordrer jeg meg selv og andre innen profesjonsområdet. Funnene peker i retning av mer enn bare gode råd og veiledningssamtaler på FHS, de gir en utvidet forståelse av møtet.

Denne forståelsen handler om å gå utover det som kanskje forventes, og jeg blir opptatt av det informantene formidler om relasjonens betydning. De beskriver på flere måter hvordan de opplever å kjenne jordmor og helsesøster, i måten å snakke på, hvordan de blir møtt og opplevelsen av selv å kunne bestemme egne behov. Her får jeg refleksjoner fra Bubers tenkning om det mellommenneskelige møtet, i rommet mellom Jeg-et og Du-et, der likeverdige mennesker møtes, og de erfarer at det er betydningsfullt å møtes (Buber, 1995). Eller jeg kan nevne den etiske fordring, fra Løgstrup, som beskriver den tilliten som fins hos mennesker til å åpne opp, både hos bruker og den profesjonelle – og dette utløser et etisk kall til å hjelpe, se og møte den andre på gode måter – «en har litt av Den Andres liv i sine hender» (Løgstrup, 2008). Likeså Levinas' sitt bilde av Den Andres ansikt som utløser noe – før en aner, noe en tar i bruk før - ord og begreper (Lévinas & Aarnes, 2004). Den Andre angår oss, og i denne studien er brukeren i fokus.

Jeg har tidligere gjort rede for sårbarheter som ofte er fremtredende hos personer som strever med avhengighet og rus (1.4.). Nærhetsetikken peker på sider ved relasjonen som er «makt-frie», det handler ikke bare om den ene, men samhandlingen mellom dem.

Men jeg tror ikke jeg kunne ha gjort, manipulert det, samtidig som jeg skulle ha fungert, hvis du skjønner hva jeg mener? For hadde jeg rust meg, så hadde jeg ikke klart å fungere. For hun så meg.

I det overstående utsagnet forstår jeg mer enn bare fysisk å se et annet menneske. Det handler om å bli sett som den man er. Rusproblemer er ofte knyttet til skam, og den rusavhengig forsøker ofte å skjule seg eller tildekke rusmisbruket (Gjeramo, et al., 2008). Her kan det overstående sitatet ha en dobbel bunn. Nærhetsetikken, ved flere teoretikere, har vært opptatt av dette å bli sett som et menneske (Buber, 1995, Levinas, 2004, Løgstrup, 1991 m.fl). I det over nevnte sitatet blir Løgstrups (2008) etiske fordring og Levinas' (2004) Det Andres Ansikt, fremtredende. Det å kunne tre frem som den man er, bli tatt i mot, - en har noe av Den Andres liv i sine hender, peker også på relasjonens aktive holdning. Å være i relasjon med Den Andre fordrer tilbakemelding, respons og følelsesbånd som aktiveres i møte. Det åpner for andre dimensjoner, - noe en aner, før en ser og vet.

Andre forfattere er også opptatt av brukermedvirkning og relasjon. Jeg har nevnt Jaakko Seikkula i kapittel 3.2., som er opptatt av åpne dialoger med brukere, nettverk og hjelpeapparat (Seikkula & Stenersen, 2012). Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er en annen metode, der en også ønsker å involvere klientene som reelle medarbeidere, slik at en kan forberede virkningene av de tjenester som ytes (Duncan, 2008). Felles for de ovenfornevnte forfatterne er at holdningen til brukeren, til hverandre, bygger på åpenhet, ærlighet og nær relasjon. Som en informant påpekte, «De trodde på meg, jeg måtte ikke bevise noe». Dette sa hun til tross for at hun leverte urinprøver hver uke, men slik jeg forstår henne, snakket hun her om selve møtene med jordmor og helsesøster som ga en opplevelse av å bli trodd. Her er vi kanskje inn i noe av det sentrale ved møtene på FHS. På den ene siden er tillit, åpenhet og trygghet essensielt, på den andre siden er kontroll, oppfølging og krav, noe av det som gjør endringene i livet synlige. Informantene var opptatt av at endringene også ble synlig for andre. Topor hevder at det å forandre seg krever mye av mennesket (Borg & Topor, 2007). En informant fortalte:

Og for meg så har det blitt veldig viktig og ta meg veldig godt ut foran andre og vise det at jeg er ikke den jeg var før og sånne ting. Og det har faktisk vært med å hjelpe meg, at folk har fått veldig troa på meg og alt dette her.

Det å bli forstått, sett, bli gitt og motta tillitt som et helt og verdifullt menneske, kan skape parallelle prosesser som styrker ens relasjonelle Jeg i møte med andre. Jeg har i teorikapitlet (3.3.) gjort rede for Sterns mentale innstillinger, som han mener er særlig plastiske - ja, til og med nyskapende i perioden hvor kvinner blir mor. Dette vil jeg drøfte mer i 7.3, men jeg vil presisere dette allerede nå. Det vil si at holdningene mødre blir møtt med, vil de kunne gjenta overfor sine barn (Killén, 2010b; Killén & Olofsson, 2003a). Mødre som opplever å bli møtt, forstått og akseptert av FHS, eller andre, vil sannsynligvis ha større sjanse for akseptere barnet og gi det omsorg enn de som ikke erfarer slike gode relasjoner. Hvis FHS evner å se og tolke foreldrenes behov, vil foreldrene i sterkere grad se og tolke barnets behov (Killén, 2010a). Denne parallelle prosessen er noe av det sentrale i arbeidet med foreldre. Barna styrkes gjennom foreldrenes erfaringer. Her ligger noe av motivasjonen for tidlig intervensjon og peker på noe av kraften i kunnskapen om tilknytning.

En kan reflektere rundt om denne gode relasjonen i noen tilfeller kan stå i veien for å se kritisk på samspeillet mellom mor og barn på FHS. I følge Neumann, jf. Kap.2.2., strever mange helsesøstre med å ta på alvor bekymringen for barn. En god og tett relasjon, kan bli utfordret, ved å si i fra om bekymring for barn. Neumann viser videre til grensefigurer som

helsesøster ofte relaterer sine observasjoner inn i. Ett hinder for ikke å si i fra kan være frykten for å ødelegge den gode relasjonen (Neumann, 2009).

### **7.1.1. Oppsummering**

Jeg har forsøkt å trekke linjer mellom teori, nærhetsetikk spesielt, mot funn i studien som har fokus på relasjonen mellom mor og FHS. Flere av artiklene presentert i kapittel 2, peker også i retning av at relasjonen er viktig for mødre og foreldre med ruserfaring (Chablani & Spinney, 2011; C. Ottenblad, 2000; Phillips, et al., 2007). I, 2.4 peker de særlig på jordmødrenes holdning til mødre som sentralt i samhandlingen (Phillips, et al., 2007). Jeg mener at nærhetsetikken nettopp fremme dette, både en holdning til den andre og måten man er sammen på. En aktiv holdning til hverandre som styrker og fremmer dybden i relasjonen.

