



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Svangerskap og alkohol/

Pregnancy and alcohol

Lange, Ida Blanche

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 28. mai 2013



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Guro Werner Fiskergård

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 28/5-2013

Antall ord: 10 379

Forord

Lille barn

*Lille barn i magen min
hva foregår i ditt sinn?
Er du lykkelig og glad?
Jeg vil at du skal ha det bra!*

*Elskede engel dypt der inne
vil du mening i livet finne?
Vil du finne kjærlighet
vil du finne ærlighet?*

*Vil du nå dine mål
leve ut dine drømmer?
Tenker du på sånt nå som du svømmer?
Bittelille barnet mitt
mamma lurur jo litt!*

*Er jeg go' mot deg
er jeg tro mot deg?
Gjør jeg feil
gjør jeg riktig?
Alle mine handlinger er blitt så viktig!*

*Jeg vil gjøre alt for å beskytte deg
på livets lange farefulle vei.
Jeg vil, jeg må, jeg skal klare det her
for du er meg så inderlig kjær!*

*Til vi møtes, ha det godt, voks og gro
for vi skal få det så fint, vi to!*

- Ukjent forfatter

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Oppgavens disposisjon	2
2.0	Problemstilling	4
2.1	Begrunnelse og avgrensing	4
2.2	Definisjon av begreper i problemstillingen	6
2.2.1	Rus	6
2.2.2	Alkohol	7
2.2.3	Avhengighet	8
3.0	Metode	9
3.1	Litteraturstudie	9
3.2	Vitenskapsteori	10
3.3	Forforståelse	11
4.0	Teoridel	13
4.1	Avhengighet, psykisk og fysisk	13
4.2	Alkoholavhengige kvinner	14
4.3	Graviditet og svangerskap	17
4.4	Hvordan alkohol kan skade fosteret under svangerskapet	18
4.5	En alkoholavhengig kvinne blir gravid	19
4.6	Hva sier lovverket?	22
5.0	Drøfting	24
6.0	Avslutning	29
6.1	Oppsummering av drøftingen	29
6.2	Konklusjon	29
6.3	Refleksjon	30
7.0	Litteraturliste	32

1.0 Innledning

Ifølge temaplan F, tilhørende Vernepleieutdanningen ved Høgskolen i Molde, er målet med denne bacheloroppgaven at jeg skal formidle egen kunnskap i en oppgave over et selvvalgt tema. Temaet jeg har valgt for denne oppgaven, som er en litteraturstudie, er bruk av alkohol i svangerskapet. Formålet med studiet har vært å få innsikt i ulike perspektiver til alkoholbruk og svangerskap. Videre ønsket jeg, som fremtidig vernepleier, å øke min forståelse rundt hva som kan være årsaken til at kvinner fortsetter å ruse seg på alkohol etter at de har funnet ut at de er gravide. Jeg ble interessert i dette temaet allerede under observasjonspraksis første studieår. Der møtte jeg en mann som sa at ”han var litt annerledes fordi moren var alkoholiker”. Dette møtet fasinerte og engasjerte meg, og jeg begynte å tenke over hvor vanlig det egentlig er å drikke alkohol når man er gravid. Landets største aviser kommer stadig med overskrifter som sier ”1 av 3 mener gravide kan drikke alkohol” (Dagbladet 28. Oktober 2009), ”Gravide - ta et glass!” (Aftenposten 24. Juli 2010) eller ”Ny forskning: Litt alkohol skader ikke fosteret” (Aftenposten 28. august 2012). Dette på tross av at Helsedirektoratet anbefaler totalavhold gjennom hele svangerskapet. Videre begynte jeg å tenke på at slike påstander kanskje kan påvirke kvinner som allerede er avhengige av alkohol til å ”rettferdiggjøre” rusingen når de er gravide. Og hvorfor klarer egentlig ikke kvinner å slutte å drikke når de har et annet liv voksende i kroppen sin? Disse tankene førte meg over på en problemstilling jeg vil komme nærmere inn på snart.

Som fremtidig vernepleier i helse- og sosialfaglig arbeid er det avgjørende hvordan jeg møter mennesker og grupper. Jeg skal vise respekt, åpenhet, tillit og omsorg, noe som krever etisk klokskap og et bevisst, profesjonelt forhold til egne motiver og verdier (Fellesorganisasjonen 2010:7). Formålet med denne bacheloroppgaven har vært å øke min forståelse i forhold til en gruppe mennesker som kanskje kan bli sett ned på og misforstått. Ved å fordype meg i de bakenforliggende årsakene til kvinnenens valg og rolle i samfunnet håper jeg på å komme et stort skritt nærmere den flinke og reflekterende vernepleieren jeg ønsker å bli.

1.1 Oppgavens disposisjon

I innledningen fortalte jeg litt om bakgrunnen for valg av tema, hvordan temaet er dagsaktuelt, og hvorfor jeg som fremtidig vernepleier mener temaet er relevant. Videre har jeg formulert en problemstilling, gitt begrunnelse og avgrensning samt definert begrepene i problemstillingen. Deretter har jeg kommet nærmere inn på hvordan jeg har løst oppgaven, hvilken metode jeg har benyttet og hvordan litteraturstudiet har preget oppgaven. I metodekapittelet har jeg også tatt med relevante begreper fra vitenskapsteorien som validitet og reliabilitet og beskrevet hvordan disse har påvirket arbeidet mitt. Jeg har også kommet nærmere inn på egen forforståelse.

Teoridelen er den største delen av bacheloroppgaven. Den har jeg valgt å dele opp i seks underkapitler hvor jeg systematisk har gått gjennom teori som er relevant i forhold til problemstillingen. Det første kapitlet omhandler generell avhengighet. Her benyttet jeg tre ulike kilder for å belyse de ulike sidene av avhengighet. I det andre kapitlet har jeg kommet nærmere inn på alkoholavhengige kvinner, og hva som kjennetegner denne gruppen. Det tredje kapitlet er en kort redegjørelse om graviditet og svangerskap generelt, med Brandt og Grenvik (2010) som primærkilde. I det fjerde kapitlet har jeg tatt med hovedpunktene når det kommer til skader fosteret kan få som følge av alkohol under svangerskapet, dette for å ha noe bakgrunnskunnskap rundt området. Det femte kapitlet handler om utfordringene en alkoholavhengig kvinne møter når hun blir gravid. Dette er et mer omfattende teorikapittel med hovedsakelig to ulike primærkilder. Til slutt ønsket jeg å trekke inn hva lovverket sier i forhold til denne gruppen kvinner. Det siste kapitlet med teori er derfor en gjengivelse av lovverket samt en kort erfaringsbeskrivelse fra Borgestadklinikken i forhold til lovverket.

Jeg har videre analysert, drøftet og stilt spørsmål ved teorifunnene mine. Drøftingskapitlet har jeg valgt ikke å dele opp i underkapitler da de ulike teoriene går noe over i hverandre, samt at jeg har forsøkt å trekke så mange paralleller som mulig mellom dem. Spørsmålene jeg stiller har jeg ikke nødvendigvis funnet riktig eller galt svar på, da de er ment mer som tankevekkere og åpne spørsmål. Jeg har ikke trukket noen konklusjoner underveis i drøftingen.

Under avslutningen har jeg først gitt en kort oppsummering av hva jeg drøftet i drøftingskapitlet. Deretter har jeg gitt en konklusjon i forhold til problemstillingen for oppgaven, som et resultat av drøftingen. Her har jeg også vist til noen av kildene jeg benyttet under drøftingen. Til slutt har jeg reflektert over arbeidet med oppgaven, skrevet litt om prosessen, samt kommet med noen tanker som gikk noe utenfor oppgavens mål og rammer.

2.0 Problemstilling

Hvilke årsaker kan medvirke til at kvinner som er avhengige av alkohol fortsetter å ruse seg under svangerskapet på tross av skadene fosteret kan få?

2.1 Begrunnelse og avgrensing

Årsaken til at jeg har avgrenset problemstillingen til å gjelde alkohol kommer av at blant annet Mohaupt og Duckert (2009) sier at alkohol gir mer omfattende og irreversible skader på fosterets utvikling enn narkotiske stoffer (Storvoll m.fl. 2010:55). Ifølge Duckert (2008:90) vil alkoholen gå direkte over i blodtilførselen for fosteret dersom mor drikker under svangerskapet. Fosteret kan ta skade av alkoholen gjennom hele svangerskapet, og skadevirkningene er livsvarige, gir et bredt spektrum av effekter og kan forhindres fullstendig ved å avstå fra alkoholen. Tidligere var man mest opptatt av effektene av store alkoholinntak, men i dag har fokuset skiftet til effekten av mindre mengder alkohol på fosteret. De siste års kunnskap viser at det ikke finnes noen sikker nedre grense for skadelig alkoholinntak i svangerskapet, og totalavhold anbefales derfor gjennom hele svangerskapet, også gjerne i tiden før man blir gravid (Duckert 2008:90). Brandt og Grenvik (2010:36) skriver videre at kvinners etablerte drikkevaner utgjør en risiko fordi flere og flere venter med å få barn, og sjansen for at drikkevanene fortsetter inn i graviditeten blir større. Fosteret kan utsettes for ruseksponering enten før kvinnen vet hun er gravid, eller gjennom svangerskapet fordi kvinnen drikker på tross av graviditeten (Brandt og Grenvik 2010:36).

