

Heidi Monrad

En kvalitativ undersøkelse av kvinners erfaring med  
tjenesteyter etter å ha vært innlagt på tvang og tatt abort

«Det var meg som bar på et liv»

Masteroppgave i Master i psykisk helsearbeid

Trondheim, mai 2019

NTNU

Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for anvendt sosialvitenskap

NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Heidi Monrad

En kvalitativ undersøkelse av kvinners erfaring med  
tjenesteyter etter å ha vært innlagt på tvang og tatt abort

«Det var meg som bar på et liv»

Masteroppgave i Master i psykisk helsearbeid

Trondheim, mai 2019

NTNU

Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for anvendt sosialvitenskap

NTNU

Kunnskap for en bedre verden

## **Forord**

Gjennom å studere psykisk helsearbeid og med denne masteroppgaven har jeg fått muligheten til å fordype meg ut fra faglig interesse. Jeg vil først og fremst takke de informantene som har vært så sjenerøse å meddele opplevelser og erfaringer med meg. Uten deres bidrag har ikke denne studien vært mulig. Dere har berørt meg!

Jeg retter også en stor takk til min arbeidsgiver som har lagt til rette for at jeg kan ferdigstille denne oppgaven. Takk til vår fagsjef for gode samtaler som gav meg ny motivasjon og troen på å fortsette selv om det buttet imot.

Takk til ungene mine som hele veien har oppmuntret meg og hatt trua!

Jeg retter en stor takk til mannen min for hans tålmodighet og forståelse for mitt behov for å kunne jobbe i fred og ro, både hjemme og på hytta.

Sist men ikke minst vil jeg rette en takk til Birthe Loa Knizek som med tålmodighet har vært med under hele perioden. Hun har vært svært tilgjengelig og veiledet meg med interesse og konstruktive innspill.

Jeg presiserer at innholdet i denne oppgaven står for min egen regning.

Trondheim, mai 2019

Heidi Monrad

# SAMMENDRAG

## Prosjektets bakgrunn

Norge har et lovverk som kan vedta at en gravid rusmiddelavhengig kan holdes tilbake på institusjon uten egentlig samtykke for å beskytte fosteret. Lovens intensjon er å motivere mor til å beholde barnet, men flere velger å ta abort etter å ha blitt tvangsinnlagt mot sin vilje. Da virker lovens intensjon meningsløs.

## Hensikt og problemstilling

Dette er en kvalitetssikringsstudie som har til hensikt å få fram kvinners stemme samt å søke innsikt i fenomenet gravide innlagt på tvang som etter innleggelsen velger å ta abort. Problemstillingen er: Hvilke opplevelser har gravide kvinner innlagt på tvang, eller opplevd trussel om tvang etter Helse- og omsorgstjenestelovens paragraf 10-3 erfart med tjenesteyter? Dette gjelder for perioden før, under og etter innleggelsen. Fenomenet er ikke undersøkt tidligere.

## Metode

For å få fram kvinners erfaringer og opplevelser og belyse studiens problemstilling, ble kvalitativ tilnærming benyttet. Semistrukturert, individuelt dybdeintervju med lydbånd - opptak ble benyttet. Transkribering foregikk ord for ord. Datamaterialets analysemetode er inspirert av fortolkende teorier og analysen vil kunne gi ny kunnskap på fagfeltet. Jeg ønsker å undersøke om praksisen er etisk forsvarlig.

## Resultat og konklusjon

Funn i den fenomenologiske analysen, viser at gravide kvinner innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3, eller trussel om innleggelse etter denne, opplever at hjelpeapparatet bidrar til deres valg av abort. Opplevelsen fører til psykisk uhelse, opplevelsen av stigma, skyld og skam. Selve behandlingen oppleves ikke som hjelpsom, men som undertrykkende hvor de gir etter for hjelpenes holdninger til deres graviditet. Kvinners opplevelse av krenkelse og manglende nytteverdi av behandling fører til en abort de ikke har ønsket seg.

**Nøkkelord:** gravid rusavhengig abort tvang etikk

## SUMMARY

### **Project background**

Norway has a law that can enact that a pregnant drug addict can be withheld at an institution with no legal consent to protect the fetus against harmful drug involvement. The intention of the LAW is to motivate the mother to keep the child, but several choose to have an abortion after being coercive against their will. Then the intention of the law seems pointless.

### **Purpose and issue**

This is a quality assurance study that intends to bring out the women's voice to seek insight into the phenomenon of pregnant women admitted on coercion which after the admittance chooses to have an abortion. The Issue is: what experiences do pregnant women have admitted to coercion, or experienced threat of coercion after The Health and Care Services Act paragraph 10-3(Detention of pregnant substance abusers) experienced with service provider? This applies to the period before, during and after the admittance. The phenomenon has not been investigated before.

### **Method**

To bring out women's experiences and illuminate the study's problem, the qualitative approach was used. Semi-Structured, individual depth interviews with tape recordings were used. Transcribing was a word for word. The Data material's analysis method is inspired by phenomenological theories and analysis will be able to provide new knowledge in the field. I would like to investigate whether the practice is ethically responsible.

### **Result and conclusions**

Findings in the phenomenological analysis show that pregnant women who were threatened by forced insertion according to the *Health and Care Services Act § 10-3*, experience that the support services contribute to their choice of abortion. The experience leads to mental illness, and/or the experience of stigma, guilt and shame. The treatment itself is not experienced as helpful but as oppressive, leading the women to give in to the of the service providers' attitude to their pregnancies. Both the women's perception of being offended and their sense of a limited usefulness of the treatment, result in unintended abortions.

**Key Words:** pregnancy addiction abortion coercive treatment ethics

# Innholdsfortegnelse

INNLEDNING .....	1
<b>Press?</b> .....	2
<b>Egen faglig interesse</b> .....	4
<b>Kvinneres egne historier</b> .....	4
<b>Lovgrunnlag og begrepsavklaring</b> .....	5
ANALYTISKE RESSURSER .....	6
<b>Litteraturgjennomgang</b> .....	6
<b>Kunnskapsstatus</b> .....	7
<b>Synet på graviditet i et historisk perspektiv</b> .....	9
<b>Abort</b> .....	9
<b>Litt om lovverket og dets intensjon</b> .....	10
METODE .....	12
<b>Design</b> .....	13
<b>Presisering av problemstilling</b> .....	13
<b>Hermeneutikk</b> .....	14
<b>Fenomenologisk perspektiv</b> .....	14
<b>Etiske betraktninger</b> .....	15
<b>Framleggsvurdering fra REK</b> .....	15
<b>Utvalg</b> .....	16
<b>Rekruttering</b> .....	17
<b>Endring av utvalgsstrategi, og nye problemstillinger</b> .....	17
<b>Personvern og frivillig informert samtykke</b> .....	18
<b>Forberedelser til intervjuet</b> .....	18
<b>Intervjuet</b> .....	19
<b>Transkribering</b> .....	20
<b>Sårbare grupper</b> .....	20
<b>Analyseprosessen</b> .....	21
<b>Validitet</b> .....	22
<b>Presentasjon av informantene</b> .....	22
ANALYSE .....	22
<b>Før innleggelsen</b> .....	22
<b>Gravid – sjokk og glede!</b> .....	23
<b>Betydningen av støtte vs motstand</b> .....	24
<b>Innleggelsen</b> .....	26
<b>Erfaringer fra møter</b> .....	26

<b>Med politiekskorte</b> .....	28
<b>Opplevelse av mistillit</b> .....	29
<b>Under innleggelsen</b> .....	30
<b>Informasjon</b> .....	30
<b>Betydningen av støtte vs. motstand</b> .....	30
<b>Beslutning om å ta abort</b> .....	31
<b>Behandlingstilbud</b> .....	32
<b>Sprikende informasjon</b> .....	34
<b>Tidsperspektivet</b> .....	35
Tiden etter innleggelsen og aborten .....	37
<b>Fikk hendelsen konsekvenser i forhold til kvinnenes psykiske helse?</b> .....	37
<b>Sorg</b> .....	38
<b>Krenkelser</b> .....	39
<b>Ønskelisten</b> .....	40
<b>DISKUSJON</b> .....	40
<i>Skjønn</i> .....	41
<i>Sjokk og vantro</i> .....	41
<i>Ønsket om å bevare relasjonen</i> .....	42
<i>Kompetanse gir kvalitet og makt</i> .....	42
<i>Tvang eller trussel om tvang?</i> .....	43
<i>Behov for omsorg</i> .....	43
<i>Et redusert tilbud?</i> .....	44
<i>Brudd på menneskerettighetene?</i> .....	45
<i>Avmakt og abort</i> .....	45
<i>Skamfølelse</i> .....	46
<i>Sorg</i> .....	46
<i>Prestisjesorg</i> .....	47
<i>Systemet kunne godt ha sagt unnskyld!</i> .....	47
<i>Diskriminering?</i> .....	47
<i>Ønskelisten</i> .....	48
<b>OPPSUMMERING, AVSLUTTENDE DISKUSJON OG REFLEKSJONER</b> .....	49
<b>Konklusjon</b> .....	50
<b>Refleksjoner</b> .....	50
<b>Forslag til videre forskning</b> .....	52
Vedlegg 1 – Søknad om godkjenning til forskningsarbeid, REK .....	iii
Vedlegg 2 – Tilbakemelding fra REK.....	xiii



Vedlegg 3 – Tilbakemelding fra REK 2.....	xv
Vedlegg 4 – Tilbakemelding fra REK 3.....	xvi
Vedlegg 5 – Tilbakemelding fra REK 4.....	xvii
Vedlegg 6 – Tilbakemelding fra REK 5.....	xix
Vedlegg 7 – Forespørsel om deltagelse I forskningsprosjektet.....	xxi
Vedlegg 8 – Forside -forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	xxiv
Vedlegg 9 – Intervjuguide.....	xxv

## INNLEDNING

Norge er et av få land i verden som anerkjenner det ufødte liv. Derfor har Norge et lovverk hvor man kan vedta at en gravid rusmiddelmissbruker kan tas inn på institusjon uten eget samtykke, og holdes tilbake dersom det er overveiende sannsynlig at misbruket er av en slik art at barnet vil bli født med skade. Institusjonens mål er da å ivareta fosteret pasienten bærer, og dette hensynet er overordnet pasientens behov (Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (HOL)). Hensikten med denne masteroppgaven er å forstå fenomenet gravide rusavhengige kvinner som tvinges til innleggelse i rusinstitusjon, og som etter innleggelsen tar abort. Med dette ønsker jeg å sette fokus på et tabubelagt område og fortelle historier som ikke tidligere har blitt fortalt. Hvordan opplevde kvinnene denne perioden? er det en sammenheng mellom deres opplevelser med tjenesteytere og deres valg om å ta abort? Tvang er krenkende, men kan etisk forsvares når det resulterer i noe som oppleves som godt eller bra. Det at barn fødes med best mulig forutsetninger er et slik gode, og som kan bidra til at vi i Norge aksepterer et lovverk som støtter dette. Men hva skjer når tvangen krenker, og utfallet blir at barnet aldri blir født? Hvordan kan vi da begrunne våre intervensjoner som fagfolk? Jeg vil i dette forskningsarbeidet forsøke å løfte fram og belyse de etiske dilemmaer gravide kvinner har erfart i sine møter med tjenesteytere. Dette *kan* innebære at pasienten holdes tilbake på institusjonen med tvang under hele svangerskapet, og utganger skjer kun med følge av personalet. Det å bli utsatt for frihetsberøvelse er en stor krenkelse. For å bøte på krenkelsen, og for å legge til rette for en positiv utvikling for mor og barn har loven som formål:

«Å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk slik at hun blir i stand til å ta vare på barnet» (HOL § 10-3).

I de yrkesetiske grunnlagsdokumenter for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere står det:

*Yrkesutøverne kan måtte gripe inn i brukernes liv og relasjoner også mot deres egen vilje. I kraft av sin faglige kompetanse og profesjonelle status har barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere makt til å hjelpe, men hjelp kan også oppleves krenkende for mottakeren. Faglige utfordringer lar seg derfor vanskelig skille fra etiske utfordringer på dette feltet. Ettersom all faglig kunnskap bygger på en bestemt virkelighetsforståelse og et bestemt menneskesyn, er ikke kunnskapen verdinøytral. Yrkesutøveren må derfor ha et kritisk blikk på egen*

*fagkunnskap og hvordan den utvikles og brukes. (Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, 2011).*

Erfaringer fra praksisfeltet er at mange velger å ta abort helt opp mot uke 18, etter at de har blitt tvangsinnlagt (Hansen, 2006). Politikerne var klar over at utfallet kunne bli flere aborter da loven kom i 1996, men de mente at muligheten til å gi barn en bedre start i livet veide tyngst. Lovens intensjon for å motvirke abort er at behandlingsapparatet skal motivere mor til å beholde barnet (Søvig, 2007 s.116). Uni Rokkansenteret publiserte i 2010 en nasjonal evaluering av tvangsbruken overfor rusmiddelavhengige, hvor Even Nilssen peker på at selv om statistikk viser at tvangsparagrafene benyttes i beskjeden grad, er tallene økende (Nilsen, 2010). Økningen skyldes at behandlingsapparatet i større grad har blitt kjent med de mulighetene denne type innleggelse gir, og at de er positive til bruk av tvang (Lundeberg, Mjåland, Søvig, Nilssen, & Ravneberg, 2010). Borgestadklinikken rapport påpeker at det også kan være en sammenheng med at flere blir innlagt tidligere i graviditeten, og at det av den grunn er flere som har abort som en mulighet (Hansen, 2006). I følge Sosial- og helsedepartementet ønsker man å nå de fleste gravide gjennom ulike frivillige tiltak, og departementet satser på å bygge ut frivillige tiltak samt styrke kompetansen på området (Ot.prp.48, (1994-1995) s. 5). Formålet med tvangsinnleggelsen er muligheten for å kunne gi barnet en bedre start på livet. Tema er viktig å belyse da gravide kvinner som er tvangsinnlagt eller innlagt etter opplevd trussel om tvang kan velge å ta abort etter innleggelsen.

### **Press?**

Kvinner som venter barn med et mulig handicap skal ikke bli utsatt for press til å ta abort. Ut fra mitt syn er dette like selvfølgelig for kvinner som selv har utsatt fosteret for skadelig påvirkning av rusmidler. Selv om jeg mener dette, finner jeg det ikke motstridende at jeg også mener at alle barn har rett til å møte livet med så gode forutsetninger som mulig. Jeg har siden 2004 jobbet som miljøterapeut på en rusinstitusjon som tar imot tvangspasienter, også gravide på tvang. Jeg har i denne sammenhengen forstått min arbeidsoppgave til å verne fosteret mot skadelige påvirkninger, og fosterets vern går foran den gravide kvinnens behov. Etter som årene gikk møtte jeg tilfeller hvor jeg lurte på om den gravidens behov var godt nok ivarettatt, eller om vi har et lovverk og et system som kan føre til at kvinner føler seg tvunget til abort? Vi er kjent med at rusmidler *kan* påføre skader på fostre, men har vi utviklet en praksis hvor rusavhengige diskrimineres forhold til andre kvinner, som for eksempel drikker alkohol under svangerskapet? Som nevnt over er Norge i særstilling med dette lovverket. Det å holdes tilbake på institusjon, når det gjelder kvinner som ikke utgjør en fare for seg selv eller andre,

kan sees på som et brudd på menneskerettighetene. Jeg tar i denne oppgaven ikke standpunkt til hvorvidt den rusmisbrukende gravide er skikket til å bli mor, da jeg mener at det er en annen diskusjon.