## **7.2. Tilgjengelighet og fleksibilitet – til brukerens glede**

Bedringsprosessen slik Topor ser det, handler om å se hele individet i en sammenheng. Bedring er alltid en følge av et arbeid som individet gjør selv, oftest med hjelp av andre. Å snakke om bedring, avhenger av at man erkjenner menneskets aktive og avgjørende medvirkning. Bedring er altså en prosess i individet, som kan ses i sammenheng med individet selv og dens omgivelser. Her blir menneskets egen rolle og drivkraft sentral og viktig i bedringsprosessen (Borg & Topor, 2007; Topor, 2003). Denne drivkraften er gjenkjennbar i mine funn. Flere av informantene brukte ord som at de hadde «nådd bunnen og det var enten å gå til grunne eller komme seg opp». Der, på bunnen, fant de en kraft til et vendepunkt. «Tapet av seg selv og letingen etter dette, egne jeg, står frem som noe vesentlig i bedringsprosessen» (Borg & Topor, 2007, p. 31; Topor, 2003). Det ligger hardt arbeid og utholdenhet bak det å komme seg, styrke og ressurser hos den det gjelder er sentrale kvaliteter. Slik jeg oppfattet mine informanter var ytre støtte viktig, sammen med det å bestemme seg for mestre et liv uten rusmidler. Flere sa at det var lett å handle i gamle mønster og at avhengigheten hadde gjort at de var usikre på egen evne til å ta gode valg. Nettopp derfor var det viktig med gode og trygge hjelpere på veien og måtte jobbe med seg selv.

Samtlige av informantene viste forståelse for at FHS måtte kontrollere om de brukte rusmidler. Det var også en side av møtet med FHS. Flere ønsket av egen interesse å ta urinprøver og gjorde det først og fremst med tanke på barnet og omverdenen. Kontroller hos

rusmisbrukere blir styrket gjennom annen forskning. Gjermo, Lømo og Lundgaards sier at kontroll er en selvfølgelig del av rusbehandling. Urinprøver er en vanlig form for kontroll, skjerming fra omgivelser en annen. De iverksettes for å erstatte den mangelen på ruskontroll brukeren kan oppleve når «russtemmen» dominerer. De påpeker at det er hvordan brukeren oppfatter bruken av urinprøver eller annen kontroll, som er avgjørende for om det blir et hjelpemiddel til å fremme endring.

Urinprøver var viktige, men også egentlig at hun og skulle se meg, ikke vel. I forhold til at hun kunne se meg, at hun så at det gikk greit. Det er mye, ikke sant, jeg er jo rusavhengig og jeg vet akkurat åssen jeg skal manipulere ting, så, så jeg kunne fint ha klart det, tror jeg, hvis jeg hadde villet, hvis jeg virkelig hadde gått inn for det.

Så ble det å levere rene urinprøver en del av mestringen, konkrete bevis på hvor mye de selv ønsket rusfrihet.

Å oppleve mening er viktig i bedringsprosessen. Borg og Topor (2007) sier at å bruke kreftene til noe som har betydning i en større sammenheng, kan skape mening. Jeg kan reflektere over om det å ha et barn som vokser i magen, som skal bli et nytt liv, kan skape mening, krefter, tro og håp om en bedre fremtid. Det er viktig å være i en relasjon der partene sammen kan holde håpet oppe og tro at det skal gå bra. Å mestre alt alene er tøft, en trenger støtte og bli utfordret av andre som ser en som et menneske som kan klare det. Det å gå inn i en ny rolle, som det å bli mor, vil være med på å skape mening og fremme et naturlig endringspunkt. Kvinner forandrer og utvikler seg når en blir mor, jf. 3.3. Topor beskriver at hans informanter formidlet at årene med psykiske problemer ikke bare ble beskrevet som negative, de hadde også bidratt til ny kunnskap og egen utvikling (Borg & Topor, 2007). Slike erfaringer forteller også informantene i denne studien om (jr. kap. 6.7.). De sier at en kan snu det negative til noe positivt, de ser at erfaringene kan gi dem ny kunnskap om livet. Flere formidlet også at det ikke var noe poeng å fokusere på det som var, de opplevde seg styrket i å mestre et «nytt liv».

At noen holder frem håpet og gir oss tro på oss selv, har en avgjørende betydning i alt hjelpearbeid. Det kan handle om tett oppfølging av den som strever, eller holde seg på avstand, stille krav eller frita personen for noen oppgaver. At personen selv tar håpet tilbake og holder fast på det, er også sentralt. Flere forskningsresultater viser at håpet og troen på at det skal gå bra er bærende element i bedringsprosessen (Borg & Topor, 2007; Davidson, 2003; Lauveng, 2005). Flere av mine informanter fortalte at de opplevde helsesøster og

jordmor som trodde på dem. Dette gjorde dem bedre i stand til å fortsette rusfrihet og komme seg gjennom gode og vanskelige dager. I rusomsorgen er det å tro på det mennesker sier og gjør en spesiell utfordring. Benekting og bagatellisering er et kjennetegn ved rusavhengige og kan sees på som en del av «russtemmen». Når en får problemer med å tro på det personen forteller, er det utfordrende for relasjonen. Flere av informantene sa på generell basis at de kjente til at juksing med urinprøver forekom, og at noen ruste seg mens de hadde barn. Slike hendelser utfordrer relasjonen. Her kan en løsning være å sette fokus på brukerens eget ansvar, i stede for å mistro brukeren (Gjerme, et al., 2008). En informant beskriver hvilke erfaringer hun hadde med jordmor og om hvordan jordmor tydeliggjorde ansvar og roller.

For det at det handla om tøff kjærighet, du måtte gå inn i deg sjøl og måtte se åssen drittsekk du hadde vært [...] Du kan ikke bli sittende der og bli dulla med assa [...] Det nytter ikke det da, da slutter du i hvert fall ikke, hvis det skal være sånn «dikke-dare» opplegg. Det var det jo heller ikke hos jordmor og det skulle det heller ikke være. For da handla det ikke bare om meg sjøl lenger. Men det klarte man jo ikke å se fra begynnelsen. Det var jo derfor hun var deretter [...]

Dette er tøffe ord, men med tydelige refleksjoner rundt krav, forventning og utfordringer. Her kan det se ut til at jordmor og mor finner felles mål om hva som var viktig, nemlig barnet og hvordan veien fremover da måtte se ut. Dette er med på å understreke betydningen av å bli trodd på.

Samtidig som det å motta hjelp fra FHS var sentralt, fortalte også informantene om viktigheten av selv å bestemme og styre kontakten med FHS. De fortalte at jordmor og helsesøster formidlet at det var helt greit å ta kontakt mellom timene som var oppsatt om det var behov for det. For at en relasjon skal kunne utvikles, må en ha tid til det. Det å møte samme person over tid er et viktig bidrag. Det å oppleve at det er i orden å ta kontakt øker tryggheten. Dette ble også formidlet fra informantene, de gode erfaringene av å møte den samme personen over tid og kjenne hverandre. Borg og Topor (2007) sier at det å etablere langvarige relasjoner som skaper kontinuitet, er sentralt i arbeid med bedringsprosesser. Tid og tilgjengelighet skal planlegges og kontrolleres, noe som ofte blir utfordrende i møte med brukere. I blant kan ikke behovene utsettes, den tildelte tiden strekker ikke til. Slik blir regler og rutiner ikke alltid til det beste for brukerne (Borg & Topor, 2007). Informantene fortalte om god tilgjengelighet og fleksibel oppfølging fra FHS.