Helsedirektoratet har årlige holdningskampanjer for et ”alkoholfritt svangerskap”. De fleste som har sett på TV det siste året har sikkert fått med seg en animert reklame hvor en gravid kvinne spiser, jobber, fester og drikker alkoholfritt sammen med barnet i magen. Hovedbudskapet i reklamefilmen er ”Gi barnet den beste starten, ikke drikk alkohol i svangerskapet” (Helsedirektoratet 2012). Jeg har i denne bacheloroppgaven tatt høyde for at kvinnene jeg omtaler på en eller annen måte har fått denne opplysningen. Jeg har derimot ikke tatt utgangspunkt i at alle kvinnene vet hvor stort omfanget av skadene

alkoholen gir fosteret kan være, da jeg ikke ser på dette som ”allmennkunnskap”. Derfor har jeg også valgt å skrive litt om skadeomfanget under teoridelen.

Sosial- og helsedirektoratet (2005/06) har videre følgende anbefalinger ved fortsatt alkoholinntak under svangerskapet:

- *Gravide som fortsetter å drikke etter anbefaling om avhold, tilbys tette svangerskapskontroller for å motivere til avhold.*
- *Kvinner som ikke raskt nyttegjør seg denne hjelpen, henvises til forsterkede helsestasjoner eller spesialiserte tjenester for gravide.*
- *Hvis poliklinisk støtte ikke er nok, motiveres for innleggelse i tiltak for gravide med rusproblemer.*
- *For kvinner som ikke tar imot relevante hjelpetiltak og der alkoholinntaket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, kommer Lov om sosial tjenester om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere til anvendelse (Sosial- og helsedirektoratet 2005/06:8).*

1.1.2012 trådte *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige* i kraft, og erstatter lovverket Sosial- og helsedirektoratet henviser til (LOV-2011-06-24-30).

Jeg har i denne bacheloroppgaven ikke kommet nærmere inn på disse anbefalingene, men tar utgangspunkt i at kvinnene er orientert om det, samt at de risikerer å bli innlagt på institusjon mot sin vilje dersom alkoholinntaket fortsetter. Lovverket kan derimot spille en liten rolle i forhold til problemstillingen min, og jeg har derfor valgt å henvise til lovverket under teoridelen, samt at jeg har tatt opp utfordringer i forhold til dette under drøftingen.

2.2 Definisjon av begreper i problemstillingen

”De fleste begreper og ord er flertydige og kan variere fra ett fagmiljø til et annet” (Dalland 2007:266). Jeg har definert de følgende begrepene, i størst mulig grad, ut fra et vernepleiefaglig og helsefaglig ståsted. Det har jeg gjort ved å benytte pensumlitteratur (Fekjær 2008), litteratur som gjennomgående blir benyttet i oppgaven (Brandt og Grenvik 2010), en studie med helsedirektoratet som oppdragsgiver (Mellingen 2012), samt definisjonen til World Health Organization (1977), som fremdeles er gjeldende, og hentet fra Kompetansesenter rus - region øst.

2.2.1 Rus

Det norske ordet rus kan i følge Fekjær (2008:21) ha to ulike betydninger. Uten relasjon til kjemiske stoffer betyr rus entusiastisk glede, gjerne med en viss innskrenkning av oppmerksomheten. Det er for eksempel vanlig å si ”lykkerus”. Med relasjon til kjemiske stoffer er glede og entusiasme også gjeldende, men det er like vanlig at det forbindes med fortvilelse og tårer. Rus i form av kjemiske stoffer har ikke til felles at de har en behagelig virkning på mennesker, de fleste rusmidler krever derimot en tilvenningsperiode for å lære å like dem. Siden rusmidler ikke har en felles, spesifikk biokjemisk virkning, kan man ikke avgjøre i laboratoriet hvilke stoffer som er rusmidler. I praksis er det stoffmisbrukere, og ikke fagfolk, som definerer stoffer som rusmidler. Når et nytt stoff blir tatt i bruk av stoffmisbrukerne, og de hevder de blir ”rusa” av det, blir stoffet forbudt og havner på narkotikalistene. Det finnes bare ett fellestrekk for det vi kaller rusmidler og kjemisk rus, og det er vår oppfatning av rusmidler som årsak til, og dermed forklaring på, all slags endring av sinnsstemning og atferd. Dette er i vår kultur en gammel oppfatning om alkohol, som på siste halvdel av 1900-tallet ble overført til å gjelde andre stoffer (Fekjær 2008:21f).

Stoffer som gir rus finnes både som lovlige handelsvarer (alkohol og løsemidler), reseptbelagte legemidler (morfin og benzodiazepiner) og som ulovlige narkotiske stoffer (heroin, kokain og amfetamin). Virkningen like etter inntak har noen likhetstrekk for alle rusmidlene. Følelsen av velvære, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse og

innlæringsevne, nedsatt evne til kritisk vurdering samt økt impulsivitet. I tillegg svekkes evnen til feilkontroll, altså den hjernefunksjonen som ser til at det er samsvar mellom det man har tenkt å gjøre, og det man faktisk gjør. Enkelte rusmidler har også sine spesifikke virkninger som kan deles inn i tre hovedkategorier; dempende, stimulerende og hallusinogene, hvorav alkohol virker både dempende og stimulerende (Brandt og Grenvik 2010:23f).

2.2.2 Alkohol

Alkohol er en fargeløs væske som har det kjemiske navnet etanol og den kjemiske formelen C_2H_5OH . Settes karbohydratholdige væsker til lagring vil gjærsopper som naturlig forekommer omdanne karbohydrater til alkohol. Alkohol er altså ingen oppfinnelse, og når dette ble oppdaget i ulike samfunn valgte noen å bruke alkoholen og andre ikke. Tradisjonelt omsettes alkoholvarer i form av øl, vin og brennevin, og det er i Norge vanlig å angi alkoholstyrken i volumprosent. Alkohol er i særklasse det rusmidlet som gir størst skader, mest vold og flest dødsfall både i Norge og i andre land (Fekjær 2008:377f).

Alkohol fører til en reduksjon i nervesystemets funksjon, og alkoholvirkningen er ofte relativt karakteristisk. Ved en promille på under 1 kan en måle redusert koordinasjon, selv om dette som regel ikke blir registrert av personen det gjelder. Ved en promille på 1-2 blir den svekkede koordinasjonen relativt tydelig, i tillegg til at reaksjonstiden blir forlenget. En promille på 2-3 fører til tydelig beruselse med upresis gange. På dette stadiet oppstår ofte kvalme og oppkast. En person med promille på 3-4 oppfattes vanligvis som sterkt beruset med ukoordinerte bevegelser og utydelig tale. Som følge av svekkelse av beskyttende reflekser kan dødsfall skje ved oppkast i luftveiene. En promille på over 4 fører ofte til bevissthetstap (koma). Vedkommende vil ha svekket respirasjon, senket blodtrykk og kroppstemperatur. Det er i tillegg økende fare for forgiftningsdødsfall (Fekjær 2008:378f).

2.2.3 Avhengighet

Som fenomen er avhengighet en forutsetning for å leve opp. Alle barn trenger og er avhengige av gode omsorgsgivere for å få optimale oppvekstvilkår. Avhengighet av denne typen er en livskilde som garanterer vår fremvekst som individer. Dersom avhengighet derimot knyttes til visse andre typer av objekter, kan konsekvensen være det motsatte, nemlig en destruktiv påvirkning på livskraften (Mellingen 2012:21). WHO (1977) har følgende definisjon av kjemisk avhengighet:

En tilstand, av psykisk og vanligvis også fysisk natur, grunnet i et kjemisk preparat og kjennetegnes av oppførselen og andre reaksjoner som alltid innebærer en tvang til å kontinuerlig eller i perioder innta dette -kjemiske preparatet for å opp-leve disse psykiske innvirkningene og iblant for å unnvike det ubehaget som opp-står når tilførselen opphører. Toleranseutvikling kan, men behøver ikke forekomme (Kompetansesenter rus - region øst).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

For å skaffe den informasjonen som trengs for å svare på problemstillingen har jeg brukt metoden litteraturstudie. Dette innebærer at jeg har undersøkt temaet og problemstillingen ut fra litteratur, gjennom analyse og drøfting. Årsaken til dette metodevalget er først og fremst at omfanget og tidsbegrensingen på oppgaven har gjort at jeg finner denne metoden mest hensiktsmessig. Videre har jeg sett på det som en selvfølge å orientert meg i den litteraturen som allerede finnes rundt temaet alkohol og svangerskap, da jeg ikke kan forske i et faglig tomrom. I arbeidet med dette litteraturstudiet har jeg benyttet meg av søkemotorene Bibsys, Norart og Google. Jeg har brukt søkeordene ”alkohol”, ”gravid”, ”kvinne”, ”svangerskap”, ”foster”, ”rus” og ”avhengig”. En del av litteraturtilfanget er av eldre dato, men jeg har valgt å vektlegge studier av nyere dato. Årsaken til dette er blant annet at den internasjonale forskningslitteraturen frem til begynnelsen av 1990-tallet, ifølge Greenfield m.fl. (2007), enten var knyttet til avhengighet basert på et mannlig utvalg eller et blandet utvalg uten fokus på kjønnsforskjeller. I mange tilfeller var kvinner med rusproblemer ekskludert fra studiene med bakgrunn i deres potensial for å være eller bli gravid (Mellingen 2012:9).