For å tydeliggjøre problemet illustreres dette med en fiktiv, men realistisk historie:

Evas historie:

*”Eva” var gravid i uke 15 og både hun og samboeren gledet seg veldig til å bli foreldre. Eva er tidligere rusmiddelavhengig, men hadde fått kontroll på livet sitt. Nå fikk hun Sobril foreskrevet av lege, og hun hadde selv begynt å trappe ned denne. Av og til hadde hun røykt hasj, men sluttet med det da hun oppdaget at hun var gravid. En dag kommer to kommuneansatte på døra, da det har vært uregelmessigheter i forbindelse med en avlagt urinprøve. Eva må bli med, og hun tvangsinnlegges på en rusinstitusjon samme dag. Hun blir både fortvilt, skamfull og sjokkert over situasjonen hun har havnet i. Hun har tidligere dårlige erfaringer fra institusjonsinnleggelse. Neste dag ønsker hun å ta abort. Eva motsetter seg ytterlig informasjon og flere samtaler, hun har bestemt seg for abort. I praksis er å støtte pasienten i deres valg. Påfølgende dag ble sykehuset kontaktet og saken lagt frem. Hun får time umiddelbart, og saken hennes er opp i abortnemnda. Etter nemndas avgjørelse fikk hun den første pillen for å avslutte svangerskapet. Jeg fulgte Eva tett de fire dagene hun var innlagt fram til aborten var overstått. Gjennom disse dagene observerte jeg at Eva følelsesmessig ikke var klar for den prosessen hun var i. Hun var -nedstemt og gråt mye. Etter aborten informeres innleggende instans om at svangerskapet er avsluttet og tvangen kan oppheves. Eva fikk tilbud om å bli med tilbake til avdelingen men hun ville hjem til sitt. Hun fikk også tilbud om poliklinisk oppfølging, men ønsket heller ikke det. Et par telefonsamtaler gjennom helgen var det eneste tilbudet hun tok imot. Et års tid senere støtte jeg på Eva igjen. Jeg fortalte at jeg hadde tenkt på henne. Hun fortalte at hun hadde hatt en vanskelig tid, og hun sleit psykisk med påkjenningene etter aborten og tvangsinnleggelsen».*

Det finnes mange historier som er lik «Evas». Jeg har gjennom jobben fått spesielt interesse for gravide som etter innleggelsen har blitt usikre i forhold til om de ønsker å gjennomføre svangerskapet. Hva er det som fører til at kvinner som i utgangspunktet ønsker å gjennomføre svangerskapet likevel endrer mening? Noen hevder at det handler om kvinners avhengighet til rusmidler, om deres rus-sug og misbrakeridentitet. Andre mener at enkelte kvinner mister motivasjonen til å gjennomføre svangerskapet om de mister troen på at de får beholde omsorgen for barnet. Hvorfor blir de så overrasket over at nettopp de blir tvangsinnlagt? Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 ble innført for at samfunnet skal skjerme fostre for skadelig ruspåvirkning, og ifølge (Ot.prp.48, (1994-1995)) skal den ikke ha til hensikt å føre til flere aborter. Dette omtales også av Søvig i sin doktoravhandling. Politikerne var ved innføringen klar over at lovverket kunne føre til flere aborter. For å motvirke dette skal den

gravide motiveres til å beholde barnet, og forholdene skal legges til rette for at hun skal få opplæring til å bli mor (Søvig, 2007).

### **Egen faglig interesse**

Da jeg begynte på masterstudie i psykisk helsearbeid fikk jeg muligheten til å fordype meg i en problemstilling ut fra egen faglig interesse. Jeg begynte da å undersøke hva som fantes av studier rundt emnet *gravide rusavhengige innlagt på tvang*. Det jeg fant ut var at andre land ikke har et lovverk hvor tvang benyttes under svangerskapet, med det mål å skjerme fosteret for ruspåvirkning. Jeg ønsket også å finne studier som kunne si noe om omfanget. Jeg fant flere rapporter fra Borgestadklinikken som sammenlignet funnene fra perioden 1996 og fram til 2014 og disse viser at ca 12 % tar abort etter innleggelse på tvang (Kristiansen, 2015 s.31). Jeg fant ingen studier som sa noe om kvinners erfaringer med å ha tatt abort under innleggelse på tvang eller trussel om tvang. Derimot beskrives ambivalensen den gravide har erfart i forhold til å avslutte svangerskapet eller ikke etter tvangsinnleggelsen i studien: «*Pregnancy and substance use - the Norwegian § 10-3 solution ; ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances*» (Söderström & Skolbekken, 2012, s. 163). I *Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3* pekes det på at det forskes for lite på området, og det skyldes at tvangsbestemmelsen blir bruk i beskjedent omfang. Sett i forhold til hvordan dette påvirker den det gjelder, mener de det er problematisk at kunnskapsproduksjonen er så lav (Lundeberg et al., 2010).

### **Kvinnens egne historier**

I Norge har vi en abortlov som regulerer kvinners mulighet til å ta abort opp til 12. svangerskapsuke, som er en viktig lov som ivaretar individets rett til å bestemme selv (Lov om svangerskapsavbrudd (1975)). Spørsmål er om samfunnet eller enkeltpersoners syn på rusmiddelavhengige og mulige ruspåvirkninger i svangerskapet påvirker hvordan gravide rusmiddelavhengige kvinner møtes? Denne masteroppgaven har til hensikt å få fram rusmiddelavhengige kvinners egen stemme, slik at de selv kan få fortalt sine historier og dette valget når en blir holdt igjen på institusjon mot egen vilje. Temaet er skambelagt og rammer en fra før krenket og marginalisert gruppe (Koleib, 2012). Det har derfor vært nødvendig å slippe til kvinners egne historier. Ved å rette blikket mot oss selv som tjenesteytere, motiveres studien til å se praksis og behandlingen ut fra kvinnenens ståsted, gjennom en kvalitativ studie.

Problemstilling:

Hvilke opplevelser har gravide kvinner erfart med sine tjenesteytere når de er innlagt på tvang, eller opplevd trussel om tvang etter helse- og omsorgstjenestelovens paragraf 10-3?

### **Lovgrunnlag og begrepsavklaring**

Begreper som autonomi og paternalisme er sentrale begreper i denne studien. Autonomi betyr selvbestemmelse og er en grunnleggende verdi, også når det innbefatter valg som mislikes eller kan være skadelige. Personer som er beslutningsdyktige kan ikke stanses fra å gjøre handlinger som er til skade for dem selv. Motsetningen til selvbestemmelse er paternalisme, og skjer når man griper inn for å hjelpe, men det er i strid med vedkommenendes ønsker og uten at samtykke foreligger (Lundeberg, Søvig, & Mjåland, 2014 s. 30).

Når jeg i denne oppgaven bruker uttrykket *lagt inn på tvang* er det Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 (HOL) (2011), tidligere Sosialtjenestelovens § 6-2a det vises til, og lovens ordlyd er som følger:

#### § 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige (1., 2., 3. og 7. ledd)

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.

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.

Når fylkesnemnda har fattet vedtak etter første ledd og kvinnen er tatt inn på institusjon, skal kommunen uten hinder av taushetsplikt gi barneverntjenesten melding om dette. Meldingen skal omfatte opplysninger om hvem kvinnen er, den vurdering av rusavhengighet og fare for skade på barnet som lå til grunn for vedtaket, forventet termin og hvilken institusjon kvinnen er tatt inn på. Tilsvarende gjelder når kommunen har truffet midlertidig vedtak etter femte ledd, og vedtaket er godkjent av fylkesnemnda etter barnevernloven § 7-22 første ledd (Lovdata.no).

Loven omtales som *tvangsparagrafen for gravide*, men formålet er skjerming fra bruk av rusmidler og tilbakehold. Ut fra lovteksten så står det; *gravid rusmiddelavhengig* om den som faller inn under loven. Jeg vil denne oppgaven i størst mulig grad benytte ordet *foster*, i stedet for barn, og *kvinnen* eller *den gravide* i stedet for den mor eller vordende mor da det er mindre verdiladet, samtidig som det tar hensyn til utfallet av graviditeten. Verdens helseorganisasjon

(WHO) har utviklet klassifikasjonssystem og det systemet som vi bruker i dag omtales som ICD-10. Det å ha et rusproblem kan deles i tre ulike kategorier; intoksikasjon, skadelig bruk og avhengighet (Hole, 2014). Med *rusmiddelavhengig* menes i denne studien alle typer rusmidler, alkohol, legale som vanedannende reseptbelagte medisiner foreskrevet av lege og illegale rusmidler. Begrepsbruken i tidligere sosialtjenesteloven var *rusmiddelmissbruker* og den har endret seg til *rusmiddelavhengig* i Helse- og omsorgstjenesteloen. I følge *Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer* skriver Helsedirektoratet (2016), at dette er en språklig bearbeidelse som ikke har noen betydning for terskelen for når en gravid kan og bør tvangsinnlegges. Det er kommunenes helse- og omsorgstjeneste som fatter vedtak etter HOL §10-3. Det varierer fra kommune til kommune hvordan dette er organisert. På grunn av ulik organisering benyttes formuleringen *innleggende instans*. Innleggende instans ble tidligere omtalt som *sosialtjenesten*. Beslutningsansvaret og behandlingen av sakene ligger hos fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Spesialisthelsetjenesten (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) har gjennomføringsansvaret (Hole, 2014).

Helsepersonelloven § 6-32. Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (1999)

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, skal helsepersonell gi slike opplysninger. (Lovdata.no).

## ANALYTISKE RESSURSER

I dette kapitlet presenteres litteraturgjennomgang og kunnskapsstatus. Deretter følger en beskrivelse av synet på gravide i et historisk perspektiv. Til slutt kommer en oversikt over lovverket og dets intensjoner.

### Litteraturgjennomgang

Tidlig i planleggingsprosessen forsto jeg at det kunne bli utfordrende å finne litteratur og forskning rundt temaet. Først og fremst fordi det er få som blir tvangsinnlagt i Norge etter

HOL §10-3, derav enda færre som velger å ta abort. Så ble jeg kjent med at Norge var alene om lovverket for å tvangsinnlegge gravide, og at vi ikke har land vi kan sammenligne oss med (Lundeberg et al., 2010) (Søvig, 2007) (Söderström & Skolbekken, 2012). Jeg har søkt i ulike databaser, og har bruk søkeordene gravid, rus\* og eller avhengighet, tvang, abort (pregnant, substance\*, Norwegian\*, abortion, coercion). Jeg har også prøvd meg fram med ulike kombinasjoner. For å finne forskning, bøker og artikler har søkt på Oria (BIBSYS), SveMed+, Helsebibloteket.no, [www.forskning.no](http://www.forskning.no), [www.nd.no/baser/norart/](http://www.nd.no/baser/norart/) [Google Scholar](https://scholar.google.com/). Jeg har også søkt på tidsskriftene [www.sirus.no](http://www.sirus.no), [www.rus.no](http://www.rus.no), [www.idun.no](http://www.idun.no). For å finne lovverk har jeg benyttet lovdata.no og regjeringen.no. I tillegg har jeg søkt i fagbibliotek på egen arbeidsplass samt søkt på referanselista på litteratur og forskning som jeg selv har. Når jeg har funnet forskning som er relevant har jeg også studert denne forskningens litteraturliste. Da Norge er alene om å ha dette lovverket for gravide, vil søk i utenlandsk litteratur ikke være relevant i forhold til å finne studier som omhandler det norske lovverket om abort.

### **Kunnskapsstatus**

Det er to relevante forskninger, samt noen mindre rapporter som omtaler fenomenet gravide innlagt på tvang eller trussel om tvang. I tillegg er rapporten til Lundeberg, Mjåland, Søvig, Nilssen og Ravneberg (2010) *Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3* et viktig bidrag. Rapporten er en del av en evaluering etter oppdrag fra Helsedirektoratet med formål å belyse og dokumentere erfaringer med praktiseringen av tvangsbestemmelsene. Et annet viktig bidrag er boka *Tvang i rusfeltet Regelverk, praksis og erfaringer med tvang* (2014) skrevet av Lundeberg, Mjåland og Søvig. Den baserer seg på langvarig forskning på temaet tvang, og både kvalitative og kvantitative data benyttes. En stor grad av datamaterialet som ligger til grunn i boka, er samlet inn som en del av rapporten *Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3* (2010) skrevet av Lundeberg et al. Av de studiene er Karl Harald Søvig sin avhandling *Tvang overfor rusmiddelavhengige- Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3* (2004) ved Det juridiske fakultet i Bergen, som ble til bok med sammen tittel (2007) sentral. Her blir etiske dilemma drøftet ut i fra et juridisk perspektiv. Den andre er en del av Kerstin Söderströms doktoravhandling *Minding the Baby- Minding the Parent* studien: *Pregnancy and substance use - the Norwegian § 10-3 solution ; ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances* (Söderström & Skolbekken, 2012). Denne kvalitative studien er en oppfølgingsstudie, hvor ni fokusgruppeintervjuer ble gjennomført blant 16 kvinner og 8 menn som deltok i en



familieorientert behandling for å undersøke erfaringer til foreldreskap og avhengighet. Casestudien ble gjennomført med individuelle semistrukturerte dybdeintervju av to gravide kvinner. Rekruttering ble gjennomført ut i fra tilgjengelighet og de ble ikke vurdert ut ifra representativitet. Formålet med casestudien er å belyse etiske og kliniske dilemmaer i forbindelse med tilbakeholdelse på institusjon etter HOL § 10-3 (s.159). Denne studien beskriver en kompleks situasjon for gravide under anvendelse av HOL § 10-3, hvor yrkesetiske prinsipper er utilstrekkelige. Det kreves en høy faglig bevissthet om etisk og relasjonelle utfordringer og dilemmaer. De foreslår en likeverdig prioritering mellom fosterets behov for beskyttelse og foreldrenes behov for kompetanse. I denne studien gjennomfører kvinnene svangerskapet, men temaet abort og ambivalens belyses også. Jeg har ikke funnet forskning som sier noe om hvilke opplevelser og erfaringer kvinner som har tatt abort etter innleggelsen har gjort seg.

I følge *Evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3* (2010) finnes det svært få norske studier som sier noe om hvilket tilbud de har fått, og hvordan det har gått med dem som har vært tvangsinnlagt. Institusjonene selv har ikke gjennomført systematisk dokumentasjon og rapportering, og de få studiene som finnes er ikke gjennomført av uavhengige forskningsmiljøer (Lundeberg et al., 2010 s. 34). Borgestadklinikken har gitt ut flere rapporter som omhandler gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a og senere etter HOT (HOL)§ 10-3, og de angir tall på hvor mange som har tatt abort. Rosanna Kristiansen (2015 s.31) sammenligner i sin rapport *Borgestadklinikken Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter HOT § 10-3 i perioden 2011-2014 - sammenlignet med funnene fra 1996-2010*, slik de foreligger i tre tidligere rapporter (Hansen og Svenkerud 2006, Grimstad og Kristiansen 2009 og Wiig og Myrholt 2012). Den første rapporten viser en journalgjennomgang av 91 innleggelser og Borgestadklinikken står for 67% av innleggelsene på landbasis etter § 6-2a (HOL §10-3) i perioden 1996-2005 (Hansen, 2006 s. 14). Selv om det er vanskelig å holde undersøkelsene opp mot hverandre, gir de fire rapportene et grunnlag for tallmaterialet i forhold til antall aborter. Jeg har ikke funnet undersøkelser som belyser brukerperspektivet av kvinners opplevelser med tjenesteytere etter å ha tatt aborter under innleggelse etter HOL § 10-3. Denne masteroppgavens problemstilling tar sikte på å belyse brukerperspektiver om fenomenet tvangsinnleggelse og abort, da det ikke finnes kunnskap om dette fra før.

## **Synet på graviditet i et historisk perspektiv**

Synet på graviditet og reproduksjon har gjennom tidene vært gjenstand for morals granskning. I de følgende to kapitlene vil jeg gi et bakteppe for ulike forståelser. Dette historiske perspektivet forteller noe om bakgrunnen til dagens debatt, og om hvorfor den er verdiladet. I dagens samfunn er det opp til den enkelte gravide kvinne å velge om hun ønsker å gjennomføre graviditeten før uke 12, ut i fra hennes egne forutsetninger og eget verdisyn. Det sier også noe om hvor ulikt dette verdisynet kan fortone seg. I boka; «*Vi lager barn, reproduksjon gjennom 500 år*» tas leseren med på en reise i forståelsen av reproduksjon i ulike tider. I tidlig protestantisk kultur, fra 1537 var det fortellinger om Jesu fødsel og Adam og Eva som var modeller for regulering av reproduksjon. Rammen var ekteskapet og barnet ble sett på som en gave fra Gud. På slutten av 1700 tallet var menneskets formeringsevne sterkere enn veksten i matproduksjonen. Den industrielle revolusjonen endret samfunnsforholdene, hvor dødeligheten gikk ned og en økende befolkning i storbyene med en voksende arbeiderklasse. På slutten av 1800 diskuterte man barnebegrensning, og stadig flere ønsket å endre premissene for det å få barn (barneavl) og ekteskap. Kvinnesaken dreide seg blant annet om frivillig moderskap og grunnlaget for all frihet som er råderetten over egen kropp. På 1900 tallet var kvinnens identitet som fullverdig, knyttet opp mot det å få barn. Etter 68-opprøret fikk synspunkter om at kvinnen skal ha råderett over det fosteret hun bar på i egen kropp gehør. Den første abortloven kom i 1959 og ble iverksatt i 1964. Loven var restriktiv og ble vurdert av en nemd hvor mange fikk avslag. Etter hvert økte antall søknader og antallet som fikk innvilget aborter, i 1974 fikk 94% av 16 000 søkere innvilget abort. Det var en hard kamp mellom religiøse moralske krefter og kvinnebevegelsen som frontet selvbestemt abort, og loven om selvbestemt abort kom i 1978. Stadig flere barnløse fikk hjelp på ulike måter for å kunne få barn. I dag er det mange muligheter til å få hjelp, man kan få sæd- og eggdonasjon, surrogat mødre, fosterdiagnostikk og fosterreduksjon. Flere mener det er grunn til bekymring at disse mulighetene gir et sorteringssamfunn, at foreldre tar en svangerskapsbeslutning med forbehold. «At vi ikke lenger tar imot det som blir gitt oss med betingelsesløs kjærlighet – men setter betingelser for å elske» (Oftestad & Aavitsland, 2016 s. 159).