Frivillighet kan sies å ha motiverende sider, og er med på å legge større ansvar tilbake på brukere. Guri Midtgard i prosjektet *Gravid uten rusmidler*, (2002) sier at rusmisbrukere har



behov for å bli møtt med respekt samt oppleve anerkjennelse for positive sider. Viktige elementer er å bygge opp et positivt speil og gi dem styrke (Mathiesen, 2002). Dette behovet for anerkjennelse knyttes ofte til negative erfaringer en kan ha fra å være utstøtt eller stigmatisert fra samfunnets side.

Topor snakker om individuelle erfaringer og personkjemi som viktige sider ved bedringsprosesser (Borg & Topor, 2007). Informantene i denne studien ble valgt delvis på grunn av helsesøsters relasjon til informantene. Det er derfor ikke overraskende at informantene viser til en god match eller positiv personkjemi med jordmor og helsesøster. Men en god personkjemi går to veier. Helsesøster hadde ingen garanti for at alle fem informantene ville fremme dette så tydelig. Jeg kan reflektere over at det på FHS fins mødre som ikke kan vise til en så god opplevelse i møte med FHS som mine informanter. Viktige elementer i bedringsprosessen er å få mulighet til selv å velge hvem som skal følge en opp for å kunne skape en best mulig relasjon (Borg & Topor, 2007). En mulig svakhet ved FHS er at det ikke er mulig selv å velge hvilken helsesøster eller jordmor en vil gå til.

Foreldrene som velger ikke å bruke FHS, kan miste et viktig tiltak og et kunnskapsmessig tilbud. De blir henvist til vanlig helsestasjon, der det er færre ressurser og mindre tilgjengelighet. Det er også grunn til å tro at det er mindre kunnskap om problematikken rusmisbruk. Det fins mulighet for at barnet er den som taper mest på det. Personlig match blir vektet som viktig i mine funn. Hjerkinns studie (2012) viser at «short-term» - gruppa, de med minst/kortest bruk av rusmidler, var de mødre og barn som strevde mest. Et variert miljø med gode faglige og tydelige voksne medmennesker kunne kanskje ha styrket denne gruppa?

Brukerne ved FHS vil som regel oppleve å være i et asymmetrisk forhold til jordmor eller helsesøster. FHS er faglig kompetente, noe flere av informantene oppga som viktige og gode sider i møtet med FHS. Kunnskap har elementer av makt i seg, blant annet i språket, definisjonsmakten, i kroppsspråket eller holdninger (Jensen & Ulleberg, 2011). Her er særlig nærhetsetikken sentral, fordi med sitt vesen kan være med å gjøre maktforholdene likere (Løgstrup, 2008). Et annet område en kan gjøre maktforholdene likere på, er ved mer gjensidighet i kunnskap. Schibbye (2009) bruker samspillsituasjoner mellom mor og barn som et eksempel på situasjoner som er asymmetriske på et visst nivå, men på et annet nivå er de gjensidige. På FHS kan nettopp den uplanlagte eller uformelle samtalen være situasjoner hvor samspillsnivået er mer gjensidig fordelt med tanke på makt. Det at brukerne på FHS er

gravide eller har barn, gjør også at de sitter med en erfaringskunnskap som kan gi dem en større gjensidighet i kunnskap om graviditet og barn i møtet med jordmor og helsesøster.

Rammene for FHS er bygget på frivillighet. Denne rammen kan gjøre at jordmor og helsesøster er bevisst på sin rolle og aktivt henvender seg til brukerne. Det at en selv kan bestemme når en har behov for å bruke FHS, er også et viktig prinsipp i brukermedvirkning (Borg & Topor, 2007; Topor, 2003).

Alle forhold er dialektiske i den forstand at partenes opplevelser og samværsmåter forutsetter hverandre (Schibbye, 2009, p. 59). Løgstrup sier at maktperspektivet finnes i alle sosiale og personlige møter. Hvordan man bruker den makten, er avgjørende. «En har noe av den andres liv i sine hender». Normer, regler og sosiale konvensjoner kan representere en sikkerhet mot maktovergrep, men også innebære en fare. Den etiske fordringen er taus, en er kallet til å hjelpe, men vet ikke hvordan. Løgstrup er åpen for at verdier, normer og regler i et samfunn kan være der en går for å søke svar på hva en skal gjøre. Disse samfunns-normene eller reglene kan også være farlige fordi de kan hindre fleksibilitet, som igjen kan være avgjørende i arbeid med mennesker (Løgstrup, 2008). En positiv side ved FHS som informantene vektet, var opplevelsen av frivillighet til å gå på FHS. Dette til tross for henvisning fra andre instanser og kontrolloppfølging.

Et annet begrep som også er i brukt og som kan utfylle recovery, er *reciliens*, som blir benyttet for å beskrive menneskers håndtering av utfordringer og motgang. Reciliens skal ikke forstås som en egenskap man er født med, men heller som et dynamisk samspill mellom risiko, beskyttelse, sårbarhet og styrke (Fonagy, Steele, Higgitt, & Target, 1994). Jeg anser disse to perspektivene som sentrale når FHS skal møte brukere. Det er vesentlig både å se og ha tro på mennesket. Slik at en kan motivere og ha tro på endring.

### **7.2.1. Oppsummering**

Jeg har i dette kapittelet pekt på sentrale sider ved bedringsprosessen, med fokus på det informantene forteller om møtet med FHS. *Relasjonskompetanse* blir ofte brukt og beskriver at personen er følelsesmessig tilgjengelig, har evne til empati, evne til å vise respekt for og aksept av seg selv og andre (Killén, 2009; Kvello, 2007; Schibbye, 2009). Denne kompetanse er viktig for både å være mor og kunne ta i mot veiledning, støtte og hjelp og hos hjelpere. Egen innsats blir fremmet av informantene som viktig, sammen med støtte fra FHS og andre

instanser eller grupper. Å gi brukeren plass i møte med hjelpeapparatet kan være utfordrende, for hjelpeapparatet vet ofte så mye. Her har jeg pekt på sentrale sider ved brukerens kompetanse og egen innsats som kan være avgjørende for å lykkes i å skape varige endringer. Dette, sammen med en trygg relasjon gir mulighet for utvikling.

### 7.3. Graviditetens muligheter

Informantene fortalte at livet endret seg totalt for dem da de ble gravide eller fikk barn. En sier at hun opplever å være på en stadig opptur, en annen forteller at hun ble kvitt alle plagene hun hadde før, plager som ga grunn til å ruse seg. Flere var opptatt av å vise at de var annerledes enn før og fikk mye positiv og viktig respons på det. Dette kan sees som en personlig medisin (Bøe & Thomassen, 2009). Flere av mødrene fortalte at det å få beskjed om at de var gravide, ble en sterk motivasjon til å endre holdning og atferd til rusmidler (6.5.) De brukte ord som at dette er min redning, nå må jeg bare klare det, barnet fortjener en god mor, osv. Å bli gravid var en konkret hendelse som førte til endring, og slik reflekterte en mor om det i etter tid:

Jeg er veldig glad for at jeg blei gravid, for det var det som gjorde at jeg slutta da. Jeg vet ikke hvor jeg hadde vært i dag hvis jeg ikke blei gravid. Da hadde vel rusen bare utvikla seg.