Det overordnede temaet for dette litteraturstudiet er som sagt bruk av alkohol i svangerskapet. Mye av litteraturen bærer preg av å ha benyttet en kvantitativ metode. Dalland (2007:84) skriver at de kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir muligheten til å foreta regneoperasjoner som for eksempel gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Eksempel på dette i litteraturen er økningen av alkoholforbruket til kvinner siden 1970-tallet og frem til 2000-tallet, samt videreføringen av etablerte alkoholvaner gjennom svangerskapet (Brandt og Grenvik 2010:35f). Brandt og Grenvik (2010:137ff) har i tillegg til kvantitative metoder benyttet kvalitative metoder, noe jeg også har hatt hovedfokus på gjennom dette litteraturstudiet. Dalland (2007:84) skriver at de kvalitative metodene sikter på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Jeg har med andre ord fokusert på litteratur som omfatter den subjektive opplevelsen av det å være gravid og samtidig være avhengig

av alkohol. Der jeg har funnet det hensiktsmessig har jeg valgt å vise til kvantitative resultater for å belyse eller understreke funn.

På første bachelorseminar fikk jeg tips fra en medstudent om at jeg blant annet kunne bruke boken *Med barnet i sentrum* av Brandt og Grenvik (2010). Dette er en bok jeg har vurdert som gyldig og pålitelig på bakgrunn av at boken er et resultat av mange års utviklingsarbeid ved Avdeling for gravide og småbarnsfamilier på Lade Behandlingscenter. I nevnte bok refererte de en del til Brodén (2004) angående den psykologiske graviditeten. Jeg bestilte derfor denne boken i håp om at jeg ville finne teori rundt hvordan den psykologiske graviditeten kunne utebli dersom kvinnen var rusmisbruker. Brodén (2004:151) tar i boken *Graviditetens muligheter* utgangspunkt i et behandlingssted for gravide, som dessverre, for min del, ikke tar imot kvinner med et aktuelt misbruk. På bakgrunn av dette valgte jeg å se bort fra denne boken som primærkilde, og heller benytte meg av de sammendragene Brandt og Grenvik (2010) hadde fra boken, og som er satt i direkte sammenheng med problemstillingen jeg har. En mulig feilkilde med denne sekundærkilden kan være at Brandt og Grenvik (2010) har fortolket teksten, slik at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg. Veileder tipset meg blant annet om boken *Kvinner og alkohol* av Duckert m.fl. (2008). Dette er også en bok jeg i stor grad har henvist til gjennom oppgaven. Forfatterne bak denne boken er erfarne forskere og behandlere samt en tidligere problemdrikker, og boken retter seg mot alle som utdanner seg innenfor helsevesenet og sosialsektoren.

3.2 Vitenskapsteori

Dalland (2007:50ff) skiller mellom forklarende og forstående kunnskap. For å kunne gripe inn i sykdomsprosesser og behandle menneskets kropp er forklarende, naturvitenskapelig kunnskap helt avgjørende. Når jeg har søkt etter litteratur rundt temaet har jeg hatt kravene om validitet og reliabilitet liggende i bakhodet. Disse begrepene er en del av den forklarende kunnskapen, og dagens positivisme. Wallén (1993) sier blant annet at det finnes anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav ved dagens positivisme. Dette innebærer at metodene skal gi troverdig kunnskap, og kravet til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet betyr at det som måles må ha relevans og være

gyldig for det problemet som undersøkes. Reliabilitet handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer skal angis, med andre ord at det er pålitelig (Dalland 2007:50f). Kravet om validitet, eller gyldighet, har under litteraturstudiet påvirket meg til å benytte litteratur som mer eller mindre spesifikt omhandler kvinners alkoholbruk i svangerskapet. Kravet om reliabilitet, eller pålitelighet, har påvirket måten jeg har funnet litteraturen på ved at jeg i størst mulig grad har benyttet anerkjente utgivere og søkemotorer. Jeg har tatt utgangspunkt i godkjent og anbefalt pensumlitteratur, samt et utvalg selvvalgt pensum anbefalt av veileder og medstudenter. Internettkilder kan være noe mer krevende å forholde seg til, da det finnes et nærmest ubegrenset utvalg, og man ”finner det man leter etter”. Kildekritikk har derfor vært avgjørende og jeg har begrenset utvalget til offentlige publikasjoner og utredninger.

For å forstå oss selv og andre er ikke naturvitenskapens forklarende metoder tilfredsstillende. I enhver hjelperelasjon er det grunnleggende at jeg forstår den hjelpesøkende, da mennesket ikke bare er et fysisk vesen, men også et vesen som håper på noe, drømmer om noe, er redd for noe, søker å unngå noe eller bestreber etter noe. Vitenskap som ivaretar denne forståelsen kalles hermeneutisk. I følge Gilje og Grimen (1993) betyr hermeneutikk fortolkningslære. Det innebærer at jeg forsøker å gi mening til det jeg studerer og gi klarhet til noe som fremstår som uklart (Dalland 2007:55f). Gjennom dette litteraturstudiet ønsker jeg å undersøke hva som kan være underliggende årsaker til at alkoholavhengige kvinner ikke klarer å slutte å drikke.

3.3 Forforståelse

Både før jeg startet å søke etter litteratur, og gjennom prosessen med litteraturstudiet hadde jeg en forforståelse i forhold til temaet. ”Vi forstår andre på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser og tanker, for eksempel på bakgrunn av den kulturen vi er en del av. Dette kaller vi for-forståelse, det vil si den forståelsen vi bringer med oss til møtet med andre mennesker” (Røkenes og Hanssen 2002:12). Som en del av bygdekulturen jeg har vokst opp i har alkohol blitt sett på som en litt ufarlig rus. Alkoholen har blant annet vært forklaringen på ”rar” oppførsel hos enkelte, og bil- og traktorkjøring i påvirket tilstand har i stor grad blitt godtatt fordi vedkommende stort sett alltid har tatt en kjørepils, eller tre. På

den annen side har jeg alltid blitt fortalt at det er farlig både å røyke og drikke alkohol når man er gravid. Jeg må innrømme at jeg har tenkt at folk bare må ta seg sammen, og slutte med det som kan være skadelig. Jeg har også tenkt at en graviditet må være en av de største motivasjonskildene til å slutte å drikke, og at det er egoistisk å ikke slutte når man vet det kan skade fosteret. Videre har jeg tenkt over hvor rart det er at mange aviser ”ufarliggjør” drikkingen og henviser seg til ulike forskere. Hvor nøye har de egentlig vært med kildekritikk, og hvorfor må de absolutt si imot anbefalingene til Helsedirektoratet? Er samfunnet så opptatt av alkohol at vi ikke klarer å la være å drikke for en liten periode mens et nytt liv skapes? Jeg har som sagt tenkt at dette er egoistisk tenkning. Likevel er det altså slik at mange ikke klarer å la være å drikke. Gjennom denne bacheloroppgaven har jeg derfor gått litt dypere inn i hva som kan være underliggende årsaker til at gravide fortsetter å ruse seg på alkohol.

Tidligere skrev jeg at man ”finner det man leter etter” på internett. Med dette mener jeg at min forforståelse kan ha påvirket hvordan jeg søkte etter litteratur, og hvordan jeg forholdt meg til det jeg fant. Dette gjelder også bøkene jeg har lest i. Forfatteren(e) bak tekstene fargelegger innholdet med sin forforståelse. På samme måte forstår jeg det jeg leser på bakgrunn av min forforståelse. Jeg har forholdt meg til dette ved at jeg i størst mulig grad har vært nøyaktig når jeg har henvist til ulike teorier og funn, samt at jeg har forsøkt å være objektiv i den grad det er mulig. Det skal være liten tvil for leser om de ulike delene av teksten består av andres teorier og meninger, eller mine egne meninger. Videre har jeg forholdt meg til egen forforståelse i forhold til problemstillingen på en åpen og søkende måte. Jeg mener også det kan være en fordel at jeg hadde relativt lite kunnskap i forhold til problemstillingen på forhånd, da dette kan ha gjort meg mer åpen og mottakelig for ulike teorier og synspunkter.

4.0 Teoridel

4.1 Avhengighet, psykisk og fysisk

De vanligste avhengighetsskapende stoffene er nikotin, alkohol, narkotiske stoffer og legemidler med ruspotensial. I medisinsk forstand er avhengighet et syndrom eller en tilstand preget av fysiologiske, kognitive og atferdsmessige fenomener. Dersom en person for eksempel er avhengig av alkohol vil den atferden fortrenge atferd som hun tidligere mente hadde stor verdi. Psykisk og fysisk avhengighet er til stede i varierende grad ved stoffmisbruk, avhengig av misbrukeren og hvilket stoff som misbrukes. Psykisk avhengighet innebærer at personen som misbraker stoffet oppnår en følelse av velvære eller tilfredsstillelse ved inntak, og at hun i etterkant føler en trang til å tilføre stoffet kontinuerlig eller periodisk for å oppnå de samme effektene, på tross av skadene stoffet kan påføre henne. Psykisk avhengighet kjennetegnes også av svekket kontroll over inntak, samt mislykkede forsøk på å slutte. Som et resultat av at kroppen har tilpasset seg det tilførte stoffet oppstår et fysisk ubehag (kvalme, diaré, hodepine, feber og generelt nedsatt allmenntilstand) når stoffet ikke lenger er i kroppen. Vedkommende har med andre ord blitt fysisk avhengig. Det fysiske ubehaget bidrar til symptombildet ved avhengighet, hvor personen bruker stadig mer tid og ressurser på å få tak i og tilført rusmiddelet (Brandt og Grenvik 2010:24f).