## **Abort**

Provosert abort utløser flere etiske dilemmaer og kan vekke sterke følelser. Dette kan knyttes til synet på når livet begynner. Jo lengre ut i svangerskapet man kommer, jo mer problematisk kan den provoserte aborten oppleves. Etter norsk lov kan man ikke utføre abort etter utgangen

av uke 22. Mange vil mene at omstendighetene rundt graviditeten vil forsvare det moralske aspektet ved en provosert abort. Det kan da være snakk om graviditet etter voldtekt eller trussel mot mors helse (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014). Disse problemstillingen er ikke en del av denne studien. Abort betyr at man avbryter et svangerskap. En skal selv ønske dette og fram til uke 12 behøver man ikke begrunne valget. Når en skal ta abort og er innlagt etter HOL§ 10-3, så foregår det vanligvis på stort sett samme måte som for andre kvinner, bortsett fra at en eller to ansatte følger kvinnen fram til aborten er gjennomført. Hvor tett på man er, kommer an på pasientens egne ønsker. Vanligvis skjer det på følgende måte: en ansatt fra behandlingsinstitusjonen tar på vegne av pasienten en telefon til sykehuset for å bestille time. Timen får en samme dag, eller i løpet av en dag eller to. Er den gravide under 12 uker på vei får man en samtale med helsepersonell og informasjon om hvordan aborten skal foregå. Er man mellom 12 og opp til 17 uker og 6 dager skal aborten vurderes av en nemd bestående av to leger. Etter uke 18 kan abort også vurderes når det er tungtveiende grunner. Man kan ta både kirurgisk eller medikamentell abort. 90% av antallet aborter i Norge er medikamentell abort, og dette er også erfaringen for gravide som er innlagt på tvang, eller følt trussel om tvang. Aborten starter vanligvis ved at man da tar en tablett etter den første samtalen ved sykehuset. Formålet med denne tabletten er å stanse utviklingen av graviditeten, og man regner abortprosessen til å være i gang. Pasienten blir så med tilbake til institusjonen og får ny time to dager etterpå til innskrivelse ved en poliklinikk. Der blir det satt inn tabletter i skjeden som fører til at livmoren trekker seg sammen. Vanligvis vil det ta 4 til 6 timer før aborten er gjennomført (e-helsenorge.no). Etter at en lege har erklært at kvinnen ikke lenger er gravid kontaktes innleggende instans (kommunen) og tvangen oppheves. Den gravide oppfordres til å returnere til avdelingen, men hun bestemmer det selv. Hun kan fritt velge om hun ønsker fortsatt innleggelse eller dra hjem til seg selv.

### **Litt om lovverket og dets intensjon**

Lovgivningen står sentralt i denne studien. For å kunne forstå det enestående i dagens lovgivning kan man se loven i forhold til andre land. Lundeberg, Mjåland og Søvig refererer til i *Tvang i rusfeltet* (2014 s. 51), en undersøkelse av 90 ulike land i verden, har 82% et lovverk som kan benytte en eller annen form for tvang ovenfor rusmiddelavhengige. Norge er det første og fremdeles eneste land i Europa som har et lovverk hvor man benytter tilbakeholdelse ovenfor gravide med tvang (Lundeberg, Søvig, & Mjåland, 2014 s. 63). Den norske lovgivningen er unik, da vi ikke er kjent med at noen har et tilsvarende lovverk vedrørende tvang og graviditet. I følge Søvig (2007) innebærer denne norske loven at fosteret

er gitt et rettsvern, men at dette rettsvernet er gradert, da den gravide også har en rett til selvbestemt abort fram til 12. svangerskapsuke. For å få et overblikk går jeg tilbake for å se hva som var noen av intensjonene bak dagens HOL § 10-3, tidligere LOST § 6-2a. Praksis i dagens fagfelt lener seg i stor grad på lovgivningen og forståelsen av denne. I april 1995 fremmet Sosial- og helsedepartementet tilråding av Ot.prp.48 (1994-1995) *lov om endring i lov om sosiale tjenester om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere i institusjon*, som ble godkjent. Som vedlegg til tilrådingen ble overlege dr. med. Rolf Lindemanns konklusjon en premissleverandør for forståelsen av loven i forhold til omfang av rusinntak:

«Det er foreløpig få data som kan angi hvor stort misbruket må være for at barnet skal få skader. Her er det helt sikkert individuelle variasjoner fra kvinne til kvinne, avhengig av hennes evne til å nedbryte/omsette stoffet. Så lenge vi ikke kan forutsi i hvilken grad barnet skades, må **et hver misbruk** anses å kunne føre til varige skader» (Ot.prp.48 1994-1995 s.27) (egen framheving).

Dette satte en standard for forståelsen av loven, der det ikke finnes noen nedre grense for hva som kan gi skade på et foster. Ut fra dette perspektivet legges det ikke til grunn ICD-10 kriterier; intoksikasjon, skadelig bruk og avhengighet. Selv om den gravide ikke fyller ICD-10 kriterier for skadelig bruk eller avhengighet, vil hun allikevel kunne bli innlagt på tvang om hun tidligere har vært rusmiddelavhengig. Det minste bruk av rusmidler i graviditeten faller inn under Lindemanns konklusjon da kriteriet her er knyttet opp mot fosterets rettsvern. Videre i samme tilråding har man merket seg at flere høringsinstanser poengterer bekymring over at flere kvinner vil kunne unndra seg helsehjelp når det innføres en tvangshjemmel. For å unngå at kvinner skremmes bort fra å oppsøke nødvendig helsehjelp ønsker man å styrke frivillige behandlingstilbud. Det skal pekes ut institusjoner som regnes som egnet, og i tillegg vil det bli pekt ut fire institusjoner som får et regionalt ansvar. Disse skal styrkes spesielt med tanke på gravide rusmiddelavhengige. Man antar at den gravide selv har sterk motivasjon til å komme ut av misbruket, med ønske om å få identitet som mor og at dette kan være en sterk motivasjonsfaktor til endring. Videre står det: «Tvangsbestemmelsen skal være en **unntaksbestemmelse** og bare brukes i de tilfellene hvor kvinnen, etter **aktivt** motivasjonsarbeid fra sosialtjenesten, ikke klarer eller ønsker å avslutte eller redusere rusmiddelbruken som kan føre til alvorlige skader på barnet» (Ot.prp.48, (1994-1995) s. 9) (egen framheving). I Del II Generelle merknader 3.8 Forholdet til menneskerettighetene står det at den europeiske menneskerettighetskonvensjonen kan frihetsberøve alkoholister og narkomane, dersom hjemmel og lov samsvarer med det loven bestemmer: «de tvangsplasserte

skal sikres en rettferdig og ordentlig prosess og frihetsberøvelsen skal beslutte av egnet myndighet uten vilkårlighet». Fellesorganisasjonen uttaler at det ikke er sikkert det er riktig å motivere alle innenfor denne gruppen til å ta vare på barnet sitt. Det ligger respekt i å diskutere med kvinnen og hjelpe henne å avklare vanskelige spørsmål før man setter inn ressurser for å forberede henne til å ta ansvar for barnet (Ot.prp.48, (1994-1995) s. 10). Karl Harald Søvig skriver om departementers høringsnotat Ot.prp.48 (1994-95 s.9) at det ikke er ønskelig at lovforslaget skal føre til press for flere aborter, samt at kvinner blir plassert på institusjon og kan ta abort for å unngå tvangsbruk. Departementet ønsker å unngå at kvinner kommer i denne situasjonen, og derfor må frivillige hjelpetiltak prøves ut først. Videre står det: «Kvinnen må motiveres til å beholde barnet [dvs. ikke ta abort] og gjennomføre en frivillig behandling slik at hun blir i stand til å ta vare på barnet.» (Søvig, 2007 s. 116).

I helsedirektoratets *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10* (2016 s. 54) beskrives ulike vilkår som må være til stede før tvang benyttes. Disse er:

- Gravid
- Rusmiddelavhengig – misbruk, -krav om et visst omfang i tid og mengde
- Barnet vil bli født med skade, -en sakkyndig skal vurdere skadepotensialet til fosteret
- Årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruket og skaden
- Frivillig hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig, -prinsipp om at tvang skal ikke benyttes om samme resultat kan oppnås med mindre inngripende framgangsmåter
- Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering

## METODE

Metode betyr opprinnelig veien til målet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Denne oppgaven har en kvalitativ tilnærming og jeg vil her gjøre rede for prosessen fram til kunnskap.

### **Kvalitetssikringsprosjekt**

Kvalitetssikringsarbeid er en faglig praksis som tar sikte på å besørge at virksomhetene holder faglige mål og er forsvarlig. I denne studien ønske jeg å få fram om det er en diskrepans mellom idealet, og realitetene. Hva som er kvalitetssikring og hva som er forskning kan

framstå som noe uklar. Forskning har som mål å produsere ny kunnskap. For å avgjøre hva som betegnes som kvalitetssikringsarbeid og hva som betegnes som forskning, må man vurdere studiens formål (Malterud, 2011). Da denne studien har som mål å få fram kvinners stemme, benyttes metoder som åpner opp for handlingsalternativer som jeg kanskje ikke har forutsett. Disse kan danne grunnlaget for ny kunnskap og kan falle inn under Helseforskningsloven § 4a. Ruyter et.al. (2014 s. 218) påpeker at departementets veileder til helseforskningsloven fremhever at «kvalitetssikring som er en del av helsetjenesten og faller i utgangspunktet utenfor helseforskningslovens virkeområde» og at veilederen oppfatter forskning og kvalitetssikring forskjellig er uheldig fordi kvalitetssikring også skal gjøres etter vitenskapelige metoder. På bakgrunn av overstående skal denne masteroppgaven følge vitenskapelige prinsipper.

### **Design**

Denne kvalitative studien omhandler gravide kvinner som har vært innlagt på tvang, eller opplevd reel trussel om tvang etter HOL § 10-3, og som valgte å avslutte svangerskapet etter innleggelsen. Studien tar sikte på å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer de har gjort seg med tjenesteyter i hele perioden fra de oppdaget graviditeten og til tiden etter aborten. For å få fram kvinners erfaringer og opplevelser og belyse studiens problemstilling vil kvalitativ metode benyttes. Gjennom å intervju 4-6 kvinner ønsker jeg å gå i dybden. Intervju med åpen tilnærming vil danne grunnlaget for datamaterialet, som igjen gjennom fortolkende analyse vil kunne gi ny kunnskap på fagfeltet. Jeg ønsker å undersøke om praksisen er etisk forsvarlig.

### **Problemstilling**

«Hvilke opplevelser har gravide kvinner erfart med sine tjenesteytere når de er innlagt på tvang, eller opplevd trussel om tvang etter helse- og omsorgstjenestelovens paragraf 10-3?»

### **Presisering av problemstilling**

Denne masteroppgaven tar sikte på å få fram gravide kvinners egne *opplevelser og erfaringer*, slik de har opplevd behandlingsapparatet. Dette gjelder for perioden før, under og etter innleggelsen. Med behandlingsapparatet menes alle som har vært involvert som tjenesteyter fra pasienten oppdaget graviditeten, til innleggelse på institusjon, under aborten og tiden etter. Disse er fastlege, helsestasjon, kommunene, spesialisthelsetjeneste og eventuelle andre aktører. Hvem som blir nevnt og vektlagt i denne studien avgjøres ut i fra informantenes egen

vektlegging, og deres forståelse av hvem disse aktørene er. Målet er å få fram erfaringer og refleksjoner omkring tjenesteyter sett i et brukerperspektiv. Hensikten er å kunne bidra til å bedre kvaliteten på tjenester ovenfor gruppen tvangsinnlagte gravide, og gravide som blir innlagt etter opplevd trussel om tvang. Studien ønsker også å sette fokus på et tabubelagt område. Det er viktig å få fram de involvertes egen stemme. Valg av metode og hvilken vitenskapsfilosofisk forankring denne studien inntar, danner utgangspunktet for den forståelsen jeg som forsker utvikler, og hvilke svar problemstillingen gir (Thagaard, 2003).

### **Hermeneutikk**

For å kunne svare på problemstillingen vil jeg forsøke å løfte fram og forstå hvordan informantenes livsverden og erfaringer er i en bestemt kontekst og i en aktuell situasjon. Hermeneutikken er et vitenskapssyn som er opptatt av å forstå eller fortolke en handling, og kalles også derfor tolkningslære (Postholm, 2010). I hermeneutiske prosessen er det ikke selve virkeligheten vi vil si noe om, men hvordan den framtrer gjennom persepsjonen (sensing). I denne sammenhengen er det derfor kvinnenes egne narrativer og deres egen tolkning som de forteller til oss selv og andre. Da skapes nye tolkninger og nye narrativer. Jeg ser deler ut av helheten og helheten ut av deler, der det ene henger sammen med det andre (Thornquist, 2003). Dette kalles den *hermeneutiske spiral* som for hver runde fortsetter tolkningen av selve opplevelsen og gir et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart (Thagaard, 2003). To andre sentrale begreper innen hermeneutikken er *forforståelse og fordom*. I følge Malterud (2011) er forforståelse den ryggsekken vi bærer med oss. Thornquist (2001) beskriver dette som en *forståelseshorison*t som er et resultat på et gitt tidspunkt av bevisste og ubevisste holdninger og oppfattelser. Det å bevisstgjøre seg egen forforståelse kan bidra til at jeg som forsker stiller meg mer åpen og nysgjerrig i forskningsprosjektet, selv om resultatet nødvendigvis ikke stemmer overens med egen forforståelse. *Fordom* er et begrep som i denne sammenhengen ikke er negativt ladet. Det dreier seg om den bakgrunnskunnskapen jeg møter et fenomen med, og kan sees på som en betingelse for forståelse. For denne studien betyr det en erkjennelse om at en alltid allerede har en forutforståelse (Thornquist, 2003).

### **Fenomenologisk perspektiv**

Edmund Husserl (1859-1938) regnes som fenomenologiens grunnlegger. Det å få innsikt i den andres perspektiv kalles i fenomenologien for *livsverden*. Med livsverden mener Husserl at man forstår verden slik den umiddelbart trer fram for oss (Hallberg, 2002). Tilsvarende ønsker jeg å få innsikt i gravide kvinners livsverden i fenomenet innlagt på tvang, eller opplevd

trussel om tvang. Gjennom forståelsen for kvinners erfaring søker jeg å forstå meningsfulle konkrete relasjoner av fenomenet, skal preges av informantenes ståsted, i den tid da det fant sted. Disse erfaringene ligger tilbake i tid, derfor kan de bare hentes fram gjennom samtale. Dette er en fenomenologisk tilnærming (Postholm, 2010). For at denne studien skal bidra til økt kunnskap om fenomenet, vil jeg synliggjøre konkrete erfaringer av informantenes subjektive opplevelse. I et fenomenologisk perspektiv skal forskningen være kritisk til etablerte holdninger (Thagaard, 2003).

### **Etiske betraktninger**

Etikk kan forstås som «Willing to do good and best» (Lamb-White, 2009 s. 20). Gjennom praktisk erfaring og pågående refleksjoner dannes ifølge Aristoteles *praktisk klokskap* (Kversøy & Stein, 2005 s. 31). I fra planleggingsfasen og fram til ferdig produkt har jeg forsøkt å forholde meg bevisst til etiske problemstillinger. Studien omfatter ikke eget arbeidssted, og informantene har ikke vært innlagt der jeg jobber. Selv om jeg forsøkte å forberede meg dukket det opp ulike etiske dilemmaer underveis. Et eksempel er at jeg i utgangspunktet ønsket å intervju kvinner innlagt på tvang etter HOL § 10-3. I forkant av første intervjuet ble det klart at informanten ikke hadde vært innlagt på tvang. Først ble jeg usikker på hvordan jeg skulle forholde meg til oppståtte situasjonen, men informanten argumenterte med at for henne hadde det vært en reel opplevelse av tvang. I ettertid forstår jeg at hennes historie beriket studien da forholdet mellom tvang, og opplevd trussel om tvang, blir vurdert opp mot hverandre når tvang vurderes. Forholdet mellom etikken og loven er ifølge *Ethics for European Psychologist* (2008) viktig å forstå. De kan ofte opptre i de samme situasjonene, og de kan være vanskelig å skille da de kan stille like problemstillinger. Loven forplikter oss til å handle ut i fra hva som er forventet i situasjonen, mens etikken vil utfordre oss til å ta en personlig ansvarlig avgjørelse (Lamb-White, 2009 s. 20). Hvordan forstår tjenesteytere forholdet mellom loven og etikken når man utsetter kvinner for tvang eller reel opplevd trussel om tvang? Og er deres rettigheter ivaretatt?

Hvilke framgangsmåter som er benyttet for å ivareta best mulig etisk praksis beskrives i det følgende.

### **Framleggsvurdering fra REK**

Innsending av framleggsvurdering resulterte i at prosjektet skal ha en forhåndsgodkjenning av REK, da det ble vurdert om at det *kunne* være utenfor rammen til et kvalitetssikringsprosjekt. Søknad ble sendt inn den 28.10.2014 og søknaden tatt opp til vurdering den 26.11.14 hjemlet i Helseforskningsloven §10 og Forskningsetikklovens §4.