Jeg har beskrevet Sterns *moderskapsinnstilling* (3.3.), som peker på den sentrale prosessen som skjer mentalt hos en vordende mor og hvilke prosesser som settes i gang. Jeg forstår Stern slik at mor får en ny sjanse til å lage nye indre representasjoner eller arbeidsmodeller, parallelt med de som allerede fins. Denne psykologiske endringen sammen med det å bli mor, som både gir en statusendring og er med på å gi mening og sammenheng i livet, skaper motivasjon (Stern, et al., 1999). Alle disse komponentene er med å gi mødrene ekstra løft og styrke til å makte forandringen.

Behovet for kunnskap om morsrollen er viktig for å lage rom for de mentale endringene (Stern, et al., 1999). Dette styrker funnene der informantene peker på FHS' sterke og tydelige rolle som både nettverk, kunnskapsbase og rollemodell for flere av informantene. Stern beskriver nettopp denne viktige prosessen, og sammenligner den med å lære et håndverk. Dette minner meg om Benners modell, fra Novise til Ekspert, der hun beskriver de forskjellige stegene i faglig utvikling av sykepleiefaget og hvordan man forholder seg til kunnskap etter hvor i prosessen man er (Benner, 1995). Den første gangen en blir mor, er behovet for kunnskap enormt. Man søker og prøver å finne sin rolle som mor hos andre med

kunnskap. Noen av informantene var mødre med flere barn. De kunne reflektere over at de hadde et annet behov for FHS den første gangen de ble mor enn ved neste gang. Informantene som var førstegangsmor da jeg intervjuet dem, var tydeligst på FHS' rolle som nettverk og modell. FHS' rolle ble særlig sentralt i fortellingene om gode tilbakemeldinger og positiv respons av informantene. Flere fortalte at de nesten svevde da de kom hjem fra FHS, fordi de hadde fått mye positivt. Dermed fikk de viktige bekreftelser på at de var en god mor. Dette er Stern også opptatt av. Han peker på at det ikke bare handler om å gi råd og veiledning, men faktisk det psykologiske miljøet hvor dette skjer er avgjørende (Stern, et al., 1999). Dette viser hvor sentralt den gode relasjonen er, for å lykkes i å utnytte denne muligheten mødrene får til å lage nye mentale spor.

Et støttende nettverk er altså sentralt, i følge Stern (1999), for utvikling av morsrollen. En av informantene sa:

Det er kanskje derfor jeg føler at det er greit å gå der mye, for det jeg har ikke så mange folk rundt meg, ikke sant?

Det kan se ut som at FHS rommer mer enn «bare» å være en helsestasjon for foreldre med ruserfaring. Deres rolle oppfattes av flere av informantene som å fungere som et støttende nettverk (eng. *holding environment*), (Stern, et al., 1999). Som noen informanter påpekte: «FHS kjenner både meg og barnet mitt, jeg slipper å begynne på nytt hver gang jeg kommer dit. De sier aldri nei til meg og de ser meg». Hjerkinns (2012) forskning peker på at brukere på FHS ofte har kortere skolegang, lite forankring i arbeidslivet og et svakere nettverk enn kontrollgruppa. Dette er funn som ikke like tydelig fremkom i denne studien. Her formidlet de fleste av informantene at de hadde gode nettverk, og flere så på FHS som en del av disse. Et støttende nettverk har vist seg å ha stor betydning for foreldrenes sensitivitet overfor barnet (Killén, Klette, & Arnevik, 2005).

Derimot fremkom det fra noen av informantene tydelighet på at de manglet gode rollemodeller i sin egen familie, og at de oppfattet FHS som et sted som fylte den plassen. En av informantene fortalte at hun ikke ville bruke sin egen familie som rollemodell, fordi de hadde den samme bakgrunnen som hun selv. Hun sa hun ikke stolte på dem og gjorde et aktivt valg med å bruke FHS i stedet. Stern peker på nettopp dette ved å beskrive den rolleendringen som skjer ved at mor forlater rollen som datter og forblir mor; dette utløser ofte følelser av forskjellig karakter. Det skjer ofte i denne perioden en reaktivering av forhold til egen mor og egen barndom. Det er naturlig å søke tilbake og reflektere kritisk på egen

barndom, oppvekst og egen mor (Stern, et al., 1999). Dette kan være utfordrende for mødre som har opplevd svikt i barndommen. Stern (1999) oppfordrer til, slik denne informanten gjorde, å ha et aktivt forhold til dette og peker på at forskjellige mennesker kan fylle denne rollen som ens egen mor ofte har, når datter blir mor (3.4.). Slik jeg forstår Stern, har han et positivt bilde av mødres muligheter til endring, til tross for at tilknytningen og barndomsopplevelsene kan være utrygge. En av informantene fortalte hva som ble viktig for henne for å klare å være mor.

[...] Jeg måtte bli kjent med meg selv først, før jeg kunne se ting om mitt barn, familien min eller folk rundt meg. Før jeg kunne være en mamma, så måtte jeg klare å se meg selv først, ta meg selv alvorlig og bli glad i meg selv.

Det å gi omsorg til andre er utfordrende når en strever, slik som denne informanten forteller. Å bearbeide egen barndom og «gamle» erfaringer er grunnleggende for å skape rom for nye mentale endringer, Jf. *The ghost from the nursery* (Karr-Morse & Wiley, 1997).

Som nevnt tidligere (6.1.), forteller alle informantene om erfaringer med omsorgssvikt, overgrep eller rusmisbruk fra minst en av sine egne foreldre. Det er forskning som styrker disse funnene og peker på at mange foreldre med rusmiddelproblemer har vært utsatt for samspill med alvorlige belastninger i oppveksten (Lauritzen, 1998). Stern understreker at en bør ha et reflektert forhold til sin egen barndom for å hindre uheldige tilknytningsmønstre å fortsette (Stern, et al., 1999). Med tanke på at ens egen tilknytningsstil, foreldrekompetanse og evne til emosjonelt å engasjere seg i barna, har en tendens til å gå i arv i generasjoner, er dette viktige områder å holde fokus på (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Killén, 2010a; Main, 1995). De har ressurser, de er hele mennesker, men de er også sårbare og derfor er det sentralt at de blir fulgt opp, utover de kritiske periodene. Dette må bygge på samarbeid og tillit og kunnskap fra feltet som kan vise til forskning som underbygger behovet for oppfølging (From & Väyrynen, 2012; M. B. Hansen, 2005; C. Ottenblad, 2000). Ved å bli møtt som den man er, kan man lykkes i å få til den gode og åpne relasjonen mellom bruker og hjelper. Da må også brukere oppleve at deres erfaringer har verdi og tyngde i møtet med et hjelpeapparat. De fleste av informantene forteller at de har gått til psykolog for å bearbeide opplevelser eller traumer. De fleste hadde avsluttet oppfølgingen og noen henviste også til FHS som et bedre alternativ enn å gå til psykolog. Dette er sentrale områder å ha fokus på når en jobber med sårbare grupper.

Funnene peker på informantenes bekymring for fremtiden, knyttet til deres erfaring med rusmisbruk. En sier:

Det er jo, ikke sant, de har jo tatt sånn forskning på det der og det er veldig mange som de ser på det som det er arvelig da, du har det i deg at du fort kan bli rusavhengig. Uff, så jeg må si at jeg går mye og bekymrer meg for det.

Dette sitatet sier noe om viktigheten av å jobbe parallelt med flere ting på en gang.