Ifølge Brodal (2001) griper avhengighet inn i grunnleggende hjernefunksjoner, og spesielt i forhold til hjernens naturlige belønningssystem. Når en person opplever noe som er godt, skapes det en belønningsreaksjon i hjernen som gjerne kalles "liking", og det er dette man i denne sammenhengen betegner som rus. En trang, eller "wanting" dannes når slike opplevelser tillegges en spesiell betydning kombinert med ønsket om å gjenta handlingen for å oppleve den gode følelsen på nytt. Denne trangen kan kobles direkte til personens motivasjon for å ruse seg. I utgangspunktet er disse mekanismene sentrale i forhold til vår overlevelsessevne, i form av naturlig stimuli. Rusmidler skaper kraftigere reaksjoner i hjernen enn dem naturlige stimuli kan fremskaffe. Konsekvensene av dette er med på å forklare utviklingen av avhengighet. Fenomenene "liking" og "wanting" foregår samtidig, men uavhengig av hverandre, noe som kan hjelpe oss med å forstå hvor sterk

avhengigheten kan bli. Inntas et rusmiddel gjentatte ganger utvikler de biologiske prosessene som gir "liking" og "wanting" seg ulikt. Dette innebærer at trangen til å bruke rusmiddelet blir sterkere, samtidig som den positive rusopplevelsen stadig svekkes. En jakt etter den opprinnelige rusopplevelsen utvikles, men effekten blir svakere jo flere ganger personen inntar stoffet. Årsaken til at rusopplevelsen svekkes er at hjernecellene tilpasser seg, og dette kalles gjerne toleranseutvikling (Brandt og Grenvik 2010:25ff).

Rusmiddelavhengige personer lever ofte på kanten av, og befinner seg på kanten med, det "vanlige" normerte liv. Normbrytende aktiviteter blir gjerne nødvendig for å skaffe seg den "nødvendige" rusen som avhengigheten krever. Både det å skaffe rusmidlene og bruke disse, utsetter dem for farer og risikoer som de preges av. Miljøene de ferdes i kan være tøffe og preget av represalier av både fysisk og psykisk art (Mellingen 2012:12). Ifølge Duckert (2008:83) er det en klar sammenheng mellom alkoholinntaket og alkoholrelaterte skader eller problemer. I selve drikkesituasjonen blir man mer sårbar for ulykker, overfall, utrygg sex samt at man er mer sårbar for å bli utnyttet av andre (Duckert 2008:83). Fekjær (2008:205) skriver at alkohol utløser voldsbruk hos enkelte mennesker, men at de fleste ikke viser slik atferd uansett alkoholmengde.

4.2 Alkoholavhengige kvinner

Brandt og Grenvik (2010:35) skriver at fra 1973 til 2004 har kvinners alkoholkonsum økt med omtrent 140 prosent. I perioden 1973 til 1999 økte bruken av alkohol hos kvinner i alderen 25-29 år med 45 prosent, og det var i 1999 nettopp denne aldersgruppen som fødte flest barn. Ifølge Horverak (2006) har helgefylla økt de siste tiårene, man drikker mer når man drikker og beruselse har blitt mer vanlig (Brandt og Grenvik 2010:35).

I 1999 gjennomførte Randall m.fl. en studie hvor de utforsket noe som kalles "teleskopeffekten", som refererer til kvinners hurtigere utvikling av avhengighet enn menn. Konklusjonen av resultatene ble at kvinner hurtigere enn menn utvikler alvorlige rustilstander knyttet til bruk av alkohol. Ifølge Mellingen (2012:19) starter vanskene med å kontrollere inntak av rusmidler, for mange av kvinnene de møter i poliklinisk behandling,

med en tilværelse preget av for lite tid og rom til å ta vare på seg selv. Videre refererer hun til Hylland (2001) som sier at kvinnene har vært fanget i en tilværelse av konstant press og forventinger om å prestere, og at all deres tid har vært fylt med oppgaver eller plikter. Denne farten og tempoet kan føre til at mange møter veggen, og konsekvensene kan bli fatale. Videre utførte Frone m.fl. (1997) en undersøkelse som viste at det å leve i en tidsklemme doblet sannsynligheten for å utvikle avhengighet til alkohol. En annen undersøkelse utført av Annis og Graham (1995) viste at kvinner i større grad enn menn var sårbare for å utvikle alkoholproblemer i forbindelse med negative opplevelser eller følelser. Dette stemmer med det en kjenner til rundt tilstander som angst og depresjon, knyttet til kvinner og ruslidelser (Mellingen 2012:10,19).

Weisner m.fl. (1992,93) sier at kvinner i mindre utstrekning enn det omfanget av deres ruslidelser tilsier, er i rusbehandling, blant annet fordi de definerer sine rusrelaterte problemer mer som et psykisk problem enn et rusproblem. Videre sier Kranzler m.fl. (1996) at pasienter som både har en psykisk lidelse og rusproblemer drikker hyppigere, større mengder og har en større dragning mot alkohol enn pasienter uten psykiske tilleggstilstander. Her er det ingen kjønnsforskjell. Kvinner er ifølge Dawson (1996) mer tilbakeholden med å oppsøke behandling i forhold til rusmidler enn menn, men denne forskjellen ser ut til å oppstå først etter ca. 8 år med rusproblemer, og gjelder kun for de med moderate problemer. Personer som har hatt et rusproblem i mindre enn 8 år oppsøker derimot behandling i like stor grad. Når det gjelder de med svært alvorlige rustilstander er det ingen kjønnsforskjell (Mellingen 2012:11,16).

Ønsket om behandling eller hjelp til endring av den avhengige atferden kommer ifølge West (2006) ofte som et resultat av sosialt press eller helsebekymring knyttet til konsekvensene ved atferden. Enkelte ganger er det også endringer i miljøet rundt personen som gjør at den avhengige atferden mister sin attraktivitet. Likevel er det svært sjelden at en lykkes med å endre avhengig atferd på første forsøk. Enkelte kan også få en plutselig ”oppvåkning”, eller med andre ord en kortvarig krise som kanskje bare varer et døgn eller to. Dette bør utnyttes i motivasjonsarbeid, slik at vedkommende ikke utvikler behandlingsresistente avhengighetstilstander. Ventetider på 1-4 uker kan ifølge Hultman (2006) få en slik plutselig motivasjon til å forsvinne (jeg vil presisere at utfordringen med

ventetid ikke er relevant om kvinnen er gravid). Videre sier West (2006) at tilbakefall også er svært vanlig i alle slike endringsforsøk. Han sier også at mange med avhengighetsproblemer sier de føler en sorg over å gi slipp på objektet for sin avhengighet fordi de har en positiv følelsesladet relasjon til det, enten det har gitt glede og velbehag eller fordi det har fjernet ubehag. Dersom en i stor grad utsettes for muligheten til å involvere seg i den avhengige aktiviteten blir avholdenheten vanskeligere å opprettholde (Mellingen 2012:34). Ifølge Greenfield (2010) har kvinner som har en partner med rusproblemer, lettere for å få tilbakefall til rus, etter endt behandling. Wilsnack (1981) utførte en befolkningsundersøkelse i USA som viste at alkoholkonsumet til kvinner til en viss grad kunne predikeres av alkoholkonsumet til nærstående personer, seksuelle problemer i samlivet og bruk av andre rusmidler (Mellingen 2012:20).

Najavits m.fl. utførte i 1997 en undersøkelse i Australia som viste at det var mellom 55-99 prosent av kvinnene som oppsøkte behandling for rusmiddelavhengighet som hadde vært utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep. En mindre undersøkelse fra Norge, utført av Birkenes (2002) i en liten klinisk populasjon av inneliggende pasienter, viste at alle kvinnene i undersøkelsen var fra destruktive parforhold og at 6 av 7 hadde vært fysisk mishandlet av samlivspartner over flere år (Mellingen 2012:12).

Ifølge Beck et al. (1993) er dragningen mot alkohol knyttet til ønsket om tilfredsstillelse eller lettelse, samtidig som drikkeimpulsene er knyttet til det å gjøre noe for å få til denne tilfredsstillelsen eller spenningsutløsningen. I tillegg finnes det tillatelsesforestillinger knyttet til rettferdiggjøring, risikotaking og fortjenthet. Eksempel på dette kan være ”Siden jeg er sliten, er det OK å ta en drink”, ”Ingen merker det hvis jeg bare tar en drink” eller ”Det gjør ikke noe om jeg bare tar en pils denne ene gangen, så lar jeg være i morgen” Duckert (2008:69). Det er også vanlig å ha forestillinger om at det ikke går an å ha det morsomt, hyggelig eller feire noe uten alkohol. Dette er ofte knyttet til en tendens til å ignorere, bagatellisere eller fornekte problemene som er et resultat av drikkingen, eller det er knyttet til å tillegge disse problemene en annen årsak enn alkohol (Duckert 2008:60f).