Tilbakemelding med godkjenning fra komitesekretær Helge Holde Andersson og nestleder REK sør-øst B Geir Olav Hjortland hvor komiteen godkjenner studien med to vilkår;

*1) Rekruttering skal foregå der det legges ut informasjon om studien på steder der potensielle deltagere oppholder seg.*

*2) Intervjuene skal ikke gjøres på cafe. Informasjonsskrivet må revideres i tråd med dette og sendes komiteen til orientering.*

Tilbakemeldingene fra REK ble tatt til følge.

Gjennom hele planleggingsperioden av prosjektet var jeg innforstått med at det kunne bli utfordringer i forhold til å skaffe informanter. For det første er det ikke mange som blir innlagt HOL §10.3, og enda færre som tar abort. Det å ta abort kan i seg selv være både skambelagt og privat. Det å legge ut informasjon der potensielle deltagere oppholder seg ble en utfordring med tanke på å få tak i informanter. Jeg tok kontakt med ledere og fikk tillatelse til å legge igjen informasjonsskriv i kommunale tiltak, sykehus, spesialisthelsetjenesten og ved private ideelle tilbud. Jeg benyttet både formelt og uformelt nettverk for å få hjelp til å informere om prosjektets eksistens. Etter godkjenning fra REK fikk informasjonsskrivet ny forside som var mer iøynefallende og enklere å lese. I tillegg ønsket jeg å bruke et gatemagasin sin Facebookside om at jeg søkte informanter. Endringsmeldinger om å få utvidet tiden ble sendt REK flere ganger og godkjenninger er datert 12.06.2015, 18.05.2016 og 09.06.2017.

## **Utvalg**

Strategisk utvalg ser etter informanter som innehar de kvaliteter eller forutsetninger i forhold til det problemstillingen ønsker svar på (Thagaard, 2003). Inklusjonskriterier er kvinner som tidligere har erfart å bli tvangsinnlagt eller har opplevd reel trussel om innleggelse etter HOT §10-3, det vil si at de har en fortid som rusmiddelavhengig og gravid. De har etter innleggelsen valgt å avslutte svangerskapet. Ut over de nevnte inkluderingskriterier er det ikke vurdert representativitet. Inkluderingsgrunn er at det er nødvendig å intervju disse kvinnene for å få fram deres erfaringer og opplevelser. Når utfallet av tvangen blir i strid med lovens intensjon vil det være avgjørende at tjenestearters rolle kvalitetssikres.

Ekskluderingskriterier er der informanter er emosjonelt ustabile i den forstand at man mistenker psykose, vrangforestillinger eller annen psykisk lidelse. Andre ekskluderingskriterier er gravide, informanter som er synlig ruspåvirket eller ikke har tilstrekkelig distanse til hendelsen. For å vurdere hvor stort utvalg som er tilstrekkelig i denne

studien, vurderte jeg omfanget av kvinner som har vært tvangsinnlagt og tatt abort. Dette sees i forhold til studiens totale lengde. Et annet element som må tas i betraktning er hvor mange som ønsker å la seg intervju med et så personlig og sensitivt tema, slik som abort og tvang er. Både tvang og abort er et tabubelagt område. Jeg kan heller ikke overse det faktum at dette fenomenet omhandler en liten gruppe. På landsbasis er det et beskjedent antall som blir innlagt på tvang i året, og selv om tallene er økende var det i 2009 i overkant av 70 kvinner (Lundeberg, Mjåland, Søvig, Nilssen, & Ravneberg, 2010 s. 17). En rapport fra Borgestadklinikken viser at ca. 12 % tar abort (Kristiansen, 2015 s. 31). Det ble ikke satt noen tidsbegrensing, annet enn at loven tredde i kraft 01.01.1996. Antallet aborter for de som opplever trussel om tvang finnes det ingen tall på. Jeg kom fram til et strategisk utvalg på 4 til 6 informanter.

### **Rekruttering**

For de som potensielt ønsket å bli informant måtte de selv hente informasjonsskrivet på et av de stedene hvor det var utlagt, og selv ta kontakt med meg. Den ene informanten tok kontakt pr telefon etter først å ha fått høre om studien og siden hentet informasjonsskrivet. Den andre tok kontakt med meg på Messenger etter tips fra en venn som hadde sett forespørselen på gatemagasinet sin Facebook side. Tiden gikk og jeg fikk ikke flere henvendelser selv om jeg fremdeles var aktivt i prosessen. Jeg var også innstilt på å reise langt dersom jeg skulle være så heldig å få flere informanter. Jeg hadde imidlertid ikke en økonomisk eller tidsmessig ramme for reiser til andre store byer, for derifra å skaffe til veie nye informanter.

### **Endring av utvalgsstrategi, og nye problemstillinger**

Da rekruttering av antallet informanter ikke ble som planlagt, dukket det opp nye problemstillinger. Hvordan vil studien ivareta informantenes anonymitet? I følge Malterud (2011) kan detaljerte og koblede persondata øke risikoen for brudd på personvernforutsetninger når utvalget er lite og lokaliserbart. Det ble brukt mye tid på å forsøke å være kreativ innenfor de rammer som var satt fra REK med tanke på å skaffe informanter til studien. Hindringer kan handle om at det er få dette gjelder, temaet er tabubelagt og kan være vanskelig å snakke om. Det er derfor avgjørende å vektlegge informantenes personvern slik at deres rett til anonymitet er ivaretatt. Enkelte behandlingsinstitusjoner kan gjenkjennes selv om jeg har utelatt navn. For informantene er det nødvendig å gjøre mer for å redusere faren for gjenkjennelse. Der vil navn, alder, bolig, utdanning, yrke, pasientgruppe og særegenheter kunne føre til gjenkjenning. Derfor er mest mulig av denne informasjonen utelatt, og der det er mulig endret på, uten at det har betydning

for meningsinnholdet i datamaterialet (Ruyter et. al., 2014 s. 241). En annen problemstilling er; hvor stor er gyldigheten av en studie med så få informanter? Det er et etisk dilemma å gjennomføre to sensitive intervjuer om de ikke munnner ut i det som informanten er forespeilet. Selv om denne studien ikke tar sikte på å ha funn som kan generaliseres, er en målsetting at funnene har en overføringsverdi. Informantenes historier gav et sammensatt bilde over etiske utfordringer med rikholdig informasjon, som gav et rikholdig datamateriale til å jobbe videre med for å belyse ulike problemstillinger. Sett i sammenheng med at det ikke fins kunnskap på dette området fra før, og at det er gjennomført to intervjuer av et følsomt tema vil det å likevel gjennomføre studien være den beste etiske beslutningen av dette dilemmaet.

### **Personvern og frivillig informert samtykke**

Når jeg i studien skal vurdere hva som er tilstrekkelig i forhold til personvern skal prinsippet være at det enkelte menneske selv bestemmer over sin private sfære. Personopplysninger skilles mellom *direkte* identifiserbare opplysninger, og *indirekte* de som kan identifisere vedkommende (Grimnes, 2009). Nürnbergkodeksen (1947) ble utformet for å endre historien samt sikre etikk i medisinsk forskning. Den inneholder ti punkter, og den mest sentrale er kravet om informert samtykke (Ruyter et al., 2014). Etter å ha møtt informantene presenterte jeg meg og informerte om hvor jeg jobbet. I forkant av intervjuet ble det gitt informasjon både muntlig og skriftlig. Informantene ønsker å få en kopi av studien etter dens slutt. Samtykke til deltakelse i studien ble signert, i forhold til Helseforskningslovens §13, hovedregel om samtykke. I løpet av kort tid ble intervjuene transkribert og lagret på minnebrikke. Lydbånd, minnebrikker og signert samtykke er innelåst i safe mens studien pågår. Lydbånd og minnebrikke skal slettes etter prosjektets slutt. Direkte identifiserbare opplysninger som navn, stedsnavn og virksomheter er endret. Indirekte identifiserbare opplysninger er også utelatt eller endret, uten at dette har vesentlig betydning for studiens analyse og diskusjon. Forskningsprosjektets data skal oppbevares etter personopplysningsforskriften. Det er også endret noe på språk og uttrykk for å sikre mot gjenkjennelighet. Den ene informanten hadde en litt særegen måte å uttrykke seg på, og dette er utelatt. Det er også tatt hensyn til å ikke sette sammen ulike opplysninger som fører til gjenkjennelse (Ruyter et al., 2014).

### **Forberedelser til intervjuet**

Uforutsette ting kan skje i forskningsprosessen, så jeg har forsøkt å forberede meg på ulike scenarier. Erfaring fra fagområdet kan være en styrke, da jeg kan bringe med meg et klinisk blikk for å forstå og handle ut fra ulike problemstillinger. Samtidig kan denne erfaringen også

være en ulempe. I denne studien skal jeg ha et forskerblikk samt være åpen og nysgjerrig. Det å ha jobbet innenfor fagfeltet kan bidra til forutinntatthet og derfor ikke utforskende eller sensitiv nok. For å motvirke dette har jeg satt meg inn i «bruker spør bruker», og trent på intervjuer gjennom å intervju flere kollegaer. Dette har også bidratt til at spørsmålene har blitt testet ut, og at jeg har fått trent meg på å lytte. Jeg ønsket å la informantens behov gå foran forskingen og samtidig være bevisst maktforholdet mellom meg og informanten. Før jeg møtte informantene hadde jeg nøye vurdert hvordan jeg selv framsto. Jeg var ydmyk med tanke på at de ønsket å la seg intervju, og ønsket å gi dem en opplevelse av respekt. Trygghet er nødvendig for å kunne snakke fritt. Jeg brukte den tiden jeg mente var nødvendig i forkant av intervjuet for å oppnå dette. Jeg hadde tenkt igjennom hvordan jeg skulle sitte i forhold til informanten, slik at informanten selv kunne regulere intensiteten og blikkontakten under intervjuet. Lyset var dempet og jeg tok med snacks, drikke og Kleenex.

### **Intervjuet**

Da jeg er interessert i å få fatt i kvinners erfaringer og opplevelser benyttes intervju som metode. Jeg ønsker også å gå i dybden, og få mest mulig rikholdig informasjon. Valgt metode ble individuelt intervju og disse varte en, til en og halv time. For å få mest mulig rikholdig informasjon benyttes intervju med åpen tilnærming, det vil si et semistrukturert intervju med intervjuguide. Det er ingen annen metode som kan få fram disse opplysningene. Det informantene forteller er deres subjektive opplevelser fra møter med tjenesteytere. Jeg forstår dette i et konstruktivistisk perspektiv, der mening skapes i møter mellom mennesker. Denne meningsdanningen er informantens opplevelse som utgjør deres livsverden. På samme måte kan forholdet mellom meg som forsker og informanten være et meningsskapende møte. Mine forberedelser til møtet og min framtrede bidrar ved overnevnte forståelse, også til å danne grunnlaget for materialet. Jeg brukte den tiden jeg mente var nødvendig for å skape trygget, og for å gå igjennom formalitetene i forkant av intervjuet. Jeg informerte også om at jeg tåler sterke historier. Teknisk sett valgte jeg å benytte lydbåndopptak. Det gav meg mulighet til å få tatt opp alt som ble sagt, samtidig som jeg kunne rette oppmerksomheten på det som skjedde mellom meg og informanten. Det gir muligheten til tilstedeværelse. Umiddelbart etter intervjuet gjorde jeg notater av det jeg hadde lagt merke til i løpet av intervjuet. Målet med denne samtalen er å få vite noe jeg ikke visste fra før. Samtidig som det er ønskelig at informantene i størst mulig grad skal fortelle fritt om sine erfaringer og opplevelser må jeg forsøke å ha kontroll på at jeg faktisk får svar på det problemstillingen spør etter. En temaguide fungerte som et godt verktøy. Ved å innta et fenomenologisk perspektiv som ideal

for forskningsintervjuet er målet å innhente opplysninger i lojalitet til informantenes egen versjon av sin historie. Kunnskapen blir forankret i informantens livsverden (Kvale, 2007). Intervjuet er brukerstyrt, det innebærer at informantene selv velger hvor langt de vil gå i sine fortellinger. Samtalen kan imidlertid også være en konstruktiv samtale. Deltakelse er frivillig og informanten anser sin historie som viktig for å belyse gjeldende praksis og eventuelt forbedre denne. Om brukerstyring faktisk fungerer i praksis kan være vanskelig å bedømme underveis i intervjuet når en er uerfaren. I ettertid lurte jeg på om min støttende tilnærming kunne forstås som en form for manipulering og igjen bidro til at informantene kanskje fortalte mer enn de selv ønsket? (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015 s. 52). Da metoden innebærer lojalitet til informantenes opplevelser, og ved å erkjenne asymmetri i maktbalansen, kan jeg forstå dette som et moralsk ansvar.

### **Transkribering**

Ut fra intervjuet, hvor jeg satt ansikt til ansikt med informanten, kan dette sees på som en form for samtale. Målet er å være lojal til informantenes opplevelser, og gjennomføre transkribering i forhold til det. Når jeg skal vurdere hva jeg legger i begrepet lojal, så er ikke det en ordrett transkribering. For å ivareta informantenes konfidensialitetenshensyn ble personnavn umiddelbart anonymisert, og for øvrig ble ord for ord transkribert i første nivå. Så fjernet jeg navn på steder og institusjoner. Informantene fikk oppdiktete navn, tjenesteytere ble for eksempel en sykepleier, en fastlege, en rusinstitusjon, en avrusingsavdeling, en skjermingsavdeling, eller en avdeling for voksne rusmiddelavhengige. Det ble en prosess mellom det å bevare historienes meningsinnhold samtidig som etiske valg tas ut i fra informantenes personvern. I 2. analysenivå som kommer fram i denne studien er ytterlige endringer gjort. Andre forhold som kan som kan medføre at informanten blir gjenkjent er utelatt. Jeg har vurdert at det ikke har gått ut over meningsinnholdet i studien. Fra første transkripsjon til neste bearbeiding av materialet har jeg enkelte steder valgt å gjøre språket mer sammenhengende. Informantene fortalt åpenhjertig om sterke livshendelser. Når dette ble skrevet ned og jeg selv leste transkripsjonen, opplevde jeg det som *for* sterkt. Med tanke på informanten valgte jeg å tone ned, men ikke utelate, fordi hendelsen var veldig beskrivende for informantens følelser (Kvale et al., 2015).

### **Sårbare grupper**

Det kan reises spørsmål om man skal forske på sårbare grupper? Det å forske på sårbare mennesker kan representere både fordeler og ulemper. Det vises til at jo mer sårbare og vanskeligstilte gruppen er, jo større ansvar for etisk hensynsfullhet må tas. Det å forske på

rusmiddelavhengige kvinner som har vært innlagt på tvang og tatt abort er klart innenfor det som defineres som sårbart. Informantene tok selv kontakt med meg for å være med på studien. De gjorde det på bakgrunn av at de følte seg krenket og var sinte for den behandlingen de hadde vært utsatt for. Er det etisk forsvarlig å utelate forskning på en hel gruppe fordi de er sårbare? I følge Ruyter (s. 240) diskuteres det om det skal rippes opp i og forskes på hendelser tilbake i tid, som for eksempel provosert abort? Ut i fra tilbakemeldingene fra informantene har forskningen positive utslag, gjennom mestringsfølelsen de oppnår av å bli tatt på alvor. I etterkant av det ene intervjuet fikk jeg melding fra informanten om at deltagelsen hadde gjort henne godt. Det kan argumenteres for og imot, men det er problematisk at forskningen ikke vier denne gruppen oppmerksomhet (Lundeberg et al., 2010 s. 35). Utfordringen ble å finne balansegangen mellom å forhindre misbruk av forsøkspersoner, samt det å innhente nyttig forskning blant sårbare grupper. Inkluderingsgrunn er fordi forskningen er nødvendig for å fremme helsen til andre i gruppen (Ruyter et al., 2014).

### **Analyseprosessen**

Fenomenologisk analyse er inspirert av Giorgi (1985).