Informantene peker på en enighet om målet, - rusfrie foreldre og gode omsorgsbetingelser for barnet (1.5.). utfordringer er: Hvordan lykkes med det? Informantene peker på sentrale områder som hjelper dem i møtet med FHS, der en god og trygg relasjon er utgangspunktet for det møtet. Videre gir det rom for kontroll ved urinprøver og tett oppfølging, der det å bli sett som den en er og få tilbakemelding på seg selv, står sentralt. Videre, slik jeg ser det, ligger det også en stor oppgave i å styrke foreldrekompentansen. Det er ikke nok bare å fjerne rusen for å skape gode nok betingelser for foreldrekompentansen. Flere viser til viktigheten av eksplisitt og differensiert kunnskap som kombinerer forståelsen av både barns - og foreldres tilknytningsprosesser i arbeid med sårbare grupper (Bromberg, et al., 2010; Killén, 2010b; Killén & Olofsson, 2003b).

### **7.3.1. Oppsummering**

Barnets erfaringer tidlig i livet er svært sentralt for hvordan den emosjonelle tilknytning en får som voksen. Det er viktig kunnskap, som motiverer oss til å sette inn innsats så tidlig i livet som mulig (Brandt & Grenvik, 2010; Hart & Schwartz, 2009; Killén, 2010b). Videre peker blant annet Stern på at det også er mulig å skape nye erfaringer som er med på å lage nye spor eller arbeidsmodeller. Dette gjør seg spesielt gjeldende i graviditetsperioden og i løpet av den første delen av foreldrefasen (Stern, et al., 1999). Dette peker på de store mulighetene som fins i dette rommet og de kan være en viktig del av møtet med FHS. Slik jeg ser det, bør en ha enda større oppmerksomhet på innsats nettopp i denne fasen. Her møtes både mødrenes egen barndomserfaring, voksenaldererfaring og de nye tankene rundt et nytt liv. Prosessen og tankene om et nytt liv og ny rolle har ofte preg av gode forhåpninger om et godt og lykkelig liv for barnet. Et brudd med egen sosialarv eller egne erfaringer er ofte vanlig, et ønske om å skape en bedre barndom for barnet enn de selv har hatt. Da må mor lykkes i sin rolle som mor. Jeg avslutter denne delen med et sitat fra en av informantene som understreker noe av denne forventningen om et bedre liv:

M: [...] Jeg har alltid sagt at barnet får lov til å gjøre hva det vil, bortsett fra drugs.

I: *Har du noe plan på hvordan du skal hindre barnet i ikke å gjøre det?*

M: [...] Gjøre barnet glad! Gjøre sånn at barnet ikke har noe grunn til å begynne og ruse seg. For jeg tror jo ikke folk begynner og ruse seg hvis ikke de har en grunn te det. Men det er jo det hvis en er deprimert spesielt, så blir det jo litt mer at en trenger en grunn til å komme vekk i fra verden. Så hovedtingen er vel egentlig og [...] gjøre sånn at barnet ikke blir deprimert, rett og slett. Gjør sånn at barna er glade, at de ikke er triste, sånn at de ikke skal ha en grunn til og ruse seg.

## 8.0. En oppsummering av studien

Studien har gjennom kvalitative dybdeintervjuer gitt innsikt i erfaringer fem mødre har med FHS. Funnene har blitt drøftet i følgende teoretisk rammeverk: nærhetsetikk, recovery-teori og Sterns forskning på de psykologiske prosessene som skjer ved graviditet og moderskap. Ved bruk av nærhetsetikken fant jeg støtte for relasjonens betydning i møtet mellom mennesker. De peker på det sentrale i møtet, at det rommer mer enn ett kryss i boka. Et møte kan endre opplevelsen av seg selv, en kan bli sett og møtt på sentrale områder, noe som er med på å skape endring.

I referansen til recovery- teorien har jeg fokusert på den kraften mødrene har i seg selv og at den er avgjørende for å skape endring. Det å selv ta aktivt del i sin egen bedringsprosess er sentralt. Gjennom gode og trygge relasjoner kan det være med på å utløse viktige ressurser hos en selv. Det er hardt arbeid å lykkes med bedringsprosesser, og en trenger støtte og tydelige tegn på at situasjonen blir bedre, det må gjøres i en kontekst der en ikke står alene. Bedringsprosessen er en tidkrevende prosess. Det å selv være med på å bestemme tempo, tid og tilgjengelighet, er viktig for å lykkes.

Den psykologiske prosessen ved det å bli gravid og bli mor er blitt knyttet sammen med funn og opplevelsen av møtet på FHS. Det skjer psykologiske endringer som kan være med på å fremskynde bedringsprosessen hos mødrene. De psykologiske endringene må sees i sammenheng med egen oppvekst og barnas indre arbeidsmodeller og den emosjonelle tilknytning de får til sine mødre. I dette rommet fins det store muligheter for både motivasjon og psykologisk tilgjengelighet for endring.

Til slutt vil jeg understreke hvor komplekst temaet graviditet og rusavhengighet er. De rusavhengige er en sårbar gruppe som i følge forskning har store utfordringer i å skape gode oppvekstbetingelser for barna. Samtidig viser mine funn at mange av mødrene har egen styrke

og sterk motivasjon for å skape gode endringer for seg selv og barna. Dette gir rom for å tenke optimistisk om denne gruppen. Mange har ressurser, men de trenger støtte og riktig hjelp til selv å ta tak i denne endring, for å lykkes med det.

### **8.1. Nye forskningsspørsmål – veien videre**

Denne studien bidro til at nye forskningsspørsmål dukket opp og som det kan være aktuelt å søke svar på i andre undersøkelser. Jeg viser her til sju forslag til videre studier.

Hva med de som ikke velger å bli fulgt opp av FHS, til tross for ruserfaring? Det fins en mulighet for at det kan bli knyttet stor bekymring til disse foreldrene. Hvilke bakenforliggende faktorer utspiller seg her – og hvilke refleksjoner gjøres rundt dette fenomenet. Eller hva skjer på FHS når foreldre ikke opplever en god personkjemi med helsesøster? Blir de forstått som vanskelige foreldre som har noe å skjule, eller er det grunner en burde ha større forståelse for? Her ville det ha vært hensiktsmessig både å få tak i brukere, men også dybdeintervju av ansatte på FHS. Det ville ha vært hensiktsmessig å gå i dybden på hvordan slike erfaringer oppleves og håndteres.

Det ville også være interessant å se på fedre som oppsøker FHS og kanskje sammenlikne med fedre på vanlig helsestasjon, eller se på allerede kjente funn om fedre på helsestasjon. Er det forskjeller? Hvilken kontakt fungerer for begge parter? Hvor inkluderende opplever fedrene seg? Å ta opp og forsterke ting som fungerer, er en viktig prosess. Vi må gjøre mer av det som fungerer.

Det å intervju ansatte på FHS kunne også ha utvidet bildet. Her er det mulighet til å se sammenhenger og motsetninger i forhold til mitt utvalg og mine funn. Hva er de opptatt av? Hva oppfatter de som viktig i møtet med brukeren? Hvilket fokus har de på brukermedvirkning? Hvordan balanserer de mellom god relasjon med mor og eventuelle bekymring for rus hos mor?

Videre kunne man ha bygd en forskning tettere opp til Hjerkinns funn, som viser til at de barna som bor hjemme, uten langvarig rusmisbruk hos mor, er «tapere» på skolen og fungerer dårlig, sammenlignet med kontrollgruppa og barna som har vært utsatt for mer langvarig rus i svangerskapet. Det ville ha vært hensiktsmessig og hatt mer fokus på nettverket, kvaliteten av det, på samspill og kvaliteten av omsorg.