Troen på at det å slutte å drikke vil føre til uutholdelige konsekvenser er en viktig faktor som opprettholder problemdrikkingen. Troen på å være hjelpeløs i å håndtere suget etter alkohol er en annen viktig faktor. Det å drikke litt alkohol i en situasjon der en ikke skulle ha drukket i det hele tatt (en glipp) kan lett gå over i en større sprekke eller tilbakefall, dersom en tror at en ikke er i stand til å kontrollere sitt eget forbruk. Man kan tenke at ”Jeg har jo spolert alt, så jeg kan like godt fortsette å drikke!”. Slike tanker og selvinstruksjoner forsterker i seg selv drikkeproblemet da de fungerer som en selvoppfyllende profeti. Vurderingen av egen evne til å takle utfordrende og vanskelige situasjoner er også viktig. Dersom man har lav egenkompetanse og tenker ”Jeg klarer ikke å slutte likevel, så jeg kan like gjerne ta meg en drink nå” vil problemdrikkingen fortsette. Forestillingene om effekten av å drikke er også avgjørende. Man vil sannsynligvis fortsette å drikke om man forventer mer positive resultater av å drikke enn å la være (Duckert 2008:70)

4.3 Graviditet og svangerskap

En av livets viktigste overgangsfaser er svangerskapet. Svangerskapet er ofte nært forbundet med tanker om både selvrealisering og fremtidshåp. Videre er også store endringer og omveltninger forbundet med svangerskap, fra hormonelle og fysiske endringer i kvinnens kropp til endringer i parforholdet og rollen de får i samfunnet. Samtidig som fosteret vokser frem i mors liv, vokser også representasjonen av barnet i foreldrenes sinn. Dette vil si den psykologiske graviditeten som viser til prosessene der kvinnen (og partneren) begynner å forberede seg mentalt på å bli foreldre. For eksempel kan dette innebære forestillinger om barnets utseende og personlighet eller barnets preferanser og ønsker. Lebovici (1984) beskriver de ulike sidene ved barnet i kvinnens tankeverden som ”fantasibarnet” og ”det virkelige barnet”. Ifølge Brodén (2004) er fantasibarnet foreldrenes første mentale bilde av barnet som er med på å danne mer detaljerte beskrivelser i foreldrenes sinn. Videre sier hun at den psykologiske graviditeten og forestillingen om barnet skaper en følelse av samhørighet, samtidig som det fører til at det dannes en relasjon mellom barnet og foreldrene allerede under graviditeten. Ammaniti et al. (1992) sier at den psykologiske graviditeten er en prosess som følger ulike faser etter hvert som svangerskapet utvikler seg. For mange kan graviditeten først bli en realitet når de kjenner fosteret bevege seg (ca 4 måneder), og mors representasjoner blir da styrket fordi hun kan legge karakteristikker til barnet og tolke det hun kjenner fysisk. Videre blir

barnet mer og mer fremtredende og spesifikt frem mot syvende måned av svangerskapet (Brandt og Grenvik 2010:65f).

Ifølge Brandt og Grenvik (2010:66) viser de fleste studier store likheter mellom menn og kvinners tanker og følelser for det ufødte barnet. I foreldrenes sinn er fantasibarnet mer likt en baby på noen måneder enn en nyfødt, på bakgrunn av den gravides beskrivelse av en baby som er god og rund. Disse forestillingene avtar i svangerskapets siste trimester. Da begynner mor å forberede seg på å ta imot det faktiske barnet hun skal føde. Den psykologiske graviditeten har frem til da forberedt henne mentalt på at hun snart skal bli omsorgsperson for et lite hjelpeløst barn. Representasjonene om barnet har gjennom svangerskapet fungert som beskyttelse for fosteret ved at mor generelt har tatt godt vare på seg selv. Dette gjennom nok søvn og riktig ernæring, samt ved at hun har prøvd å unngå stress og rusmidler (Brandt og Grenvik 2010:66f).

4.4 Hvordan alkohol kan skade fosteret under svangerskapet

Alkohol er ifølge Brandt og Grenvik (2010:48) et kjent teratogen, altså et stoff som gir fosterskader. Alkoholen kan produsere en hel rekke effekter, avhengig av når inntaket skjer i forhold til utviklingen til fosteret, og mengden som inntas (Brandt og Grenvik 2010:48). I fosterlivet skjer det en enorm utvikling av hjernen, og ved fødselen er omtrent alle hjerneceller man har i voksenalder, allerede på plass. Organdannelsen skjer i den første tredjedelen av svangerskapet. Det betyr at et tre måneder gammelt foster allerede har menneskelige fysiske hovedtrekk som ansikt, fingre, tær, hjerte og hjerne. Dersom mor drikker alkohol under svangerskapet skader alkoholen fosterets utvikling (Sundfær 2012:38). Storvoll m.fl. (2010:55) sier videre at risikoen for skader på fosteret er større jo høyere alkoholkonsum under svangerskapet og jo flere episoder med høyt alkoholinntak.

Barn som har blitt skadet av mors alkoholorbruk under svangerskapet deles gjerne inn i to ulike grupper ut fra skadeomfanget; Føtalt alkoholsyndrom (FAS) og Føtale alkoholeffekter (FAE). FAS er karakterisert ved et spesielt utseende som innebærer spesielt smal overleppe, manglende leppefure og korte øyenspalter. Videre har barnet

veksthemming og forstyrrelser i sentralnervesystemet som kan inkludere veksthemming av hjernen og/eller problemer med intellektuell utvikling, lærevansker og atferdsforstyrrelser. Dette syndromet er særlig assosiert med betydelig alkoholbruk i første tredjedel av svangerskapet (Duckert 2008:90f). Ifølge Storvoll m.fl. (2010:55) vil mange med diagnosen FAS ha misdannelser i flere organer. Videre kan nevrologiske symptomer i nyfødtp perioden og/eller påfallende atferds- og reaksjonsmønstre være symptomer på hjerneskade. Symptomene på hjerneskade kan for noen barn vise seg først senere i barnets utvikling i form av for eksempel hyperaktivitet, forsinket psykomotorisk utvikling eller atferdsvansker. Barn med diagnosen FAS har gjennomsnittlig lavere IQ, svekkede kognitive evner og mer konsentrasjonsvansker om en sammenligner de med barn uten tilsvarende skader (Storvoll m.fl. 2010:55).

Barn med FAE har et normalt utseende men har likevel de samme problemene med sentralnervesystemet som barn med FAS. Denne diagnosen er mer utfordrende å stille på bakgrunn av det normale utseende, men begge gruppene kan ha vært utsatt for alkohol gjennom hele svangerskapet (Duckert 2008:91). Ifølge Weinberg (1997) kan barn med denne typen diagnoser som ungdommer og unge voksne ofte ha betydelige problemer i sosiale relasjoner, samt at de kan ha større risiko for selv å utvikle rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (Storvoll m.fl. 2010:55).

Kvinner må under graviditeten være klar over, og ta hensyn til, at alkoholbruk ikke bare får konsekvenser for dem selv, men også deres ufødte barn. I omtrent samme konsentrasjon som hos moren passerer alkoholen nokså uhindret gjennom morkaken og direkte inn i fosterets blod (Duckert 2008:91).

4.5 En alkoholavhengig kvinne blir gravid

Ved avdelingen for gravide og småbarnsfamilier på Lade Behandlingscenter er en av fellesnevnerne for alle familiene rusproblematikk hos foreldrene. I de fleste tilfellene er det snakk om et blandingsmisbruk som har vart over flere år. Kartleggingen av foreldrenes

misbruk har ofte vist et relativt stort forbruk eller misbruk av alkohol, selv om alkoholmisbruket kan komme litt i skyggen av andre rusmidler. Mange gravide utelater å nevne sitt alkoholinntak fordi de enten opplever dette som mindre alvorlig sammenlignet med andre stoffer eller fordi det er et lovlig rusmiddel. Ved behandlingssenteret vet de imidlertid at alkohol er et av de farligste rusmidlene når det gjelder skader på fosteret, og de legger derfor vekt på å få frem dette inntaket. Dessuten kan alkohol fungere som en døråpner for andre rusmidler fordi den påvirker dømmekraften og senker grensene for andre inntak. Alkohol inngår nesten alltid i et blandingsmisbruk (Brandt og Grenvik 2010:164).

Når en kvinne blir gravid er hun omgitt av krav og forventninger både fra seg selv og omgivelsene. Hun bør blant annet være godt forberedt på fødselen, og ha positive forventninger til denne opplevelsen. Videre bør hun være fri fra sykdom og alvorlig stress rundt materielle forhold som arbeid bolig og økonomi. En av de viktigste forventningene er likevel at hun skal ha støtte fra en partner eller andre nære omsorgspersoner som hun kan dele gleder og bekymringer med. Når en kvinne med rusavhengighet og/eller psykisk sykdom blir gravid opplever hun vanligvis ikke svangerskapet slik det er forventet, og graviditeten kan bære preg av at hun er redd og bekymret. Kanskje skammer hun seg over det livet hun har levd, samtidig som hun bekymrer seg for om hun har skadet barnet ved å ruse seg. Videre kan hun være engstelig for at hun ikke vil klare å ta godt nok vare på barnet fordi hun er deprimert og usikker. På grunn av kvinnens usikre livssituasjon og vansker kan hun mangle følelsesmessig kapasitet til å forberede seg til fødselen og barnet som skal komme. Hun kan også mangle nettverk og støtte fra partner eller familie. For eksempel kan hun streve med sorgen etter brudd med barnefaren, eller leve i et konfliktfylt forhold til barnefar hvor hun blir utsatt for vold eller andre krenkelser. Alt dette kan føre til at hun tenker at hun lever et liv som ikke er ”verdige” en kvinne som venter barn. På den annen side kan graviditeten bli et uttrykk for normalitet. Som kvinnelig rusmisbruker blir hun stemplet av omgivelsene, og vekstvilkårene for å utvikle en positiv kvinneidentitet blir dårligere etter hvert som rusmisbruket opprettholdes. Graviditeten kan da som sagt bli den ene tingen som forteller henne at hun er en ”normal” kvinne (Sundfær 2012:35ff).