Min hypotese og forforståelse er at det kan være en sammenheng mellom kvinners erfaringer av tjenesteyter og det at de velger abort. Målet med analysen er å få en sammenheng mellom rådata og resultater. Først leste jeg gjennom hele materialet. Deretter sammenlignet jeg funn og delte dem opp i tabeller for å se materialet, før-, under og etter innleggelsen. Deretter gikk jeg tilbake til råmaterialet og studerte dette på nytt. Etter å ha lest tekstene flere ganger, benyttet jeg fargekoder for å inndele materiale i ulike kategorier ut fra beskrivelser av emnet. De ulike emnene fikk midlertidige overskrifter. Jeg laget også tabeller for å bedre kunne sammenligne funn. I den deskriptive fasen er målet er å få fram meningsenheter og gruppere temaene. Med problemstillingen som utgangspunkt, lette jeg etter meningsbærende elementer av kvinners erfaringer og opplevelser sammenfattet og fortolket. Målet er å få fram meningsenheter og gruppere temaene som skal si noe om fenomenet. Dette kalles en deskriptiv fase. Gjennom å benytte ulike innfallsvinkler ønsker jeg å fortolke hva informantens utsagn kunne bety. Å fortolke informantens utsagn fikk jeg ny kunnskap, som igjen førte til at jeg fikk dypere innsikt når jeg leste teksten på nytt igjen. Denne fasen kalles analysens tolkende fase. Denne måten å forske på, vanskeliggjør kravet om reliabilitet og krav til resultatets pålitelighet, og er ikke objektivt i den forstand som betydningen i kvantitativ forskning. I denne studien ønsker jeg at dataene skal være «bekreftbare» som er konstruktivistenes alternativ (Postholm, 2010). Ved å innta et fenomenologisk perspektiv som

ideal for forskningsintervjuet er målet å kunne innhente opplysninger i lojalitet til informantenes egen versjon av sin historie. Kunnskapen blir forankret i informantens livsverden (Kvale, 2007). Dette innebærer at det ikke undersøkes om opplysningen er riktig, men metoden er lojal til deres opplevelse. Forskeren har likevel en etisk forpliktelse til å bidra til å nyansere forståelsen.

### **Validitet**

Informantenes opplevelser kan ikke generaliseres, men de støtter funn fra Søderstrøm og Skolesekkens studie om etiske og faglige utfordringer på området. I tillegg så har utfallet i denne studien flere negative konsekvenser for den gravide og fosteret, og for samfunnet. Den gravide er påført psykiske belastninger, fostret ikke eksistens og samfunnet bidrar til menneskesortering.

### **Presentasjon av informantene**

«Anne»

Hun framsto som en sterk og flott jente med ressurser, og som i dag er rusfri. Hun har en universitetsutdannelse. Hun har en støttende familie, singel etter samlivsbrudd i kjølevannet av aborten. Var på intervjutidspunktet ikke i jobb, da hun fremdeles var i behandling for angstproblematikk. Hun ble innlagt etter trussel om tvang. Ruset seg på legale medisiner foreskrevet av lege og alkohol.

«Tora»

Hun framsto også som en flott og viljesterk jente. Er ikke rusfri men hadde på tidspunktet av intervjuet nylig startet rusbehandling. Er ikke i arbeid, og har tidligere hatt flere innleggelses i psykiatrien, men ikke i de siste årene. Hun har samboer, og har for øvrig liten kontakt med familien, da hun kommer fra ei lita bygd i nord. Hun ble innlagt etter HOL § 10-3. Ruset seg på illegale rusmidler.

## **ANALYSE**

### **Før innleggelsen**

Her presenteres de viktigste temaene og de er delt inn i tiden før-, under og etter innleggelsen. Til slutt kommer en «ønskeliste» over hva informantene selv ønsket seg fra tjenesteytere.

## Gravid – sjokk og glede!

Det å plutselig oppdage at man er gravid kan utløse mange følelser, særlig om graviditeten ikke er planlagt. Hverken Tora eller Anne hadde planlagt graviditeten og begge fikk sjokk da de oppdaget at de var gravide. Begge informantene opplever graviditeten med glede og forventning, selv om den ikke var planlagt. For Tora, som rutinemessig hadde fått tatt en graviditetstest beskrives nyheten på denne måten:

*Det kom som et sjokk, for jeg visste ikke, hverken meg eller kjæresten min visste at jeg var gravid. Så det var mye å ta inn, jeg fikk...jeg fikk både sjokk, og masse blandede følelser der og da,...*

Tora beskriver at hun ble helt overveldet av mange blandede følelser, som var så sterke at hun opplevde det som en sjokkartet opplevelse. Tora har fast partner som også ble like overrasket. Hun beskriver sin egen situasjon hvor hun kjenner at det blir *for* mye for henne å ta stilling til. Med utsagnet *blandede følelser*, kan man også tro at det handler om en ambivalens i forhold til om hun ønsker å gjennomføre svangerskapet eller ikke. Det kan også tolkes som hun startet på en prosess eller omstilling som graviditeten medfører. På lik linje som andre gravide, vurderer Tora sin situasjon og begynner å forestille seg hvilke innvirkninger graviditeten kan få for hennes og kjærestens liv. Man kan lett tenke seg at det er krevende å gjøre opp status fra det livet man lever, til det som er godt nok for et barn, også for den som er avhengig av rusmidler. Utsagnet kan forstås som en naturlig reaksjon på alvoret i situasjonen i et tidsavgrenset perspektiv da hun avsluttet setningen med **der og da**. I fra overveldende følelser og oppskaking over den uventede graviditeten, til begynnende tilknytning til sitt ufødte barn, oppstår en gryende glede over å bli mor.

*Det tok noen dager før det gikk opp for meg at jeg skulle bli mamma liksom, og jeg kjente at jeg ville beholde barnet **uansett**.*

Tora sa hun hadde bestemt seg for å gjennomføre svangerskapet. Her bekrefter hun tidsavgrensningen på sin første sjokkartete reaksjon, og at hun kjente på følelsen av å bli *mamma*. Videre sa Tora at hun ønsket å *beholde barnet uansett*. *Uansett* kan også for noen oppfattes som at hun ønsket å beholde barnet selv om svangerskapet ikke var planlagt. Dette er da på lik linje med brorparten av norske kvinner i dag som heller ikke har planlagt graviditeten. Det man også kan tenke er at hun nå har forventninger om å møte motstand fra omgivelsene, og at hun av kjærlighet til sitt barn ønsker å ta den kampen. Tora har pågangsmot og handlekraft. Mennesker som har langvarig erfaring med rus og psykisk uhelse



har også ofte erfaringer med å bli møtt med stereotype holdninger. Mange vil mene at rusmiddelavhengige gravide som har ruset seg under svangerskapet og tilsynelatende ikke har god nok omsorgsevne for å ivareta et barn, bør ta abort. Dette kan stå i kontrast til kvinner i samfunnet for øvrig, hvor alkohol er et vanlig rusmiddel. Disse som heller ikke har planlagt svangerskapet, slutter først å drikke når de oppdager graviditeten.

*Uansett* kan det også bety at Tora vil gjennomføre svangerskapet selv om hun selv ikke får omsorgen for barnet. Når Tora på *tross av* (ikke fordi), velger å gjennomføre svangerskapet forstår jeg det som at hun har en tilknytning til fosteret og fordi hun føler kjærlighet til sitt ufødte barn. Mest av alt ønsker Tora å få sjansen til å vise at hun kunne klart å bli god nok, men blir det ikke sånn, ønsket hun å gjennomføre svangerskapet uansett:

*F; Tror du selv om du har risikert at du ikke har fått beholdt det, har du villet hatt barnet allikevel?*

*IP; Ja. Det er snakk om et liv, det er snakk om mitt liv, det er snakk om å endre livet sitt til det bedre.*

Hvordan kan omgivelsene benytte denne kjærligheten som en motivasjonsfaktor til endring? Motivasjon er en viktig faktor for å klare og slutte å ruse seg, og forbli rusfri. Anne uttrykte det sånn:

*Jeg sluttet helt å drikke alkohol, jeg dro for å kjøpe babytøy og tok tidlig ultralyd og gledet meg egentlig...*

Også Anne uttrykker kjærlighet til barnet hun venter, hun har en opplevelse av glede og forventninger til tiden som skal komme. Hun ønsker også å gi barnet sitt gode vilkår og slutter å drikke alkohol. Det å oppdage at man er gravid kan virke overveldende, men når sjokket har lagt seg, gledet begge informantene seg til å bli mor. Begge ønsket å gjøre det beste for barnet de ventet. Tora sa at hun ønsket å gjennomføre svangerskapet selv om hun risikerer å ikke får beholde omsorgen for barnet selv. Begge uttrykker glede over graviditeten og følte tilknytning til barnet. Begge angir at de er endring både for barnets, og sitt eget beste.

### **Betydningen av støtte vs motstand**

Det å ha en opplevelse av støtte og at andre har tro på deg er noe vi alle har behov for. Når man er gravid får man også et behov for å dele gleden med noen. Ved første møte følte begge informantene at de ble møtt på en positiv måte av fastlegen. Legene mente at graviditeten kunne føre til endring på en god måte for dem. Tora sa det sånn:

*Ja, jeg ønsket å beholde barnet, uavhengig, men det han legen sa den dagen, det var den beste setningen, han sa; «dette er det beste som har hendt deg, for nå skal du bevise for deg selv og andre at nå kan du slutte med rusen og tenke på bare deg selv. Nå har du et ansvar til, nå har du et liv der, du skal tenke på, som kan endre hele livssituasjonene din til det bedre. Nå er det ikke bare deg, nå er det en unge du skal ta vare på. Og jeg heier på deg, og nå vil jeg at du tar vare på en unge, og jeg vil at du skal stå på og ikke gi opp!». Det var det han sa den dagen da jeg fikk vite at jeg var gravid, og det var det som holdt meg litt oppe og førte til at jeg sluttet og ruse meg.*

Tora ønsket å få hjelp til å mestre livet sitt slik at hun kunne bli god nok. Hun ønsker å slutte å ruse seg, og gjøre det som er det beste for barnet og for seg selv. I tillegg formidler hun at hun har behov for støtte og oppmuntring, som hun sa: «det var det som holdt meg litt oppe». Når hun gjenforteller det legen sa til henne er det betydningen av å ha noen på sitt «lag». Hun trenger noen som tror på henne og heier for at det skal gå bra. Noen som gleder seg på hennes vegne, og som tror at hun greier endre livet sitt. Tora mener selv at dette var grunnen til at hun da greide å slutte å ruse seg. Anne dro raskt til fastlegen etter at hun oppdaget at hun var gravid, og fastlegen sa:

*Kanskje blir det bra for deg å få barn, og kanskje blir det bedre for deg nå?*

Anne ble også fulgt opp av et helsepersonell som hun syntes var veldig grei. Både Anne og Tora var opptatt av å gjøre det som var til det beste for barnet sitt, og er motivert til å slutte å ruse seg. For Tora var legen den betydningsfulle andre som trodde på hennes ressurser til å endre livet sitt, og til å ta ansvar. For Tora ble dette den avgjørende faktor til at hun greide å slutte å ruse seg. Men for Tora er det ikke nok å slutte å ruse seg, for å kunne mestre livet sitt må hun endre hele sin livssituasjon. Anne som fikk foreskrevet tablett for angstproblematikk av fastlegen, opplevde hendelsesforløpet på denne måten:

*Kjæresten min han brydde seg ikke så veldig mye om tablettene, men foreldrene hans, vi bodde hjemme hos dem i ferien der, dem reagerte på det.*

Det er allmenn kunnskap at alkohol og rusmidler er skadelig for fosteret, og de aller fleste gravide slutter derfor å drikke når de blir kjent med graviditeten. Anne visste at hun ikke burde misbruke medisinene sine i ferien, men brukte angstlidelsen som et argument, selv om hun erkjenner at det ble for mye. Kjærestens likegyldige holdning til Annes misbruk bidro til at Anne ikke tar tak i problemstillingen. Den som har avhengighet til rusmidler vil ha betydelig større utfordringer med å slutte og ruse seg, spesielt om en også i tillegg har sosiale

og psykiske utfordringer. Anne greide ikke å slutte med rus selv om hun var gravid. Det kan oppleves som skamfullt og ikke klare det som er til det beste for barnet. Da kjærestens foreldre fikk kjennskap til at hun misbrukte medisinene sine, tok de affære. De kontaktet Annes fastlege bak hennes rygg.

### **Innleggelsen**

Som nevnt tidligere er HOL § 10-3 i en særnorsk stilling. En av kriteriene for hvem som faller inn under lovgivningen skal det være *en som er kjent rusmiddelavhengig*. Det å bli holdt tilbake på institusjon mot egen vilje er en stor inngripen i kvinners handlefrihet. Her presenteres omstendighetene som førte til innleggelse for informantene. Den ene informanten tok kontakt med fastlegen selv og informerte om svangerskapet, mens den andre oppdaget det ved en annen rutinemessig kontroll ved sykehuset. Ingen av dem hadde kjennskap til lovverket som gir adgang til tvangsinnleggelse av gravide.

### **Erfaringer fra møter**

Hva skjer når tjenesteytere mister tillitten til den som de skal bistå? Og hvordan opplever informantene disse møtene hvor de får beskjed om at de skal legges inn på institusjon? Foreldrene til Anne sin kjæreste tok etter ferien kontakt med hennes fastlege:

*Så de tok vel kontakt med fastlegen min tror jeg...i etterkant av ferien da, og da hadde fastlegen ringt til helsestasjonen, der jeg ble fulgt opp da av et helsepersonell, og da ble jeg innkalt til et møte der. Og da ble jeg veldig satt ut da ville de legge meg inn på dagen da på en rusinstitusjon på grunn av det inntaket av tablettar den uka i ferien da. Og det skjedde, jeg ble innlagt på dagen da, og dem sa at det beste er at du gjør dette frivillig, men viss ikke må vi legg deg inn på tvang.*

Fastlegen som i utgangspunktet var positiv til Annes graviditet, gjør det som helsepersonell er pliktige til, varsler fra når gravide påfører foster skadelige rusmidler (Helsepersonelloven kap 6 § 32 andre ledd). I tillegg var hun kanskje skuffet over at hun ikke kunne stole på Anne som misbrukte medisinene hun hadde foreskrevet, et misbruk som potensielt kan føre til skade på fosteret. Helsetjenesten hasteinnkaller Anne inn på møtet med flere aktører til stede, de stoler heller ikke på Anne mer. Det skjer en endring av fokus i møtet med helsetjenesten, nå er det ikke Anne først og fremst, nå handler det om barnets beste. Anne får høre i møtet at det blir vurdert å benytte HOL § 10-3. Når det blir vurdert til at det har oppstått en konflikt mellom fosterets ve og vel og den gravide skal fosterets interesser gå fremfor den gravides. Den gravide kan holdes tilbake for 3 måneder i gangen slik at fosteret skal vernes mot skadelig

ruspåvirkning. Før man kan benytte tvangslovgivningen må frivillige tiltak prøves. Det «frivillige» tiltaket blir en «frivillig» innleggelse allerede samme dag. Anne blir truet med tvang, ofte omtalt som riset bak speilet. Anne som fram til da ikke var kjent med denne lovgivningen blir helt overrumplet og går helt i sjokk! Hvorfor blir ikke andre frivillige tiltak uten innleggelse prøvd først? Hvorfor må Anne stille opp i hui og hast på et møte hvor det er asymmetri i maktbalansen? Blir Annes angstproblematikk brukt mot henne, i stedet for at man tenker at hun bør få tilrettelagt behandling? Anne som føler skyld over at hun ruset seg den uka i ferien, tar sin «straff» eller skam og legger seg inn på institusjon samme dag. Hun har ikke noe opplevd valg, ting skjer så fort at Anne ikke rekker å tenke. I tillegg er hun helt ukjent med lovgivningen, og opplever ikke innleggelsen som frivillig og innleggelsen skjer samme dag.

For Tora ble tvangsparagrafen benyttet, og slik opplevde hun hendelsesforløpet:

*Etter at jeg hadde vært på sykehuset og fått vite at du er gravid, sender de automatisk beskjed til barnevernet, og der blir du forklart at du skal ha et møte om du hvorvidt du ønsker å beholde barnet eller ikke, og om du skal ta abort.*

Det Tora her forklarer er hennes forståelse av HOL § 10-3, samt helsepersonells opplysningsplikt jamfør Helsepersonellovens § 32 og hun har en opplevelse av at ut fra opplysningene om graviditeten skal det føre til et møte hvor temaet er abort. Der hun må bestemme seg for om hun vil fortsette graviditeten eller ikke. Her opplever Tora at de «lanserer» abort som et alternativ, selv om hun har tenkt å gjennomføre svangerskapet. For mange kan informasjon om at barnevernet kobles på saken føles som en trussel. Det kommer an på hvordan det blir formidlet og hvilke erfaringer de har med barnevernet fra før. Noen kan tenke at de ikke ønsker å gjennomføre et svangerskap om de ikke får beholde omsorgen for barnet selv. Tora har også en opplevelse av unyansert informasjon og hun fortsetter videre:

*Så jeg fikk bakoversveis når jeg plutselig ut av det blå, da de ikke hadde informert meg noe som helst om hva som kom til å skje framover. Så på dagen sa de at du skal på en rusinstitusjon og du skal være der på tvang frem til du har bestemt deg for om du skal ta abort eller ikke.*

Når en gravid kvinne skal holdes tilbake på institusjon etter HOL § 10-3 skal dette forkynnes til kvinnen av en representant fra kommunen. Tora er sjokkert over at hun skal

tvangsinnlegges, og forstår ikke situasjonen. Hun vet heller ikke helt hvem de er. Tora blir redd og utrygg og hun velger å gjemme seg. Det å gå i dekning eller å stikke av, er den forståelsen som fagfolk kan ha. Det blir en selvoppfyllende profeti, Tora er ikke til å stole på. Tora er redd, hun er i beredskap og hun er på rømmen. Hun er alene og har ingen å snakke med. Tora har heller ingen som hun stoler på som kan hjelpe henne. For den som har psykiske utfordringer oppleves dette ekstra belastende. Hvem kan Tora stole på?