Siden jeg har erfaring fra barnevern, ville det ha vært interessant å se på sammenhenger mellom de som bruker FHS og de som har kontakt med barneverntjenesten. Det ville ha vært hensiktsmessig å se på tiltak, tiltaksrekker og samarbeidsmønstre. Dette for at vi kan få oversikt over tiltak, hva som virker og hvordan samhandler man i slike saker? Tidlig intervensjon er et satsningsområde. Det ville også ha være interessant å se på tverrfaglig/tverretatlig samarbeid i kommunen mellom forskjellige instanser innen graviditet og små barn. Flere studier peker på viktigheten av tett faglig samarbeid mellom faggrupper, så her fins det et godt utgangspunkt for videre forskning.

## Referanseliste:

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Barnevernloven. (1992, sist endret 2012). *Lov om barneverntjenester*. Barne- likestilling- og inkluderingsdepartementet Retrieved from [http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19920717-100.html&emne=BARNEVERNLOV\\*&](http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19920717-100.html&emne=BARNEVERNLOV*&).
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Oslo: TANO.
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforl.
- Borgestad klinikken, E. N. (2009). Rusrelaterte forsterskader  
doi:<http://www.borgestadklinikken.no/rusrelaterte-fosterskader>
- Bowlby, J. (1994). *En sikker base*. Fredriksberg: Det lille forlag.
- Brandt, A. E., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum, nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter* (Vol. 2. 1. opplag). København: Akademisk Forlag.
- Bromberg, S. R., Backman, T. L., Krow, J., & Frankel, K. A. (2010). Meeting the gap in infant mental health services for pregnant and parenting mothers with drug addiction: The Haven mother's house modified therapeutic community. *Infant Mental Health Journal*, 31(3), 255-276. doi: 10.1002/ijhm.20255
- Buber, M. (1995). *Det mellanmänskliga*. Ludvika: Dualis Förlag.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid, Om etikk, relasjoner og nettverk* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Carter, C. S. (2002). Perinatal care for women who are addicted, implication for empowerment. *Health & Social work*, 27(3), 166-174.
- Chablani, A., & Spinney, E. R. (2011). Engaging High - Risk Young Mothers Into Effective Programming: The Importance of Relationships and Relentlessness. *Journal of family social work*, 14(4), 369-383. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10522158.2011.588544>
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Duncan, B. (2008). Forord. In T. Fjeldstad, A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen & A.-G. Tuseth (Eds.), *Klienten -den glemte terapeuten, Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (pp. 16-19). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant mother attachment at one year of age. *Child development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 35, 231-257.
- Forvaltningsloven. (1967, sist endret 2011). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Justis- og beredskapsdepartementet Retrieved from [http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19670210-000.html&emne=FORVALTNINGSLOV\\*&](http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19670210-000.html&emne=FORVALTNINGSLOV*&).
- From, D., & Väyrynen, P. (2012). Vårdrelationens betydelse i vården av mödrar med missbruksproblem. [examensarbete]. *Vård i fokus*, 1, 25-27.
- Føllesdal, D., & Walløe, L. (2002). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gjerme, H., Lømo, B., & Lundgaard, R. (2008). Brukermedvirkning i rusbehandling - er det mulig? In T. Fjeldstad, A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen & A.-G. Tusest (Eds.), *Klienten -den glemte terapeut, Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (pp. 166-181). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hansen, F. A. (1994). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Hansen, M. B. (2005). Et varsku om rusmisbrukende familier med små barn: Færre får oppfølging. *Rus og avhengighet*, 3, 23-25.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011, sist endret 2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from [http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=helse\\*%20%2b%20og\\*%20%2b%20omsorgstjenest\\*&](http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=helse*%20%2b%20og*%20%2b%20omsorgstjenest*&).
- Helsedirektoratet. (2005). *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* Oslo: Helsedirektoratet, IS-1154.
- Helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning, opprappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011a). *folkehelse, graviditet og helsestasjon*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011b). *Helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjerkin, B. (2012). *A cohort study of pregnant substance-abusing women and their children, attending a Special Child Welfare Clinic in Kristiansand, Norway, 1994-2002*. Oslo: Faculty of medicine university of Oslo.
- ICD-10. (2012). Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer: Systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet)
- Illich, I. (1978). *The right to useful unemployment*. London: Marion Boyars.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karr-Morse, R., & Wiley, M. S. (1997). *The ghost in the nursery*. New York NY: Atlantic Monthly press.
- Killén, K. (2009). *Sveket*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2010a). Risiko - omsorgssvikt - samspill - tilknytning *Opplærings- og utviklingsarbeid i behandling av foreldre/barn med rus- og psykiske problemer og andre alvorlige psykososiale belastninger*
- Retrieved from <http://www.borgestadklinikken.no/237/testpublikasjoner>
- Killén, K. (2010b). *Risiko - omsorgssvikt - samspill - tilknytning*. [Skien]: Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken.
- Killén, K., Klette, T., & Arnevik, E. (2005). Mor - barn - samspill i norske familier. *Norsk psykologisk tidsskrift*.
- Killén, K., & Olofsson, M. (2003a). *Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K., & Olofsson, M. (2003b). *Det Sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kristiansen, K., Borg, M., Glover, H., Volden, O., Beston, G., Hauge, S., . . . Jensen, P. (2009). *Medforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvillo, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lauritzen, G. (1998). *Barn som trengte bedre vern. En nasjonal studie av stofmisbrukere i behandling - analyse av oppvekstforhold.*, Høyskolen i Oslo, avd. Ø.K.S., seksjon for forskning, hovedfag og videreutdanning, Oslo.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Lévinas, E., & Aarnes, A. (2004). *Den annens humanisme* (3. korrigert ed.). Oslo: Aschehoug i samarbeid med Fondet for Thorleif Dahls kulturbibliotek og Det norske akademi for sprog og litteratur.
- Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring* (3. ed.). København: Gyldendal.