Dersom kvinnen som er gravid har et rusmisbruk utvikler hun i følge Brandt og Grenvik (2010:137) ofte atypiske mentale representasjoner om barnet i magen. Det kan innebære mangelfullt utviklede mentale eller forvrengte bilder av barnet, men representasjonene kan også være fraværende. Man kan oppleve at kvinnen ikke har tatt inn over seg at hun er gravid og at hun ikke har begynt på den psykologiske graviditeten, ved sterk fortrenning av graviditeten. Ved mangelfulle mentale bilder er det ingen detaljer rundt forestillingen om barnet, nyanser og innlevelse mangler i stor grad. Dersom kvinnen har forvrengte bilder av barnet kan hun for eksempel si ”Han er en djevelunge, han ødelegger meg innvendig, han er en alien” (Brandt og Grenvik 2010:137). Barnet kan også omtales som et troll, vannskapning eller et monster, og disse uttalelsene forbindes med patologi hos mor eller far (slik jeg forstår det handler dette i denne sammenheng om sykeliggjøring av barnet). Fundamentet for ”god nok” omsorg hos disse foreldrene er ikke til stede. I noen tilfeller kan likevel slike representasjoner uttrykkes uten at det samsvarer med patologi hos foreldrene. Brandt og Grenvik (2010:137) skriver at de har opplevd tilfeller hvor gravide har uttrykt stor negativitet overfor barnet, men at vurderingen av den psykiske tilstanden ikke samsvarte med dette. Dette kan for eksempel skyldes at mor har negative forestillinger om barnets far som overføres på barnet. Bakgrunnen til at barnet blir bæreren av disse negative forestillingene kan være overgrep, vold eller at faren har forlatt henne. Da blir representasjonene nært knyttet til vanskelige og sammensatte emosjoner. Negative uttalelser om barnet representerer uansett stor risiko for barnet, fordi morens rusing og farlige livsstil gjør at hun ikke nødvendigvis ønsker å beskytte det. Prenatalt stress påvirker også barnets utvikling i negativ retning. Videre vil negative representasjoner om barnet virke svært uheldig inn på barnets utvikling dersom de vedvarer og fører til et lite adekvat samspill etter at barnet er født (Brandt og Grenvik 2010:137f).

Tidligere har jeg nevnt hvordan Brodén (2004) beskriver den psykologiske graviditeten. Dersom den gravide kvinnen ruser seg mye og hyppig i svangerskapet er det ikke sikkert hun legger merke til endringene som skjer i kroppen. Dette kan igjen føre til distanse, uvirkelighetsfølelse og manglende involvering i svangerskapet. Den psykologiske graviditeten kan da utebli. Ofte oppdages ikke graviditeten hos rusmisbrukere før relativt sent i svangerskapet, og moren får dermed mindre tid til forberedelse. Videre vil babytemaet for en aktiv rusmisbruker konkurrere med voksentematikk som rus, partner og psykisk helse, noe som kan forstyrre utviklingen av representasjoner om barnet.

Forsvarsmekanismer som benekting og fortregning kan også bidra til manglende psykologisk graviditet. Dersom kvinnen har traumatiske opplevelser forbundet med unnfangelsen av barnet eller svangerskapet, kan hun i følge Brodén (2004) ha ambivalente følelser overfor barnet noe som kan påvirke representasjonsdannelsen og hindre utviklingen av mentale bilder av babyen. Det er svært alvorlige varselsignaler dersom barnet blir tillagt egenskaper fra en voldelig partner, overgriper eller lignende, fordi hun da, som sagt, kanskje ikke ønsker å beskytte barnet (Brandt og Grenvik 2010:138).

Kvinner med rusproblemer som er gravide har ofte flere vansker og problemer som kan påvirke fosteret, som for eksempel dårlig somatisk helse og psykologiske vansker. Vold og traumer kan også ha inngått i deres livsstil med bruk av rusmidler over tid. Noen kvinner kan greie å legge rusmisbruket bak seg i løpet av graviditeten, men om ikke partneren hun venter barn med gjør det samme, kan det vanskeliggjøre svangerskapet for kvinnen (Sundfær 2012:39). Ifølge Johns (2010) må helsepersonell som møter gravide kvinner med rusproblemer være opptatt av hva graviditeten betyr for den enkelte kvinne, og ikke bare fortape oss i den vanskelige livssituasjonen hennes. Vi må være i stand til å forstå hennes positive følelser og håp om forandring gjennom graviditeten. Dersom vi ikke har denne forståelsen vil vi ikke klare å møte henne der hun er og bygge en relasjon. Kvinnen må få muligheten til å dele gleden hun føler med oss, og ikke bare vanskelighetene. En allianse med kvinnen (og familien) er nødvendig som grunnlag for hjelpetiltak, og for å få til en slik allianse må vi lytte til håpet hennes. Dersom kvinnen får anledning til å drømme og ha positive fantasier om barnet hun venter, vil det også kunne øke tilknytningen til barnet (Sundfær 2012:37f).

4.6 Hva sier lovverket?

Kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven tar for seg tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Jeg har her valgt å ta med § 10-3 som retter seg direkte mot gravide rusmiddelavhengige.

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort (LOV-2011-06-24-30).

Jeg ønsker å illustrere kort hvordan lovverket fungerer i praksis ved å ta utgangspunkt i en rapport fra Borgestadklinikken. Borgestadklinikken er Norges største behandlingsinstitusjon for mennesker med rus- og avhengighetsrelaterte problemer og deres familier. De har hatt 157 gravide rusmiddelavhengige innlagt siden loven trådte i kraft 1. januar 1996 og frem til 2011. Hovedmålet med lovverket er vern av fosterets helse, noe som betyr at hensynet til kvinnens personlige frihet, i denne sammenheng, ikke er av betydning. Institusjonen skal likevel forberede kvinnen til det å bli mor. De fleste kvinnene som har vært innlagt har et blandningsforbruk, og omtrent bare 5 % oppgir at de kun bruker alkohol. Flertallet av kvinnene bruker derimot illegale rusmidler. Borgestadklinikken sier dette er et tankekors da de vet at det er alkohol som er aller mest skadelig for fosteret. De sier også at det jevnt over ser ut som om graviditeten ofte kan være den korsveien i livet som gjør at kvinnene forsøker å endre livsstil og få bukt med misbruket sitt (Wiig og Myrholt 2012:7f).

5.0 Drøfting

Hvilke årsaker kan medvirke til at kvinner som er avhengige av alkohol fortsetter å ruse seg under svangerskapet på tross av skadene fosteret kan få?

Brandt og Grenvik (2010:138) skrev at dersom kvinnen ruser seg mye og hyppig i svangerskapet er det ikke sikkert hun legger merke til endringene som skjer i kroppen. Dette er skummelt med tanke på at FAS særlig er assosiert med betydelig alkoholbruk i første tredjedel av svangerskapet (Duckert 2008:91). Dersom kvinnen først oppdager at hun er gravid når hun har kommet et stykke ut i svangerskapet kan det hende at hun tenker at det er ”for sent” og at barnet allerede har blitt skadet. Jeg kan tenke meg at dette kan føre til at ønsket om å beskytte barnet kanskje ikke lenger er tilstede fordi skaden som sagt allerede har skjedd. Siden graviditeten kan oppdages relativt sent hos rusmisbrukere får de i følge Brandt og Grenvik (2010:138) også mindre tid til forberedelse. De skriver videre at den psykologiske graviditeten kan utebli som følge av distanse, uvirkelighetsfølelse og manglende involvering i svangerskapet. Uten den psykologiske graviditeten er det ikke sikkert kvinnen er mentalt forberedt på at hun skal bli mor, og uten representasjonene om barnet er det ikke sikkert hun klarer å beskytte fosteret ved å unngå rusmidler. Det er med andre ord flere sider ved en graviditet en alkoholavhengig kvinne ikke nødvendigvis får oppleve, noe som kan påvirke hennes evne til ikke klare å slutte å ruse seg.

Mellingen (2012:34) refererte til West (2006) angående de ulike årsakene til at rusmiddelavhengige ønsket behandling. Ønsket kunne komme som et resultat av sosialt press, helsebekymring eller endringer i miljøet. Det kom også frem at plutselige oppvåkninger eller kortvarige kriser bør utnyttes i motivasjonsarbeid slik at personen ikke utvikler behandlingsresistente avhengighetstilstander (Mellingen 2012:34). For gravide rusmiddelavhengige blir situasjonen noe annerledes, da det finnes et lovverk som har som formål ”å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade” (LOV-2011-06-24-30, § 10-3). Likevel mener jeg det er det beste for alle parter dersom den gravide kvinnen ønsker behandling av egen vilje. En graviditet kan være den plutselige

oppvåkningen som skal til for at kvinnen oppsøker behandling. Kvinnen kan også ønske behandling som et resultat av helsebekymring i forhold til barnet hun bærer. Situasjonen kan derimot bli mer utfordrende dersom kvinnens partner også har rusproblemer. Det kom frem da Mellingen (2012:20) refererte til Greenfield (2010) som sa at kvinner med en partner som har rusproblemer lettere kan få tilbakefall til rus etter endt behandling. Ifølge § 10-3 om *Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige* kan kvinnen holdes tilbake på institusjonen i hele svangerskapet, men ”kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse” (LOV-2011-06-24-30). Her mener jeg miljøet rundt den gravide, og da spesielt kvinnens partner, bør være en påvirkende faktor når det skal vurderes om hun fortsatt kan holdes tilbake på institusjonen.