Tora opplever samme momentet av overraskelse som Anne opplevde. De blir begge sjokkert over det de får høre og føler at de står ovenfor valget; innestengelse og tvang, eller abort. Tora opplever at abort kommer opp som tema selv om hun ønsker å beholde barnet. Tora forstår ikke hva som skjer, hun har ingen hun stoler på som kan hjelpe. Hun er redd og gjemmer seg. Også Tora føler seg overrumplet, da hun får informasjon om at hun skal legges inn samme dag. Blir sjokkert over informasjon om at hun skal legges inn etter HOL § 10-3 og forstår ikke hva som skjer og blir redd. Asymmetri i maktbalansen fører til opplevelse av manglende støtte eller noen hun kan stole på, hvilket igjen fører til økt symptomtrykk. Abort kommer opp som tema selv om hun har bestemt seg for å gjennomføre svangerskapet.

### **Med politiekskorte**

Etter at Tora har vært på rømmen en tid blir hun til slutt funnet av politiet. Når man ikke har gjort noen kriminelt oppleves det krenkende å må bli med politiet fra åpen gate inn til institusjon mot din egen vilje.

*Så da jeg ble plukket opp av politiet, den dagen jeg skulle til rusinstitusjonen så var det som, som jeg ble behandlet som dritt. Måten de plukket meg opp på, måten de snakket til meg på, og måten de behandlet meg på rusinstitusjonen, og hele prosessen, hele veien. Og da var det sånn at det endte med at jeg måtte ta abort mot min vilje. For at de andre skulle få viljen sin.*

Toras opplevelse av å «bli plukket opp» og innbrakt av politiet, blir for henne en forståelse og opplevelse av makt og avmaktforhold. Toras opplevelse er at hun blir behandlet med mangel på respekt fra alle. Hun føler seg krenket, stigmatisert og umyndiggjort, og det blir et gjensidig mistillitsforhold mellom henne og hjelpeapparatet. Kommunen ønsker helst at innleggelsen skal foregå som et samarbeid, da er det ikke nødvendig å involvere politiet. Er det vurdert at den gravide motsetter seg innleggelsen, er det en vanlig framgangsmåte at det er politiet som finner og transporterer den gravide inn til den utpekte rusinstitusjonen. Det diskuteres i forkant hvordan man kan forsøke å gi kvinnen best mulig innleggelse. Når politiet

er koblet på for å finne den gravide, vil de ta henne med seg umiddelbart når hun blir funnet. Ofte kan det å benytte politi virke «dempende» på situasjonen, man kan forstå også denne situasjonen litt som riset bak speilet. Dette er vurderinger som kommunen har gjort ut i fra risikoen for at fosteret kan bli utsatt for massiv rusing i den perioden kvinnen er på «rømmen». Bruken av politi kan forstås av hvor viktig behandlingsapparatet mener at vern av fosteret er. Om det er det er sivilt politi eller uniformert avhenger av hvem som finner den gravide og tilgjengelig mannskap. For Tora som har greid å slutte og ruse seg, men som gjemte seg, må finne seg i å bli behandlet som om hun har gjort noe kriminelt, slik som hun sa «*som jeg hadde gjort noe galt liksom?*». Hun har også erfaringer fra psykiatrien, og gjennomføringen av selv innleggelsen kommer som en tilleggsbelastning. Hun beskriver klart og tydelig opplevelse av krenkelse gjennom hele prosessen. Anne som samarbeidet slapp å få denne opplevelsen. Det er her sett at Tora opplever det å bli funnet av politiet og fraktet til institusjonen som både stigmatiserende og krenkende. Opplevelsen forsterker seg da hun ikke har gjort noe kriminelt. Hun er umyndiggjort, og føler at hun ikke blir behandlet med respekt. Når hun snakker om dette nå i ettertid er hun sint for den behandlingen hun fikk.

### **Opplevelse av mistillit**

Tora sin opplevelse er at det er mistillit mellom henne og innleggende instans. Tora bruker benevnelsen *det offentlige* da hun ikke er helt sikker på hvem de egentlig representerer, og hun uttrykker dette på denne måten:

*De forventet på forhånd at jeg visste at jeg hadde vært gravid i så og så mange dager og de mente at jeg med vilje hadde ruset meg så og så mye etterpå bare for at jeg ga faen. Det var ikke tilfelle i det hele tatt. Jeg visste ikke selv at jeg var gravid, så det var et sjokk for meg også.*

Tora som hadde vært så glad for støtten hun fikk hos fastlegen, den som motiverte henne til å slutte å ruse seg. Nå opplever hun å ikke bli trodd. Behandlingsapparatet stoler ikke på Tora når hun ikke samarbeider og gjemmer seg. For Tora blir dette nok en erfaring og følelse av å bli møtt med stereotype holdninger. Hun blir ikke trodd på at hun ønsker eller klarer å gjøre det som er til det beste for barnet. Det Tora formidler her er at hun erfarer å bli verken sett eller forstått, og som hun sier: «*det var et sjokk for meg også*». Tora opplever at mistilliten mellom henne og tjenesteyter fører til at de ikke tror på henne når hun sier at hun ikke har hatt til hensikt å ruse seg og ikke tatt hensyn til graviditeten.

## **Under innleggelsen**

### **Informasjon**

Anne ble innlagt på en avrusingsavdeling. Hun var ikke sikker på hvordan hendelsesforløpet hang sammen, og som til slutt førte til at hun ble innlagt. Tora føler at hele situasjonen er absurd og hun har ingen å snakke med. Det å ikke forstå sammenhenger gir tap av kontroll og opplevelse av usikkerhet. Begge informantene har nå opplevd krenkelser i forbindelse med innleggelsen. Begge har erfaringer med tidligere krenkelser og psykiske utfordringer.

*Og der fikk jeg ikke noe mye informasjon om varighet, over hvor lenge jeg skal være på døgntilrettelagt eller noen ting. Men jeg dro dit da og det var hele...den perioden jeg var innlagt der, jeg husker ikke hvor lenge det var. Det var et par tre uker kanskje? Det var som et eneste stort panikkanfall...*

Anne opplevde å ikke få tilstrekkelig informasjon, og det resulterte i at hennes opplevelse av egen situasjon var som *et eneste stort panikkanfall*. I følge Skårderud kan dette oversettes med at hun opplevde en tilstand av *frykt og angst* (Volden, 2010). God kommunikasjon utfordres i situasjoner av stress eller frykt, og særlig når det er manglete tillit mellom partene. Hun har en opplevelse av manglende informasjon, noe som igjen har medført at hun har blitt usikker og opplever tap av kontroll. Innleggelsen har for henne ført til en opplevd krise. Anne har fått økt symptomer i forhold til egen angstlidelse. I møte opplever hun en asymmetri i maktforholdet, kommunikasjonen utfordres, og hun opplever å ikke motta nødvendig informasjon. Det blir ikke lagt noen planer for henne.

Begge informantene har en opplevelse av manglende informasjon. De er i en opplevd krise og har behov for at informasjonen og behandling tilrettelegges i forhold til dette. Manglende tillitt mellom informantene og tjenesteytere, og de har ikke fått behandlingsplan eller individuell plan.

### **Betydningen av støtte vs. motstand**

Anne skulle ha et samarbeidsmøte med mange tilstede, men ingen som hun følte støttet seg. Da kom plutselig faren hennes til møtet:

*Helt sånn uanmeldt, men det var fordi han visste hvor langt ned jeg var og hvor nedbrutt jeg var og ikke klarte å ha en stemme, da. At jeg ikke klarte å snakke for meg, ...*

I fra å føle seg glad og forventningsfull, uttrykker Anne nå at hun har det så vanskelig at hun ikke klarer å stå opp for seg selv. Hun får uventet hjelp av sin far som ønsker å støtte henne. Familie kan være en god støtte i vanskelige situasjoner. For rusavhengige er det ikke en selvfølge å ha en familie med ressurser til å støtte og stille opp for å gi dem en stemme. Som igjen kan bidra til å minske gapet i maktbalansen. Det å få støtte fra familie og gode venner i livskriser kan bety alt. Når Anne er innlagt, frarøves hun i stor grad mulighet til dette. Selv om hun får ta imot besøk, kan det ikke nødvendigvis bli i samme omfang og i omgivelser som i et hjem. Begge informantene har dårlige opplevelser fra de møtene de har deltatt på. De formidler flere årsaker til dette; ufullstendig informasjon med lite forutsigbarhet, og informasjon som spriker i forhold til mulige skader på foster. De opplevde trusler om tvang og tilbakeholdelse om å bli fratatt barnet etter fødsel, samt at det ville bli opprettet en barnevernssak. Samtidig kan man ikke se dette som bare trusler, det kan også være realiteter.

*På møtet så var det faren min som gav meg støtte og ingen andre. Dem var veldig kald. Det var liksom ikke meg som var hovedpersonen følte jeg, jeg var gravid, full av hormoner. Jeg var lang ned, jeg var psykisk nedbrutt, og følte meg så liten.*

Anne beskriver følelsen av å bli sett ned på, og hvor betydningsfullt det var for henne at faren kom på møtet for å støtte henne. Dette er møter med alvorlige temaer, og som har store konsekvenser for informantene. Tora på sin side, var alene på møtene og hadde ikke familie som stilte opp.

Begge deltagerne opplever tjenesteyterne som lite empatiske og de opplever seg selv som psykisk nedbrutt.

### **Beslutning om å ta abort**

Etter møtet var Anne helt nedbrutt, hun hadde sagt i etterkant av møte at det måtte bli abort:

*Jeg følte ikke at jeg hadde noe valg, enn å ta abort.*

Anne var lei seg og opplevde at hun ble presset til å ta abort, men kjempet i det lengste for å finne en utvei. På institusjonen var det et helsepersonell som Anne syntes var veldig grei. Hun var veldig betenkt over situasjonen Anne var i, og hun trøstet og sa:

*Dette er faktisk ditt valg og ingen andres, ...er du sikker på at du vil dette?*

Den daværende kjæresten ble etter at Annes innleggelse usikker på om han ønsket barnet, og etter møtet sa han at ønsket at hun skulle ta abort, faren hans sendte henne meldinger om det samme. Anne var psykisk nedbrutt og følte et stort press fra omgivelsene.



Tora opplevde det tilsvarende:

*Jeg måtte ta abort, for at de andre skulle få viljen sin*

Det kan forstås som et uttrykk om at hun føler at de er et lag, et lag som er hennes motpart. Det Tora tidligere uttrykte, at hun ville beholde barnet uansett, har blitt vanskeligere å holde fast på. Hvorfor sitter Tora igjen med det inntrykke av at hun *måtte* ta abort? Var det noen som sa det direkte til henne? Blir det formidlet som et spørsmål, som noe hun har tenkt på selv? Handler det om temaet; hvor mye skade kan fosteret være påført? Eller handler det om å bli møtt med en taushet, hvor man ikke gir håp og forutsigbarhet til kvinner som er i en vond situasjon?

Begge informantene sitte igjen med en følelse av å bli presset til abort fra behandlingsapparatet, og den ene informanten følte i tillegg press fra kjæresten og hans far. De opplever å befinne seg i en avmaktsposisjon hvor presset er så stort at de ikke ser noen annen utvei enn å ta abort, selv om den ene informanten har et helsepersonell på behandlingsplassen som støtter seg.

### **Behandlingstilbud**

Både Tora og Anne ble innlagt på en avrusingsavdeling. Det kan være det første stoppestedet for den som har behov for avrusing. Begge ønsket seg på en familieavdeling, og for Anne var problemstillingen at det ikke var ledige kapasitet på den tiden hun var innlagt. For Tora opplevdes framtid enda mer diffus, hun skulle være på en avrusingsavdeling fram til hun hadde tatt en beslutning. Anne fikk i stedet tilbud om å legges inn på en ordinær voksenavdeling for rusavhengige, eller på en skjermet post. På tross av at Anne er krise, prøver hun fremdeles febrilsk å finne en løsning:

*Jeg prøvde liksom alt jeg kunne, jeg søkte opp på nettet for å se om det var ledige familieavdelinger på andre plasser i Norge, for så sterkt vil jeg egentlig ha det barnet. Det var liksom ingen som egentlig hjalp meg å undersøke noen ting. Det å bli innlagt på en ordinær voksenavdeling for rusavhengige synes jeg ikke er noen bra behandling. Nei, det synes ikke jeg! Nei.*

Annes ønske er å få hjelp til å bli en god nok mor. Hun ønsker behandling, slik at hun kan ta godt vare på barnet sitt. Hun føler ikke å ha fått tilstrekkelig hjelp, og selv i sin vanskelige situasjon henter hun fram egne ressurser og forsøker selv å finne fram til behandling som hun mener at hun ønsker og trenger. Tora derimot er tvangsinnlagt fordi samfunnet mener at dette

gir de beste betingelsen for at fostre ikke skal bli utsatt for potensiell skadelig ruspåvirkning i svangerskapet. Tora ønsker det samme. Hvorfor legges det likevel ikke til rette for at Tora kan få gå igjennom svangerskapet på en god måte?

Annes følelse etter innleggelsen er:

*For en bra behandling det fikk jeg ikke, tenker jeg. Jeg følte at jeg ble stemplet som en rusmisbruker og ingenting annet. Jeg ble ikke sett som et menneske følte jeg ikke, nei.*

Kontrasten mellom det å glede seg til å bli mor, håpet om støtte og omtanke fra omgivelsene, til opplevelsen av mistenkeliggjøring og stigmatisering er vanskelig for informantene. Anne innrømmet at hun hadde ruset seg den uka i ferien, men hun ønsket at hun skulle bli møtt med forståelse for at hun sleit med angst og hadde det vanskelig. Hun følte press, og mangel på tilbud. Hun ble innlagt på en avrusingsavdeling og mente at hun var feilplassert da hun ikke hadde behov for avrusing.

Tora mener det er mange som tar abort fordi det er til det beste der og da, men det var ikke slik hun opplevde sin egen situasjon:

*Fra den dagen jeg fikk vite at jeg var gravid så har jeg aldri vært snakk om abort i det hele tatt, eller noe ønske om å ta det bort. Det ligger ikke i min natur i det hele tatt å ta abort uansett...*

Når Tora sier at det ikke ligger i hennes natur å ta abort, så kan det handle om hennes verdivalg, hennes menneskesyn. Hun hadde over tid hatt lyst å slutte og ruse seg, og følte at hun var motivert for endring. Det at hun var gravid følte nå var hennes tur, hennes mulighet til endring. Tora følte at hun aldri fikk sjansen til å vise at hun kunne endre seg og ta vare på et barn:

*De tok sorgene på forskudd liksom.*

Barn har krav på omsorgspersoner som ikke ruser seg, har en stabil psykisk helse og lever et stabilt *godt nok* liv. Det å vurdere det potensiale som bor i et menneske kan være vanskelig. Hvorfor fikk ikke Tora et tilbud om egnet behandlingssted? Borgestadklinikken nevner tre forhold som de jobber med; den gravides forhold til barnet, kvinnens forhold til seg selv, og kvinnens forhold til behandlere og til institusjonen (Hansen, 2006).

Både Anne og Tora ble innlagt på en avrusingsavdeling. Begge mente at dette ikke var rette stedet for seg. På grunn av plassmangel fikk ikke Anne tilbud om en avdeling for gravide,

men hun fikk tilbud om en skjermingsavdeling eller en voksenavdeling. Begge føler seg dårlig behandlet da de ikke fikk tilbud om behandlingssted etter sine behov. Tora fikk ikke noe annet tilbud, da hun hadde en opplevelse av å bli på en avrusingsavdeling til hun tok abort. Anne følte at hun ble stigmatisert og ikke sett på som et menneske. Tora mente at hun aldri fikk en sjanse. Informantene fikk ikke behandlingstilbud etter sine behov og føler seg dårlig behandlet, hvor de ble sett på som objekt og stigmatisert. De følte et press for å ta abort og sitter igjen med følelsen av at de aldri fikk muligheten til å vise endring.