- Main, M. (1995). Attachment: overview with implication for clinical work. In S. I: Goldberg, R. Muir & I. Kerr (Eds.), *Attachment theory, Social development and developmental and clinical perspectives* (pp. 467-474). Hillsdale: N.J. Analytic Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i Medisinsk forskning, en innføring* (Vol. 3 utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiesen, B. R. (2002). Svangerskap gir motivasjon. *Rus og avhengighet*, 6, 37-39.
- Moe, V. (2002). *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to drugs: Prediction and developmental outcome at 4 1/2 years*. Ph.d. -studie, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Neumann, C. B. (2007). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser. Doktorgrad*. Oslo: Universitetet i Oslo. Institutt for kriminologi og retts sosiologi.
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket, En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: NOVUS FORLAG.
- Olofsson, M. (2010). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer, Familieambulatoriets interventionsmodel* (2. ed.). København: Sundhedsstyrelsen.
- Osterling, K. L., & Austin, M. J. (2008). Substance Abuse intervention for parents involved in the child welfare system. *Journal of evidence - based social work*, 5:1-2, 157-189. doi: 10.1300/J394v05n01\_07
- Ottenblad, C. (2000). Specialistmødrahelsevård för drogberoende blivande föräldrar, långsiktig stöd förebygger återfall och skapar bättre uppäxtnilö för barnet. *Läkartidningen* 97(18).
- Ottenblad, C. (2000). Specialized maternal health service for substance abusing parents to be - long-term support prevents recurrence and creates a better environment for the growing up child. [Översikt]. [Specialistmødrahelsevård för drogberoende blivande föräldrar - långsiktig stöd förebygger återfall och skapar bättre uppäxtnilö för barnet]. *Läkartidningen*, 97(18), 2201-2202.
- Phillips, D., Thomas, K., Cox, H., Ricciardelli, L. A., Ogle, J., Love, V., & Angela, S. (2007). Factors that influence woman's disclosure of substance use during pregnancy: A qualitative study of ten midwives and ten pregnant women. *Journal of drug issue*.
- Radcliffe, P. (2011). Substance-misusing women: Stigma in the maternity setting. *British Journal of Midwifery*, 19(8), 497-506.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforl.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner, et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., & Stenersen, E. H. (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Slinning, K. (2004). *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to substances: With special emphasis om attention and self-regulation*. Ph.d. -studie, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Slinning, K., Hansen, M. B., & Moe, V. A. S. E. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1999). *En mor bliver til*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sundet, R. (2008). Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid. In T. Fjeldstad, A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen & A.-G. Tuset (Eds.), *Klienten -den glemte terapeut, brukerstyring i psykisk helsearbeid* (pp. 312-326). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Topor, A. (2003). *Recovery*. København: Hans Reitzel forlag.
- Vetlesen, A. J., & Nortvedt, P. (1994). *Følelser og moral*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.

## **Vedleggsoversikt**

Vedlegg 1 Intervjuguide 1

Vedlegg 2 Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 3 Samtykke til deltagelse i studien

Vedlegg 4 Godkjenning fra Fakultetets etiske komite (FEK) i skjema for søknad til

Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Vedlegg 5 Avklaring fra REK

Vedlegg 6 Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

## Vedlegg 1

### Intervjuguide:

Jeg ønsker å benytte semistrukturert kvalitativt forskningsintervju (Kvale og Brinkman, 2010). Det betyr at vi skal snakke sammen, ikke bare at jeg skal spørre.

### Forskningsspørsmål: Hvordan opplever mødre å få hjelp fra Forsterket helsestasjon?

#### Innledning:

- Alder på mor,
- Alder på barnet,
- Boforhold, (kort om; eie, leie, midlertidig, hjemme hos familie, bodd alene tidligere)
- Økonomi, (inntekt, tidligere erfaring med lønnet inntekt eller stønader, forventning om lønnet inntekt)
- Kontakt med egen familie? (kort om hvem er viktige for deg)
- Mulig enkelt nettverkskart, (hvem har du rundt deg? - over hvor lang tid har du kjent de, hvor mange har du rundt seg som du kan være fortrolige med, rollemodeller – når du tenker mammarollen, hva og hvem tenker du på da?)

#### Forsterket helsestasjon:

- Hvordan kom du i kontakt med Forsterket helsestasjon? (hvem henviste, kan du huske hvordan du opplevde det å bli henvist til Forsterket helsestasjon, var det noe du selv ønsket)
- Hvor lenge har du gått på Forsterket helsestasjon?
- Hvor ofte er du på Forsterket helsestasjon?
- Det å gå på Forsterket helsestasjon, er det ditt ønske eller er det andre som har bestemt det for deg, føler du deg forpliktet, tvang eller frivillig?
- Har du noen konkrete minner om Forsterket helsestasjon? (fortell om episoder).
- Har du opplevd å få hjelp fra Forsterket helsestasjon? (fortell - gi eksempler).
- Har du opplevd – eller forventninger om, å få hjelp fra andre enn Forsterket helsestasjon? (Eks. familie, venner, nettverk eller andre offentlig instanser).
- Når du tenker på hjelp, hva er viktig for deg da?
- Hvem kan gi deg hjelp, tenker du?

- Hvordan kan god hjelp se ut for deg? (Hva skal med, hvilken rolle har du, hvilken rolle har andre, her eksempel Forsterket helsestasjon).

### **Foreldreskap:**

- Hvilke tanker har du rundt det å være eller bli foreldre? (fortell om følelser, tanker, praktisk)
- Kan du huske hva du tenke eller følte da du fant ut at du skulle ha barn? (eller da barnet ditt ble født).
- Tenker du at det gjør en forskjell at du får oppfølging av Forsterket helsestasjon.
- Har du noen tanker på om Forsterket helsestasjon påvirker din fungering og opplevelse av å være forelder?
- Det at du har rus erfaring, tenker du at det gjør at du har behov for mer eller annen hjelp, enn om du ikke hadde erfaring med rus tidligere?
- Tenker du noen ganger på at det hadde vært bedre eller dårligere om du gikk på en vanlig helsestasjon?
- Vanlig helsestasjon ligger der du bor, det gjør ikke alltid Forsterket helsestasjon – spiller det noen rolle for deg?
- Hender det at du synes det er flaut/ubehagelig å fortelle at du går på Forsterket helsestasjon? (Har du kommet i situasjoner hvor det har vært nødvendig å fortelle at du går på Forsterket helsestasjon?)
- Det at jordmor og helsesøster jobber på vanlig helsestasjon også – betyr det noe for deg?
- Hva er bra med Forsterket helsestasjon?
- Er det noe du savner ved Forsterket helsestasjon?

### **Barnet:**

- Hva tenker du om barnet ditt? Fortell..
- Har du noen tanker om at barnet ditt trenger hjelp?
- Hva tror du kan være en god hjelp for ditt barn?
- Har du noen opplevelser på å få hjelp for ditt barn? Fortell..
- Tenker du noen ganger at ditt barn trenger spesiell hjelp, fordi du som mor har rus erfaring?

**Avslutning:**

Nå har vi snakket sammen en god stund, jeg har spurt mye og du har svart veldig godt. Jeg er glad for at jeg fikk snakke med deg, dette har vært viktig informasjon for meg. Vi går mot avslutning. Er det noe du savner som jeg ikke har spurt om? Er det noe du har lyst til å si om Forsterket helsestasjon?

Hvordan har det vært for deg å bli intervjuet på denne måten?

Ønsker å ha spørsmålene som utgangspunkt for å kunne starte intervjuet, men er åpen for at det viktigste er hva du som informant ønsker å formidle om dine opplevelser med Forsterket helsestasjon.



## Vedlegg 2

### Til brukere av Forsterket helsestasjon

#### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*En studie av hvordan mødre opplever å få hjelp fra Forsterket helsestasjon*

Mitt navn er Elin Thorvik Andersen og jeg er utdannet barnevernspedagog med videreutdanning i psykisk helse for sped og småbarn. Jeg er nå student ved masterstudiet i psykisk helsearbeid på Universitetet i Agder og er opptatt av småbarns og unge mødres helse, utvikling og livssituasjon.

Jeg er i gang med en masteroppgave hvor jeg ønsker å se på hvordan mødre opplever å få hjelp fra Forsterket helsestasjon. Jeg er nysgjerrig på dine erfaringer, meninger og oppfatninger av Forsterket helsestasjon. Jeg er også interessert i å høre om hva du tenker om det å motta hjelp mer generelt og hvordan du opplever din og ditt barns situasjon.