Jeg har også tenkt litt på hvordan dette lovverket påvirker den gravide rusmiddelavhengige på andre måter. Lovverket blir først gjeldende ”dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade” (LOV-2011-06-24-30). Alkohol er ifølge Brandt og Grenvik (2010:48) et kjent stoff som gir fosterskader, og de sakkyndige ved Borgestadklinikken skrev at alkohol er det stoffet som fører til mest skader på fosteret. Likevel var det bare 5 % av kvinnene som var innlagt på Borgestadklinikken som oppga at de kun brukte alkohol (Wiig og Myrholt 2012:8). Hva kan være årsaken til dette? Tidligere refererte jeg til avdelingen for gravide og småbarnsfamilier på Lade Behandlingscenter. De mente at mange gravide utelater å nevne sitt alkoholinntak fordi de enten opplever dette som mindre alvorlig sammenlignet med andre stoffer eller fordi det er et lovlig rusmiddel (Brandt og Grenvik 2010:164). Det at mange kvinner ikke opplever alkohol som et alvorlig rusmiddel sier noe om hvilke opplysninger de sitter inne med. Her kommer jeg tilbake til hvorfor jeg valgte å avgrense problemstillingen til at kvinnene visste at alkohol var skadelig, men at de ikke visste om skadeomfanget. Kan det være slik at mange alkoholavhengige kvinner fortsetter å drikke fordi de ikke vet hvor fatale skadene på fosteret kan bli? Og hvor går grensen for når kvinnene kan holdes tilbake på institusjon? Totalavhold anbefales fra helsemyndighetene, men hvor mye må kvinnen drikke før lovverket blir gjeldende? Ett glass vin, en kartong med vin? Kan kvinnene ”bruke” lovverket som en unnskyldning? Kan de tenke at det ikke er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade om de drikker ett par pils, for hadde det vært så farlig som myndighetene skal ha det til hadde de allerede vært innlagt?

Videre lurer jeg på om situasjonen hadde vært annerledes om kvinnene fikk opplyst, og forstod, hvor stort skadeomfanget av alkohol i svangerskapet kan være. Dersom de er klar over at barnet kan få et karakteristisk utseende, hjerneskode, misdannelse på organene, samt andre utfordringer som følger dem gjennom hele livet (Storvoll m.fl. 2010:55), vil de da fortsatt ta sjansen alkoholdrikkingen innebærer? På Borgestadklinikken opplevde de at graviditeten ofte kan være den korsveien i livet som gjør at kvinnene forsøker å endre livsstil og få bukt med misbruket sitt (Wiig og Myrholt 2012:7f). Men siden de fleste kvinnene på institusjonen misbrakte illegale rusmidler, hjelper ikke det de barna som blir født med alkoholskader. Det er et tankekors at narkotika er uakseptert i omtrent alle lover og normer, mens alkohol, som faktisk er det farligste for fosteret, kan bli et definisjonsspørsmål når kvinnen er gravid.

Duckert (2008:83) skrev at det er en klar sammenheng mellom alkoholinntak og alkoholrelaterte skader eller problemer, og at man i drikkesituasjonen blir mer sårbar for ulykker, overfall, uttrygg sex og utnyttelse av andre. Undersøkelsen Mellingen (2012:12) refererer til, og som er utført av Birkenes (2002), støtter dette da den viste at alle kvinnene i undersøkelsen var fra destruktive parforhold og at 6 av 7 hadde vært fysisk mishandlet av partner over flere år. Jeg mener dette er et viktig poeng i forhold til problemstillingen. Brandt og Grenvik (2010:137) skrev at de hadde opplevd flere tilfeller hvor gravide hadde uttrykt stor negativitet overfor barnet, og at dette kunne skyldes at kvinnens negative forestillinger om barnets far ble overført på barnet. De skrev videre at bakgrunnen for de negative forestillingene for eksempel kunne være vold eller overgrep. Jeg tenker at en graviditet, som kommer som følge av et overgrep av partner (eller andre), kanskje ikke vil være preget av gode minner og fremtidshåp. Kvinnen kan kanskje tenke at graviditeten ikke er frivillig og se på barnet som et direkte resultat av makt og vold. Kanskje kvinnen til og med ønsker å "straffe" voldsuttøver ved å skade barnet gjennom å ikke ta vare på seg selv eller beskytte fosteret. Tankene hennes kan også være preget av negative forestillinger om fremtiden. Kanskje hun tenker at partneren vil være voldelig mot deres fremtidige barn, og at hun i tillegg til å beskytte seg selv også må beskytte et hjelpeløst barn når den tid kommer. Jeg vil tro at slike tanker kan føre til at kvinnen ønsker å "rømme" fra virkeligheten ved å drikke alkohol som, som sagt under definisjon av begreper, virker dempende og stimulerende.

En annen utfordring kan være at kvinner ifølge Weisner m.fl. (1992,93) definerer sine rusrelaterte problemer mer som et psykisk problem enn et rusproblem. Videre skrev Kranzler m.fl. (1996) at pasienter som både har en psykisk lidelse og rusproblemer drikker hyppigere, større mengder og har en større draging mot alkohol enn pasienter uten psykiske tilleggstilstander (Mellingen 2012:11,16). Kan det være slik at mange kvinner bortforklarer problemet de har ved å skylde på sin psykiske helse og ikke alkohol? I så fall kan dette bli en stor utfordring. Dersom den gravide kvinnen oppsøker behandling for sine psykiske problemer er det ikke sikkert hun sier noe om at hun drikker alkohol. Uten at behandleren får vite at kvinnen drikker kan ikke vedkommende videreføre henne til behandling for rusproblemene, noe som kan støtte kvinnens opprinnelige syn på at problemet er psykisk og ikke relatert til rus. Dette kan igjen føre til at hun drikker hyppigere, større mengder og har en større draging mot alkoholen, noe som videre øker sjansene betraktelig for at barnet blir født med skader som følge av alkoholen.

Jeg kommer likevel ikke unna avhengighet som en årsak til at gravide fortsetter å ruse seg gjennom svangerskapet. Brandt og Grenvik (2010:138) skrev blant annet at babytemaet for en aktiv rusmisbruker ofte vil konkurrere med voksentematikk som rus, partner og psykisk helse. Alkohol er, som sagt tidligere, et av de vanligste avhengighetsskapende stoffene vi kjenner til. Og avhengighet vil, som Brandt og Grenvik (2010:24) skrev, fortrenge atferd som tidligere hadde stor verdi. For mange kvinner vil en graviditet være et av livets største høydepunkter, og noe lite annet kan måle seg med. Men når graviditeten må konkurrere med en avhengighet av både psykisk og fysisk art kan det oppstå utfordringer. Brandt og Grenvik (2010:24f) skrev at den psykiske avhengigheten blant annet fører til at kvinnen ønsker å oppnå effektene av rusen på tross av skadene stoffet kan påføre henne. Dersom kvinnen er gravid vil ikke alkoholen bare skade henne, men også barnet hun bærer i magen. Duckert (2008:90) skrev at alkoholen går direkte over i blodtilførselen til fosteret dersom mor drikker i løpet av svangerskapet. Vet kvinnen at hun er gravid blir spørsmålet hva som blir det viktigste i kvinnens liv; alkoholen eller det ufødte barnet. Her kommer også den fysiske avhengigheten og ubehaget inn, som ifølge Brandt og Grenvik (2010:25) er et resultat av at kroppen har tilpasset seg det tilførte stoffet. I dette tilfellet er det tilførte stoffet alkohol, og ubehaget kan som sagt bestå av kvalme, diaré, hodepine, feber og generelt nedsatt allmenntilstand. Men hva om dette ubehaget overdøver følelsen av fosteret i magen? Brandt og Grenvik (2010:66) skrev videre at graviditeten for mange først blir en

realitet når de kan kjenne fosterets bevegelser ved ca fire måneders alder. Nå har ikke jeg vært gravid, og vet ikke hvordan dette kjennes ut, men jeg vet hvordan kvalme, diaré og hodepine kjennes ut. Om en blir hardt rammet av det ser jeg for meg at det kan være vanskelig å kjenne på andre ting i kroppen når det pågår. Det er også kjent at mange gravide blir rammet av den såkalte ”morgenkvalmen”. Dersom en alkoholavhengig kvinne ikke vet hun er gravid kan kanskje denne kvalmen sees på som en følge av den fysiske avhengigheten. Likeledes kan kanskje det fysiske ubehaget som rammer kvinnen som vet hun er gravid overdøve hennes ønske om å beskytte barnet. Kanskje hun heller ”lytter til sin egen kropp” som ønsker å få tilført alkohol. Videre kan det hende hun lytter til noen av avisene som sier at det er helt greit å drikke *litt* når man er gravid. Og plutselig har den ene ølen hun tok for å roe ned kroppen eskalert til ti.