### **Sprikende informasjon**

Ved flere anledninger og på ulike møter kom spørsmålet: om fosteret var skadet på grunn av ruspåvirkning. Anne fikk høre at barnet kunne bli født med gane- leppespalte, at det kunne være utviklingshemmet, mens legene ved rusinstitusjonen var usikre på om man kunne si at fosteret var påført skade etter en ukes forbruk. Sprikende informasjon gjorde Anne forvirret og presset:

*Jeg følte liksom at jeg har gjort en stor synd, at jeg var en forferdelig dårlig person, det var sånn jeg følte det. Og det er klart at rus og graviditet hører overhode ikke sammen, det gjør jo ikke det. Men det betyr jo ikke at man blir en forferdelig mor, eller at ungen er hundre prosent skadet for det.*

Informasjonen Anne får gir henne en opplevelse av å være mindreverdig, og at hun aldri kan bli en god mor. For behandlingsapparat er det nødvendig å gi informasjon om hvilke mulige skader rusmidler kan påføre et foster, hensikten er å motivere den gravide til å avstå fra rusmidler. Det å ikke klare å gjøre det som er til det beste for barnet sitt er skambelagt, og opplevelsen av å være innlagt fordi omgivelsene mener at du ikke er god nok, kan gi en enda større følelse av å være mislykket. Anne føler også skyld for mulige skader hun har påført fosteret gjennom den uka i ferien. Anne forstår at det hun har gjort ikke er bra. Samtidig klarer hun likevel å vise en stor styrke og ivoende kraft når hun sier: «*det betyr jo ikke at man blir en forferdelig mor...*». Anne forsøker her, nå i ettertid å møte de underliggende beskyldningene hun følte hun møtte i denne perioden. Den gangen da greide hun ikke å stå opp for seg selv og gjøre det som hun egentlig ønsket, -å gjennomføre svangerskapet. Anne føler seg dårlig behandlet. Mulige skader på fosteret etter Annes rusinntak ble et tema i ulike møter hvor det blir gitt sprikende informasjon som ble belastende for henne. Det at hun har en opplevelse av å bli sett på som en rusmiddelavhengig, og ikke menneske, har ført til at hun føler seg mindreverdig. Det har gått utover hennes selvtillit og troen på at hun kan bli en god

mor. Anne blir påført skam og skyld, men viser likevel kraft og styrke når hun i ettertid står opp for seg selv.

Informantene uttrykker behov for å bli sett og forstått, og de ønsker et hjelpeapparat som forstår situasjonen fra deres ståsted. Ved første møte følte begge informantene at de ble møtt på en positiv måte av fastlegen, der mente at graviditeten kunne føre til endring på en god måte for dem.

Tora opplevde støtte fra fastlegen. Da hun fikk forkynt tvangen var møtet satt sammen med flere aktører i hjelpeapparatet rundt Tora. Hun opplevde det hele som feil og absurd framgangsmåte, noe som førte til at hun ikke visste hvem hun kunne stole på. Hun opplevde at hun ikke hadde noen å snakke med. Etter at hun stakk av og gjemte seg opplevde hun bare motstand:

*Men etter at jeg fikk vite at jeg var gravid, kom det presset fra det offentlige...som ...presset meg til å ta et valg, som jeg selv ikke var med på, som jeg ikke hadde noe valg. Det var enten eller...».*

Anne opplevde å få sprikende informasjon fra flere hold om mulige skader fosteret var blitt påført den uka i ferien. Dette opplevde Anne som veldig belastende, og det påførte henne ytterlige skyld og skam. Hun følte seg stigmatisert og mindreverdige. Til slutt mistet hun selvtilliten og troen på at hun noen gang kan bli en god mor. Nå i ettertid viser Anne styrke og tilbakeviser disse fordømmene hun ble møtt med da. Hun vil ikke ha på seg at hun har gjort en stor synd, og at hun var en forferdelig person. Hun mener at tjenesteytere i større grad burde ha sett at hun var i en vanskelig psykisk situasjon. Framgangsmåten for tvangen fører til distanse i stedet for samarbeid, som igjen fører til mistillit til hverandres hensikt. Informanten føler seg presset av tjenesteytere til å ta abort.

### **Tidsperspektivet**

Vi har fri abort innenfor uke 12, men abortlovens § 2-b åpner for abort fram til uke 18 når «svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon». Jeg ønsker her å presentere hvordan informantene tenkte rundt det å være innenfor 12 ukers fri abortgrense, og hvor lang tid det tok i fra de sa at de ønsket abort til abortprosessen ble igangsatt. Begge informantene var opptatt av å formidle tidsaspektet og at de var innenfor 12 ukers grensen for abort. At de begge vektlegger dette er ikke så unormalt, da vi i Norge har en grense opp mot uke 12 for å begjære abort uten å måtte begrunne

begjæringen. Anne beskriver også tidsaspektet godt da hun i affekt etter, et for henne opplevd dårlig møte sier at hun ønsker abort.

*F; Hvor lang tid etter det møte der at du sa at du ønsket å ta abort?*

*Anne; Det var like etterpå.*

*F; Er det snakk om dager da eller?*

*Anne Nei, nå kommer jeg ikke helt på det men jeg lurte på om det var dagen etterpå. Nei, faktisk så var det samme dagen! For jeg snakket med et helsepersonell etterpå fra helsetjenesten, og hun andre som jobbet der, og han kjæresten min var der. Og da sa de at ungen er helt sikkert var skadet og det blir opprettet sak, alt det der, og da bare tenkte jeg at NEI, det får bli abort. Og de ansatte fra helsetjenesten ringte og bestilte time til abort samme dag hun, og jeg synes det var sånn veldig, så det vitnet om at det var det de ønsket at jeg skulle gjøre!.*

Anne opplever dette som et signal på dette var det alle andre ønsket. Tjenesteyteren tenkte kanskje at dette var en av hennes arbeidsoppgaver. Hva ville konsekvensen ha blitt om man har ventet noen dager med å ta kontakt med sykehuset for å sette i gang abortprosessen? Og hvorfor kunne ikke Anne ha ringt selv? Toras opplevelse av mangel på eierforhold til beslutningen om abort beskriver hun slik:

*Alle ville bare ha det fort unnagjort, liksom. Se det på min side...det var et lite liv. .  
Selv om det var tidlig i svangerskapet så likevel, måten det ble gjort på da.*

Loven åpner for abort opp til uke 18, og gravide rusmiddelavhengige kvinner faller innenfor gruppen som kan begjære abort etter uke 12. Gjennom å la Anne selv ta denne telefonen blir det hennes beslutning i større grad.

Begge informantene er opptatt av å være innenfor tiden for selvbestemt abort som er før 12. svangerskapsuke. Fra tiden de sier de ønsker abort til at abortprosessen starter, kan det være snakk om et tidsaspekt på under et døgn. Det er tjenesteytere som på vegne av pasienten ringer sykehuset for å bestille time. Informantene sitter igjen med en opplevelse av at det gikk for fort, og at dette også var en bekreftelse på at andre ønsket de skulle ta abort. Det å være effektiv, og ikke bruke tid, kan også sees på i et maktperspektiv.

Tiden etter innleggelsen og aborten

### **Fikk hendelsen konsekvenser i forhold til kvinnenens psykiske helse?**

Hendelsen ligger tilbake i tid, og hvordan vurderer informantene sine egne liv i dag, sett i lys av den erfaringen de har fått? Etter aborten følte Anne seg fremdeles som i sjokk. Det var en tid med stor omstilling. Hele det livet hun hadde før ble endret. Hendelsen førte til samlivsbrudd. Fra å være innstilt på å bli mor måtte hun nyorientere seg, og hun følte hendelsen som et stort traume. Anne og familien er fremdeles sint på den måten hun ble behandlet på fra helsestasjonen. I etterkant har helsetjenesten beklaget den måten Anne ble møtt på. Anne ønsket å bli møtt på en mer helhetlig måte, hvor de også tok i betraktning hennes psykiske helse.

*Nei, det er klart at selvtilliten min og selvbilde mitt og selvfølelsen, og alt det der og at jeg har blitt mye mere deprimert etter dette her. Ja, så jeg har ikke så mye glede i livet lenger. Så hele den opplevelsen her den... jeg ble dårligere psykisk etter dette.*

Anne forteller her at hendelsen har hatt store konsekvenser for hennes psykiske helse, og at hun har blitt mer deprimert. I tillegg har hun fått lavere selvtillit og selvbilde. Hun beskriver følelser om seg selv som er så alvorlige og inngripende at de trolig kan sette spor hos Anne i mange år framover. Dette på tross av at hun i perioden etter innleggelsen har gått i behandling. Anne har ikke bare hatt tapsopplevelser etter hendelsen:

*Men jeg er veldig fornøyd med meg selv for at jeg ikke ruser meg lenger, ...og jeg tenker alle de belastningen jeg har hatt det siste året, og at jeg fortsatt klarer det, vitner om at jeg er en sterk person.*

Tora fikk også en dyp depresjon etter innleggelsen har også samtaler med psykolog, uten at det har ført til at hun får bearbeidet hendelsen. Hun er på den tiden jeg intervjuer henne i aktiv rus, men har nylig startet med poliklinisk rusbehandling. Begge informantene går fast hos psykolog. Anne har gjennomgått rusbehandling og er i dag rusfri. Hun går nå i behandling for å få bearbeidet hendelser i oppveksten som har ført til utfordringer i forhold psykisk helse.

Konsekvensene for Anne ble samlivsbrudd. Hun opplevde hendelsen som et stort traume, som har påført henne dårlige selvtillit og nedsatt selvbilde. Både Anne og Tora ble deprimert og fikk dårligere psykisk helse. Begge har fått tilbud om ulike typer behandling. Anne er stolt av at hun i dag rusfri, og hun tenker at det vitner om at hun er en sterk person, med tanke på alle belastningene hun har vært igjennom. Hun går nå i behandling for sin angstproblematikk, mens Tora ikke har fått bearbeidet hendelsen selv om hun har gått til psykolog. Innleggelsene

og aborten har hatt store personlige omkostninger for informantene, og utfordringer i form av økte psykiske belastninger og nedsatt selvbilde.

## **Sorg**

Begge informantene sørger over det barnet de ikke fikk. En medisinsk abort er som en fødsel, og er en smertefull prosess for kvinnen. Når man føler seg presset til å ta en abort, så kan den følelsesmessige forankringen sammenstilles med å miste et barn ufrivillig.

*Og da gjorde jeg faktisk noe jeg ikke angret på, jeg tok det faktisk opp, gav det et nuss, og sa unnskyld.*

Anne tok avskjed, og følte at det i ettertid hjalp henne. Det å kysse og be om tilgivelse er et sterkt manifest.

Tora er opptatt av at de er to:

*De tenker bare på at det er jenta som mister, og ikke mannen. Men det er en sorgprosess for begge to. De er to. Man er to for å lage barn, der er altså to i en sorgprosess når man mister et barn. Om det er frivillig eller ikke frivillig, så skal man ta hensyn til begge parter.*

Tiden etter aborten kan være en sorg som de to som par har. Det at man er to kan hjelpe da man har noen å støtte seg til. Sorg rommer store utfordringer og belastninger, og gir behov for støtte over lang tid. Anne gjennomgikk et samlivsbrudd i kjølevannet etter aborten, og hun har ikke lenger en partner hun kan støtte seg til. Hun har til gjengjeld en familie som stiller opp for seg. Begge informantene har beskrevet at de fikk en dyp depresjon i løpet av innleggelsen og aborten gav en ytterligere tilleggsbelastning. Det betyr at i tiden etter aborten kan det oppstå økt suicid- og overdose risiko. Anne drakk en periode mer om kveldene, og Tora beskriver rusmønstret etter aborten som en berg- og dalbane, men ikke et økt totalkonsum enn tidligere. Fordi det i etterkant av aborten kan være ustabil rundt kvinnen er det av den grunn ønskelig at kvinnen returnerer til rusinstitusjonen slik som Anne gjorde. Hun valgte å være innlagt til hun var ferdig nedtrappet på Benzodiazepiner. Etter utskrivelsen begynte Anne og drikke på kveldene, og etter en stund valgte hun å gjennomgå rusbehandling. Hun var innlagt i noen måneder og syntes det fungerte bra. I tillegg gikk hun til psykolog ukentlig for å få behandling for angst og depresjon som er de underliggende årsakene til at hun i utgangspunktet ruset seg. Hun har også hatt kontakt med en veiledningstjeneste for gravide. Anne har nyttiggjort seg av både rusbehandling og behandling for sine psykiske utfordringer.

Vi har her sett at begge informantene, samt den ene partneren fikk stor sorg over barnet de mistet. Begge informantene beskriver at de fikk en dyp depresjon i etterkant av hendelsen. Dette medførte et mer ustabil rusmønster. Anne er i dag rusfri. Tora har så vidt begynt på poliklinisk rusbehandling.

### **Krenkelser**

Når Anne forteller sin historie i ettertid er hun sint over det som da skjedde henne. Anne er kritisk til det tilbudet som hun fikk, fordi hun mener det ikke er bra nok behandling for seg selv som gravid, og for å få den nødvendige hjelpen. Hun hadde over tid forsøkt å finne styrke til å holde fast på sin opprinnelige beslutning om å beholde barnet, men føler at hun ikke fikk nødvendig hjelp ut fra sine behov. Anne kunne ha valgt å takke ja til tilbudet om innleggelse på voksenavdelingen for rusavhengige for kanskje å få muligheten til en familieavdeling når det blir ledig kapasitet. Som gravid er den tiden Anne har til rådighet fram mot fødselen verdifull. Gjennom sitt ønske om en familieavdeling kan Annes mål tolkes som hun ønsker det alle andre vordende mødre gjør. Hun ønsker å være på en avdeling der fokuset er på det barnet som ventes med alle de mentale og praktiske forberedelsene det kan innebære. Anne har klart å reise seg og hun viser styrke gjennom å bli rusfri. Hun har hentet ut sine iboende krefter og er stolt av det hun har oppnådd. Men Anne er fremdeles sint for måten hun ble møtt på fra helsestasjonen:

*Hvorfor var de ikke omsorgsfull mot meg da? Hvorfor ikke? Da tenker jeg at det var fordi de ønsket at jeg skulle ta den aborten. Nå i ettertid er det sånn; å du gjorde det helt riktige valget, og alt det der fikk jeg høre. Det å være gravid og det å bære på et barn, det er jo faktisk et barn, det viktig, og hvor mye betydde det for meg liksom. Det var meg som bar på et liv der. Det var akkurat som det å ta abort var en enkel ting, men det er ikke en enkelt ting det. Det er noe jeg må leve med.*

Den opplevelsen Anne sitter igjen med er en opplevelse av hvordan hjelpeapparatets egne holdninger kommer til syne. Annes opplevelse er at hun blir møtt med stereotype holdninger og på en instrumentell måte, hvor de nørte opp under det valget hun ikke ønsket. Begge informantene sitter igjen med en følelse av å ha mottatt dårlig behandling, og begge føler seg krenket. Begge er livredde for å bli gravide igjen. Anne sitter igjen med en følelse av å aldri bli en god mor igjen, og Tora sier at hun vil heller dø enn å oppleve det samme på nytt. Innleggelsen og aborten har ført til negative konsekvenser for deres psykiske helse og Anne sier hun har fått dårligere selvtillit og selvbilde. Tora:



*Systemet kunne fint ha sagt unnskyld.*

Begge informantene er sinte og føler seg dårlig behandlet, de har blitt utsatt for møter med korte frister og asymmetri i maktbalansen. De føler at de ikke har blitt møtt på en omsorgsfull måte, og blitt påført skam og skyld. Føler at de har blitt stigmatisert og møtt med stereotypiske holdninger. De har blitt tvunget til å legge seg inn på en avrusningspost. Under innleggelsene har ikke fått tilrettelagt behandlingen ut i fra sine behov som gravid, og har dermed heller ikke fått anledning til å bli satt i stand til å bli mor. Krenkelsene har medført dårligere psykisk helse, dårligere selvtillit og selvbilde. Begge er redd for å bli gravide igjen, og den ene informantene sier at hun har mistet troen på noen ganger kunne bli en god mor. Begge mener at den behandlingen de har blitt utsatt for som har medført til at de har tatt en abort som de ikke selv har ønsket. Begge har behov for å få en unnskyldning for det de har blitt utsatt for.

### **Ønskelisten**

Til slutt i intervjuet ønsket jeg å gi informantene mulighet til å si noen om hva de kunne ønske seg av tjenesteytere:

- Unngå at andre kommer i samme situasjon. Fastlegen bør informere om prevensjon og informere om loven rundt tvang
- De ønsker å bli møtt på en ydmyk og omsorgsfull måte, se at de er i en vanskelig psykisk situasjon
- Ønsker å bli møtt som et menneske og ikke som en rusmiddelavhengig
- De ønsker et bedre tilbud til gravide og flere plasser på familieavdelinger. Om det ikke er ledig kapasitet, så få hjelp til å finne tilsvarende behandling annet sted i landet
- Mer ressurser for å kunne gi en helhetlig behandling
- Ønsker å kunne få muligheten til å bevise at man kan greie å bli rusfri samt ta vare på barnet
- Ønsker å få en unnskyldning for den behandlingen som de har blitt utsatt for

## **DISKUSJON**

Det å oppdage at man er gravid, og er glad for graviditeten, fører til at man får et sterkt ønske om å gjennomføre svangerskapet. Selv om man er rusmiddelavhengig, utløser svangerskapet et ønske om å gjøre det beste for barnet selv om forutsetninger kan være ulike. Mens noen har behov for støtte til å bli rusfri, så kan andre ha en mer kompleks situasjon og behov for

endring og utvikling på flere livsområder. For Tora ble graviditeten sett på som en mulighet til et lenge etterlengtet rusfritt og bedre liv. Kombinasjonen av å være rusmiddelavhengig og gravid setter både fosteret og den gravide i en sårbar situasjon. Om tjenesteytere vurderer forholdet mellom den gravide og fosteret som motstridende, det vil si at den gravide utsetter fosteret for skadelig rusmidler, kan etiske prinsipper være nyttige redskaper for å balansere mellom kliniske, juridiske og etiske dilemmaer (Söderström & Skolbekken, 2012). Anne og Tora sin opplevelse av støtte fra omgivelsen kontra mistenkeliggjøring og mistillit fører til at hele situasjonen snur for dem. Støtten fra fastlegen gav Tora motivasjon til rusfrihet, og mange finner en sterk motivasjon til rusfrihet i denne livsfasen (Söderström & Skolbekken, 2012) (Ot.prp.48, (1994-1995)).