#### Hvorfor delta?

Forsterket helsestasjon er et etablert tiltak, som tilbys mødre som har erfaring med rus. Jeg er opptatt av at dette tilbudet skal være til god hjelp og ønsker derfor å snakke med deg som bruker av Forsterket helsestasjon. Det er dine erfaringer, meninger og oppfatninger av Forsterket helsestasjon jeg er interessert i å høre om.

#### Hvordan delta?

Jeg ønsker å intervju deg i tidsrommet februar-mars. Hvis du ønsker å delta kan du ta kontakt med helsesøster eller jordmor, så kan de formidle navn og telefonnummer til meg. Du kan også ta direkte kontakt med meg på e-post eller SMS, se kontaktinformasjon under.

#### Øvrig informasjon

Denne forespørselen er kun formidlet via Forsterket helsestasjon og jeg kjenner ikke din identitet før du eventuelt velger å kontakte meg. Deltakelsen i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra intervjuet. Det vil ikke ha noen form for konsekvenser i forhold til din videre kontakt med Forsterket helsestasjon, om du velger å delta eller ikke.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og skrevet ordrett ned på papir etterpå. Det vil ta omtrent en time. Informasjonen fra intervjuene er det kun undertegnede og veileder som har tilgang til, og vil bli slettet når oppgaven er godkjent. Det du forteller vil bli behandlet på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i oppgaven.

Studien er meldt og godkjent av Fakultetets Etske Komité ved Universitetet i Agder, Fakultetet for Helse- og idrettsvitenskap, og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Prosjektet avsluttes innen 01.12.12.

Du som deltar på intervjuet, må skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen før vi starter intervjuet.

Med hilsen

Kontaktinformasjon:

Elin Thorvik Andersen

e-post: [Elinta06@uia.no](mailto:Elinta06@uia.no)

tlf.: 48140469

Navn på veileder av prosjektet: Erna Ulland, Universitet i Agder, E-post: [Erna.ulland@uia.no](mailto:Erna.ulland@uia.no)  
tlf.38141867.

## Vedlegg 3

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

Elin Thorvik Andersen, Prosjektleder, Masterstudent, e-post: [Elinta06@uia.no](mailto:Elinta06@uia.no)

tlf: 48140469.

Veileder: Erna Ulland, UIA

## Vedlegg 4

**Framleggingsvurdering** Skjema for vurdering av framleggingsplikt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Dokument-id: 231835 Dokument mottatt 18.11.2011

### Mødres erfaringer med Forsterket helsestasjon

#### 1. Generelle opplysninger

a. Prosjekttittel
Prosjekttittel
Mødres erfaringer med Forsterket helsestasjon
Vitenskapelig tittel

b. Prosjektleder:
Navn: Erna Ulland
Akademisk grad: Førstelektor
Klinisk kompetanse: Psykisk helsearbeid/folkehelse
Stilling: Førstelektor v/master- og videreutdanning
Arbeidssted: Kristiansand
Arbeidsadresse: Universitetet i Agder Fakultet for helse- og idrettsvitenskap postboks 422
Postnummer: 4604
Sted: Kristiansand
Telefon: 38141867
Mobiltelefon: 90696201
E-postadresse: <a href="mailto:erna.ulland@uia.no">erna.ulland@uia.no</a>

#### 2. Prosjektopplysninger

a. Prosjektomtale
Bakgrunn: I min arbeidshverdag har jeg snakket med brukere, men svært sjelden om hvordan det oppleves for dem å være i kontakt med hjelpeapparatet og om det å motta hjelp. Mødre på Forsterket Helsestasjon kan oppleve å bli møtt med en stigmatisering på grunn av bekymring for barnet og foreldreskapet. Dette kan

oppleves som en ekstra belastning, andre mødre kan oppleve en trygghet i å motta denne type hjelp. Dette er en evalueringsstudie hvor hensikten er å få større innsikt i mødrenes opplevelse av å motta hjelp fra Forsterket Helsestasjon. Ved at jeg henvender meg direkte til mødrene og etterspør deres erfaringer får prosjektet et brukerperspektiv. Brukermedvirkning er vesentlig innen fagfeltet psykisk helsearbeid (Andersen, J.W. et al) og blant annet nedfelt i opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63). Formålet: Jeg er ute etter hva som skaper meningsfullhet for mødrene og barna ved tilbudet de mottar fra Forsterket Helsestasjon.

**Hvordan resultatene fra prosjektet skal presenteres:**

I form av en masteroppgave.

#### b. Prosjektdata

**Det skal innhentes samtykke fra dem opplysningene gjelder**

Intervjuguide (vedlegg 1)

Det er frivillig å delta i studien. Informantene kan trekke seg fra studien under hele prosessen. Jeg ønsker å informere godt om prosjektet og hva det innebærer å være informant (Vedlegg 2)

De som ønsker å delta underskriver en samtykkeerklæring (Vedlegg 3).

#### c. Varighet

Prosjektstart 02.01.2012

Prosjektslutt 18.05.2012

**Håndtering av data etter prosjektslutt:**

Materialet vil bli oppbevart hos meg i et låsbart skap og makulert når oppgaven er godkjent.

### 3. Begrunnelse for spørsmål om framleggingsplikt

Begrunnelsen er svaret fra Fakultetets etiske komite (FEK):

"FEK behandlet søknad fra masterstudent Elin Thorvik Andersen i e-mail møte i uke 45-46 og fattet følgende råd. Prosjektet anses som kvalitetssikringsprosjekt, men vi anbefaler at du sender forespørsel om framleggingsplikt til REK."

### 4. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	Prosjektbeskrivelse	Prosjekt FEK2.doc	18.11.11

## Vedlegg 5

**Fra:** post@helseforskning.etikkom.no [post@helseforskning.etikkom.no]

**Sendt:** 27. november 2011 20:45

**Til:** Erna Ulland

**Emne:** Sv: REK sør-øst 2011/2353 Mødres erfaringer med Forsterket helsestasjon

Hei,

Viser til innsendt framleggingsvurdering mottatt 18.11.2011 vedrørende prosjektet *Mødres erfaringer med Forsterket helsestasjon*.

I helseforskningslovens § 4 første ledd forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Formålet med dette prosjektet er å evaluere et etablert tilbud, Forsterket helsestasjon. Brukerne skal intervjues om sine erfaringer med tilbudet. Prosjektet vil ikke gi ny kunnskap om sykdom og helse slik det forstås i helseforskningsloven.

Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. helseforskningslovens §4 annet ledd.

Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen

Gjøril Bergva

Rådgiver

REK sør-øst

Tlf: 22 84 55 29

## Vedlegg 6

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 29141

Personvernombudet legger til grunn at helsesøster eller jordmor trekker utvalget og oppretter førstegangskontakten med utvalget, og at taushetsplikten ikke er til hinder. Videre, at mødre som er interesserte i prosjektet, bes om å henvende seg direkte til studenten.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget noe mangelfullt og forutsetter at følgende opplysninger tilføyes:

- at forespørselen er formidlet via helsestasjonen og at du ikke kjenner identiteten deres før de eventuelt velger å kontakte deg
- at det ikke vil ha noen form for konsekvenser i forholdet til helsestasjonen om de velger å delta eller ikke
- at prosjektslutt er 01.12.12
- navn og kontaktopplysninger til veileder (daglig ansvarlig)

Vi ber om å få tilsendt et revidert skriv før det tas i bruk.

Prosjektslutt er 01.12.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.