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering av drøftingen

Jeg startet ved å drøfte noen av utfordringene ved at rusmiddelavhengige ofte oppdager graviditeten sent i svangerskapet. En av utfordringene kunne være at den psykologiske graviditeten uteble. Videre gjorde jeg rede for ulike årsaker til at rusmiddelavhengige ønsket behandling, og koblet dette til rusmiddelavhengige gravide. Her koblet jeg også inn lovverket og sa litt om utfordringene en rusmiddelavhengig partner kan føre med seg. Jeg drøftet videre det jeg mener kan være en utfordring i forhold til lovverket, nemlig at det må være overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade før lovverket kan benyttes. En annen årsak jeg drøftet var at kanskje ikke så mange er klar over skadeomfanget alkohol i svangerskapet fører med seg. Jeg drøftet videre utfordringen rundt at mange av kvinnene har vært utsatt for vold og overgrep, og hvordan dette kan påvirke svangerskapet. Deretter kom jeg nærmere inn på at mange kvinner definerer sine rusproblemer som et psykisk problem, og stilte spørsmål ved om dette kan føre til bortforklaring. Avslutningsvis drøftet jeg hvordan både fysisk og psykisk avhengighet kan påvirke den gravide kvinnens valg.

6.2 Konklusjon

Hvilke årsaker kan medvirke til at kvinner som er avhengige av alkohol fortsetter å ruse seg under svangerskapet på tross av skadene fosteret kan få?

Det er ikke mulig å gi et kort svar, eller en fasit, på denne problemstillingen. Ingen kvinner er like, og ingen går gjennom et svangerskap på samme måte. Årsakene til at alkoholavhengige kvinner fortsetter å ruse seg under svangerskapet på tross av at det er skadelig for fosteret er sammensatte. Avhengighet er en klar faktor for ikke å klare å slutte å ruse seg, men det kan også være andre årsaker som påvirker kvinnens situasjon.

En alkoholavhengig kvinne går, ut fra det jeg har skrevet under teorien og drøftingen, som regel ikke gjennom svangerskapet på samme måte som kvinner som ikke har et

rusproblem. Hennes hverdag kan være preget av usikkerhet, vold, psykiske plager, fysisk ubehag og manglende relasjon til barnet i magen. Hun kan oppdage graviditeten sent, noe som kan påvirke den psykologiske graviditeten (Brandt og Grenvik 2010:138), samtidig som hennes rusrelaterte plager kan overskygge kroppens forandringer under svangerskapet. Kvinnens partner kan ha et rusproblem som både kan påvirke hennes sjanser for å klare å være avholdende (Mellingen 2012:20), samt føre til et ustabil og voldelig forhold. Hun kan være usikker på om alkoholen i det hele tatt er farlig for fosteret, dersom hun ikke blir tvangsinnlagt etter gjeldende lovverk. Videre kan manglende opplysninger rundt det faktiske skadeomfanget føre til at anbefalingene ikke tas til følge. Det er heller ikke sikkert hun relaterer sine problemer til alkohol, men heller til psykisk sykdom (Mellingen 2012:11), som kan føre til at hun aldri får de riktige anbefalingene. Barnet kvinnen bærer kan være et resultat av et overgrep som kan føre til at hun får negative tanker rundt det (Brandt og Grenvik 2010:137). Hun kan også være engstelig med tanke på deres fremtid med en eventuelt voldelig partner. Den psykiske avhengigheten kan være så dominerende at kvinnen ikke klarer å tenke på hvordan alkoholen skader fosteret, samtidig som det fysiske ubehaget kan få henne til å prioritere sin egen kropps ønsker (Brandt og Grenvik 2010:24f).

Som sagt er årsakene sammensatte, fordi ingen er like. De mulige årsakene jeg har nevnt her er ikke gjeldende for alle, da svangerskapet er en subjektiv opplevelse. Dette er likevel mulige årsaker som kan medvirke til at alkoholavhengige kvinner fortsetter å ruse seg under svangerskapet på tross av skadene fosteret kan få.

6.3 Refleksjon

Jeg startet oppgaven med å referere til noen av de ulike overskriftene avisene opererer med i forhold til alkohol og svangerskap. Det tok meg to minutter å finne ett titals saker hvor ulike forskere ”heldigvis” kunne avskrive ”myten” om at alkohol er så farlig. Dette bekymrer meg. Har alkohol blitt så viktig i dagens samfunn at vi vil risikere alt for å få det? Jeg lurer også på hvordan dette påvirker de som faktisk har blitt avhengige. Det hadde vært spennende å se på temaet ut fra et samfunnsperspektiv. Hvordan har drikkemønsteret

endret seg de siste årene? Skjuler de kontinentale drikkevanene vi er ervervet et mulig misbruk? Som for eksempel vin til maten osv? Videre er det et tankekors at alkoholavhengighet kan ramme alle samfunnsgrupper, fra topplederen til siste person på ”rangstigen”. Jeg lurer likevel på om normer og kulturen i et rusbelastet miljø sier noe om alkohol og svangerskap. Er det akseptert å drikke i et rusbelastet miljø, adskilt fra de normer og regler som gjelder ellers i samfunnet? Og hva er barnefars holdning til alkohol i svangerskapet?

Man kan si at jeg sitter inne med flere nye spørsmål etter arbeidet med denne bacheloroppgaven. Temaet har satt i gang flere tankeprosesser, og det har til tider vært utfordrende å holde seg konkret nok, og innenfor problemstillingen. Det har også vært utfordrende å være ”sjef” over oppgaven, når man er vant til at andre legger føringene for hvordan oppgaveteksten lyder og skal utformes. Når det gjelder selvkritikk kan jeg i ettertid se at jeg har vært litt forsiktig med å gå i dybden under drøftingen. Jeg har kanskje vært litt redd for å komme for langt unna teorien, samt for å skrive noe som kan tolkes feil. Læreprosessen vil jeg si har vært fruktbar, og litteraturstudiet har helt klart gitt mersmak.

7.0 Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademisk

Fekjær, Hans Olav (2008). *Rus*. Gyldendal akademisk

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2002). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget

Selvvalgt pensum:

Brandt, Anne Elisabeth og Tone Hestmo Grenvik (2010). *Med barnet i sentrum*. Kommuneforlaget

Brodén, Margareta (2004). *Graviditetens muligheter*. Akademisk forlag

Duckert, Fanny (2008). *Kapittel 4 Alkohol og kroppen*. I: Duckert, Fanny, Kari Lossius, Edle Ravndal og Bente Sandvik (2008). *Kvinner og alkohol*. Universitetsforlaget

Sundfær, Aase (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Fagbokforlaget

Internettkilder:

Aftenposten 28. august 2012. *Ny forskning: Litt alkohol skader ikke fosteret*. Tilgjengelig fra URL: <http://www.aftenposten.no/helse/Ny-forskning-Litt-alkohol-skader-ikke-fosteret-6976581.html#.UYEKDaKmEwE> [Nedlastet 28.5.2013]

Aftenposten 24. Juli 2010. *Gravide - ta et glass!*. Tilgjengelig fra URL:
http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Gravide---ta-et-glass-6269550.html#_UYEKNaKmEwE [Nedlastet 28.5.2013]

Dagbladet 28. Oktober 2009. *1 av 3 mener gravide kan drikke alkohol*. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.dagbladet.no/2009/10/28/nyheter/innenriks/alkohol/graviditet/gravid/8777365/>
[Nedlastet 28.5.2013]

Fellesorganisasjonen (2010). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Tilgjengelig fra URL:
http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf [Nedlastet 28.5.2013]

Helsedirektoratet (2012). *Snart mamma*. Reklamefilm tilgjengelig fra URL:
<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/okt-bevissthet-om-alkoholfritt-svangerskap.aspx> [Nedlastet 28.5.2013]

Kompetansesenter rus - region øst. *Hva er avhengighet?* Tilgjengelig fra URL:
<http://www.rus-ost.no/default.asp?WCI=ViewNews&WCE=1720&DGI=219&Head=1>
[Nedlastet 28.5.2013]

Mellingen, Sonja (2012). *A woman left lonely. En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling*. Senter for kunnskapsbasert praksis - Høgskolen i Bergen og Kompetansesenteret Rus region vest Bergen - Stiftelsen Bergensklinikkene. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.korusbergen.no/sitefiles/13/dokumenter/awomanleftlonely.pdf> [Nedlastet 28.5.2013]

Sosial- og helsedirektoratet (2005/06). *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?* Rapport fra en ekspertgruppe. Tilgjengelig fra URL:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/alkohol-og-graviditet/Publikasjoner/alkohol-og-graviditet.pdf> [Nedlastet 28.5.2013]

Storvoll, Elisabet E, Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels og Grethe Lauritzen (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. SIRUS-Rapport nr. 3/2010 Statens institutt for rusmiddelforskning. Tilgjengelig fra URL:

http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.10.pdf [Nedlastet 28.5.2013]

Wiig, Eli Marie og Ragnhild Lien Myrholt (2012). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2009-2010*. Kompetansesenter rus – region sør. Tilgjengelig fra URL: http://www.borgestadklinikken.no/files/80116-Rapport-Skjermet_1sp-2013.pdf [Nedlastet 28.5.2013]

Lovverk:

LOV-2011-06-24-30. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html#10-3> [Nedlastet 28.5.2013]