### *Skjønn*

I *Tvang i rusfeltet* (2014) vises det til variasjoner i anvendelsen av tvang ut i fra ruskonsulentens holdninger, kunnskap og erfaringer. Når det gjelder forhold til gravide og tvang er det færre muligheter å vurdere ut fra skjønnsbruk enn i andre tvangssaker, og ruskonsulentene opplever lovbestemmelsen som klar og tydelig. De har få betenkeligheter med å anvende loven når de anser tvang som nødvendig. Bruk av skjønn vil i realiteten handle om hvor mange positive eller uteblitte rustester man aksepterer før tvangen anvendes, og de fleste har nulltoleranse (Lundeberg et al., 2014). Dette står i kontrast til diskusjoner som fant sted på første halvdel av 1990 tallet der man diskuterte om loven skulle innføres eller ikke. Da ble ord som «etter **aktivt** motivasjonsarbeid...ikke klarer eller ønsker...å avslutte eller redusere rusmiddelmisbruk som kan føre til **alvorlige** skader på barnet» (s.8) og «Vi snakker i denne sammenhengen om **hardt belastet** rusmiddelmisbrukere der muligheten til å ta egne frie valg er sterkt begrensa» (Ot.prp.48, (1994-1995) s. 10) (egen utheving). Dette viser et gap i forhold til praksis slik den har kommet fram i denne studien. Her ser vi at tjenesteytere legger inn de gravide som ikke tilhører gruppen hardt belastede misbrukere, men likevel legges disse inn etter trussel om tvang. Tjenesteyteres bruk av skjønn fører til liten grad av aktivt motivasjonsarbeid.

### *Sjokk og vantro*

I møtet før innleggelsen der de gravide får informasjon om at de skal legges inn allerede samme dag blir de blir både overrumplet og sjokkerte. Ikke alle er klare over at det finnes et lovverk som kan tvangsinnlegge gravide rusmiddelavhengige. Söderström og Skolebekken (2012) beskriver i sin studie de samme forholdene og opplevelse av sjokk. Ut fra negative

helsekonsekvenser for fosteret avgjøres spørsmålet om gravide rusmiddelavhengige skal legges inn på tvang etter HOL § 10-3 eller ikke. Når tjenesteytere ikke har tillitt til at den gravide greier å avstå fra rusmidler, rettfærdiggjøres tvangen med føre-var-prinsippet. For den som etter vurdering ikke oppfyller kriteriene, skal motiveres gjennom frivillige tiltak til rusfrihet. Dersom gravide kvinner får en **trussel** om tvangsinnleggelse utløser dette etisk, juridisk og faglig dilemmaer. Dagens praksis med trussel om tvang synliggjør en annen konsekvens som man trolig ikke forutså da loven ble innført. I stedet for å legge til rette for samarbeid og motivasjon, kan kvinner trues til innleggelse. Denne praksisen støttes også av Söderström og Skolebekken (2012) sin studie da de også viser til at den gravide var truet til innleggelse. Der fikk hun høre at dersom hun skrev seg ut etter «frivillig» innleggelse så ville hun umiddelbart bli innlagt på tvang. Hvilke følger kan denne innleggelsen få for deres relasjon til tjenesteytere?

### *Ønsket om å bevare relasjonen*

Avsnittet over har vist at de gravide har blitt satt i sjokk over den raske innleggelsen. I følge boka *Tvang i rusfeltet* (2014) er ruskonsulentenes største redsel å skade relasjonen til brukerne, og de bruker ulike framgangsmåter ved tvangsinnleggelsen. Mens noen velger en åpen og direkte måte, hvor de gir nødvendig informasjon og begrunner tvangsvedtaket, velger andre å holde informasjonen lengst mulig skjult. Med å velge og være tilbakeholden håper ruskonsulenten å unngå at brukeren går under jorda, og samtidig bevare relasjonen. De kan da la en kollega ta seg av selve gjennomføringen av tvangen. Funn viser at relasjonen sjelden er skadelidende i det lange løp. Det som kan føre til brudd i relasjoner er mangel på informasjon og opplevelsen av at ruskonsulenten har gått bak ryggen på dem (Lundeberg et al., 2014). Studier viser at det er store variasjoner i hvor lenge frivillige tiltak forsøkes før man beslutter å fremme en tvangssak (Lundeberg et al., 2010).

### *Kompetanse gir kvalitet og makt*

For å få gjennomført raske og «smidige» tiltak for å beskytte fosteret brukes det makt. I slike møter har flere fagfolk samhandlet og dette er deres fagområde. De kjenner brukergruppen, sitter på kunnskapen, og har drøftet saken i forkant av møtet. Når en vurderer å benytte tvang, må man ta juridiske, faglige, etiske og psykologiske faktorer i betraktning. Store kommuner med mange brukere som jevnlig kan benytte tvangsparagrafene, opparbeider seg en erfaring som gir kompetanse. Dette kan være nyttig for å gi god kvalitet på tjenesten de leverer, men det fører også til økt diskrepans i maktforholdet mellom fagfolks livsverden og den gravide

kvinnen. Fordi tjenesteytere har definisjonsmakt, vil møter oppleves utrygge om den gravide ikke tror at de andre ønsker en godt. For å snakke fritt og meddele seg er det en forutsetning med møter som har trygge rammer og bygger på gjensidig respekt (Røkenes, Hanssen, & Tolstad, 2012). Det er mange avveininger i en sak hvor tvang vurderes. Fagfolk kan tenke at for den gravide kan det være en viktig psykologisk faktor at hun tenker at Anne gjør dette frivillig, tar ansvar og velger å ta imot hjelp. Men ut ifra etiske prinsipper, blir det vanskelig å forstå betydningen av frivillighet når man har blitt truet til innleggelse. Dette beskriver en form for forkledd paternalisme (det vil si uten individets samtykke) Nilsen, ref. i Söderström og Skolebekken (2012). Söderström og Skolebekken (2012) beskriver tilsvarende møte og selve innleggelsen som en form for makttaktikk, og som nesten førte til at kvinnen i deres studie tok abort på grunn av sjokket hun ble utsatt for.

### *Tvang eller trussel om tvang?*

Kvinner som trues til å la seg legges inn, har i realiteten ikke et opplevd valg. Mottar kvinner som utsettes for denne trussel informasjon om hva valgene innebærer? Legger du deg inn frivillig, mister du din juridiske rett til å få oppnevnt advokat som kan prøve holdbarheten i saken for Fylkesnemnda. I tillegg sier loven at det skal legges vekt på «at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk for å bli i stand til å ta vare på barnet» (Lovdata). Dette er informasjon som den gravide har behov for å få kunnskap om, slik at hun har muligheten til å velge det hun synes er best for seg selv. Det å legges inn på tvang er et stort stigma, men kan oppleves som en mer ryddig prosess da det som er nevnt over har andre krav til gjennomføring. Anne opplever dette som en trussel, og blir med til institusjonen for innleggelse uten at tvangsparagrafen blir benyttet (frivillig). En frivillig innleggelse innebærer at innleggende instans slipper å bekymre seg for om barnet blir utsatt for ruspåvirkning, og de slipper å bruke mer makt i forbindelse med innleggelsen.

### *Behov for omsorg*

Gravide som legges inn mot sin vilje har behov for omsorg, og de ønsker at tjenesteytere skal se at de er i en vanskelig situasjon. Dr. med. Lindemanns vedlegg ble en premissleverandør for forståelsen av rusmidlenes skadepotensiale på fostrene (Ot.prp.48, (1994-1995) s. 27). Denne uttalelsen har ført til en praksis som medfører at tjenesteytere tolker loven strengt. Hensynet til at fosteret har forrang foran den gravides behov er i tråd med loven. Men hvilke konsekvenser kan dette synet få for den gravide? Det ble beskrevet at de følte stemplet som en rusmiddelavhengig og ingenting annet, og ikke ble sett som et menneske. Dette gir en

opplevelse av å bli stigmatisert. Tjenesteytere har definisjonsmakt og er ikke alltid så anerkjennende ovenfor den andres egne opplevelser (Røkenes et al., 2012). Om tjenesteytere overser at gravide rusmiddelavhengige kvinner også kan ønske barnets beste, kan dette gi utilsiktede konsekvenser. Om tjenesteytere ser på kvinnen som et oppbevaringssted for fostret, og mistenkelig gjør hennes hensikter, kan dette føre til at den gravides behov og rettigheter ikke blir ivaretatt. Söderström og Skolebekken (2012) beskriver i sin studie denne tilnærmingen som *kontainer modellen* og effekten bli at man utelater potensialet til endring. Slik beskrev Tora sin opplevelse av mistillit:

*De forventet på forhånd at jeg visste at jeg hadde vært gravid i så og så mange dager og de mente at jeg med vilje hadde ruset meg så og så mye etterpå bare for at jeg ga faen. Det var ikke tilfelle i det hele tatt. Jeg visste ikke selv at jeg var gravid, så det var et sjokk for meg også.*

Sprikende informasjon i ulike møter med tjenesteytere om mulig skade som fostret er blitt påført er en tilleggsbelastning for den gravide. Det er skambelagt og ikke greie å gjøre det som er best for barnet sitt. I møter med tjenesteytere og gjennom innleggelsen blir den gravide påført skyld og skam, ved at temaet om mulig fosterskade kommer opp, og at det gis ulik informasjon. Opplevelsen av skam kan forklares ved at normer og verdier i et samfunn danner rammene for relasjoner mellom aktører i det offentlige rom. Når normene brytes kan dette føre til sanksjoner, og jo større eller tyngre sanksjonene er, jo sterkere føles skammen. Skammen kan ikke sees isolert, men sees i sammenheng med skyldfølelsen (Wyller, 2002). I boka *Tvang i rusfeltet* (2014 s.97) viser man til behov for nyere forskning med oppdatert og korrigert informasjon som skal ligge til grunn ved vurdering av mulig skade på foster.

### *Et redusert tilbud?*

Hendelsen fører til en redusert psykisk helsetilstand for de gravide. De er i opplevd krise og mottar ikke behandling ut fra sine behov. Som beskrevet tidligere har ruskonsulenter ulik tilnærming i forhold til framgangsmåter ved bruk av tvang, og de har frykt for å ødelegge relasjonen til brukerne. Der hvor relasjonen *har* blitt skadelidende er et fellestrekk mangel på informasjon og feilinformasjon. Dette gir tillitsbrudd og en dårligere start på institusjonsoppholdet (Lundeberg et al., 2014 s. 154). Under innleggelsen ønsket de gravide forutsigbarhet. Etter pasient- og brukerrettighetslovens §§ 2-5, 3-1 og 3-2 har pasienter eller brukere rett til individuell plan, rett til medvirkning og informasjon (Lovdata.no). Flere

forhold rundt den gravide påvirker hverandre, både hvordan de opplever sin situasjon, og det at de er satt i en hjelpeløs situasjon uten sitt naturlige nettverk.

### *Brudd på menneskerettighetene?*

Tora opplevde det som stigmatiserende og krenkende å bli fraktet til og holdt tilbake på institusjon mot sin egen vilje. Utrykket «å miste ansikt» kan bety å framstå som vanæret i forhold til samfunnets idealer (Wyller, 2002 s. 193). Opplevelsen blir forsterket når man ikke har gjort noe kriminelt, og at det er politiet som henter og frakter Tora til behandlingsstedet: «*som jeg hadde gjort noe galt liksom?*». Denne opplevelsen støttes også av Lundeberg et al., (2014) og beskriver det som en avmaktfølelse likt det å være i fengsel. I følge Kjønstad og Syse (Kjønstad & Syse, 2009 s. 458) synliggjøres tvangen ved at pasienten ikke har samtykket i plasseringen, i lukkede avdelinger med låste dører. Studier viser at tjenesteytere kan ha delte meninger om bruk av tvang, fordi man krenker voksne menneskers selvbestemmelses rett. Men jo strengere betingelsene er, jo større aksept har tvangen blant tjenesteytere (Lundeberg et. al., 2010 s. 46). Den europeiske menneskerettighetskonvensjonens artikkel 3 fastslår at «ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.» (Kjønstad & Syse, 2009). Vartdal skriver i *Rus & Samfunn* at tvangsinnleggelse får internasjonal kritikk og at «FN anbefaler oppheving av lover som gir adgang til å straffe gravide kvinner for bruk av narkotika eller alkohol i svangerskapet». De mener at tilbakeholdelse av mennesker som ikke utgjør en fare for seg selv eller andre er problematisk og kan være et brudd på menneskerettighetene (Vartdal, 2012).

### *Avmakt og abort*

Innleggelsen fører til avmakt hvor de opplever presset så stort at de ikke ser noen annen utvei enn å ta abort, selv om de egentlig ønsket å beholde barnet. Også Söderström og Skolebekken (2012 s. 164) beskriver at en av kvinnene fra deres studie var på randen av abort etter den behandlingen hun mottok. Anne og Tora opplevde at tjenesteytere tok opp temaet abort ved ulike anledninger, samt tema om mulig skade på foster. Inntrykket var at tjenesteytere så lett på det å gjennomføre en abort, og ville ha det fort gjort. Som vist i kapittelet «synet på graviditet i et historisk perspektiv» kan vi i dagens samfunn ha ulikt syn på det å ta abort, og vi kan ha ulikt menneskesyn. For den ene informanten varte tiden fra hun bestemte seg og til abortprosessen var i gang under et døgn. Ved å handle så raskt gis det ikke tid for de gravide

til å få et eierforhold til beslutningen. Både Anne og Tora så på aborten som noe tjenesteytere ønsket, og Anne fikk i ettertid høre at de hadde tatt den rette beslutningen. Dette støtter deres opplevelse av at graviditeten ikke er ønsket av tjenesteytere, og det kan kanskje forklare noe av mangelen på kvalitet i tjenestene fra tjenesteytere. I følge Søvig (2007) skal gravide kvinner som er tvangsinnlagte motiveres til **ikke å ta abort**. Han mener at departementet her har urealistiske forventninger, og at drøftingen er vanskelig da det er en grunnleggende interessekonflikt. Det som er vist her er at bildet er mer nyansert og at valget om å ta abort ikke bare handler om misbrukeridentitet eller tvangen i seg selv. Det kan også handle om mangel på å legge forholdene til rette for de gravide i forbindelse med tvangen. Tora sier at hennes syn på menneskeverdet er at hun ikke ønsker abort. Hun ønsket å gjennomføre svangerskapet selv om hun ikke får beholde barnet. For å ta opp tråden fra kapitlet *Litt om loven og dets intensjoner* uttalte Fellesorganisasjonen i forbindelse med lovendring at det ikke alltid er riktig å motivere alle til å ta vare på barnet etter fødselen, og de mente at dette skulle komme fram av lovteksten. Det kan være en riktig beslutning at foreldre ikke skal ha omsorgen for sitt barn, men det skal ikke bety at gravide skal oppleve press eller mangel på tilrettelegging slik at de føler seg tvunget til å ta valg de selv ikke ønsker.

### *Skamfølelse*

I perioden før, under og etter innleggelsen førte skyld og skam til at de gravide ikke greide å stå opp for seg selv, og mistet «stemmen» i møter med tjenesteytere. I tillegg beskrives følelser som mindreverdig, nedsatt selvtillit og selvbilde. Wyller (2002) tolker *skyld* til å henvende seg mot en bestemt ytre foranledning, som for eksempel det å ruse seg under svangerskapet, mens *skammen* vil dypest sett berøre selvbildet og identitetsfølelsen. Anne har mistet troen på å bli en god mor etter aborten, og begge forteller at de er redde for å bli gravide igjen. I følge Wyller (2002) kan dette forklares ved at skammen påfører individet en selvjustis, da en ikke ønsker å komme i samme situasjon igjen.

### *Sorg*

Som følge av aborten sørget informantene over barnet de ikke fikk. Sorg er ifølge Røkholt (2018) den benevnelsen vi bruker når vi sørger over tap som har hatt stor betydning for oss, og betegner prosessene som følger etter tap over noe som har betydd noe for oss. Sorg kan arte seg og komme til uttrykk på forskjellige måter, og sorgprosessen er sammensatte (Røkholt, 2018). For informantene har sorgen artet seg ulikt, og dette kan knyttes opp mot flere forhold. Anne har forsøkt å bearbeide sorgen gjennom ulike framgangsmåter. Forhold som kan ha

betydning er rusfrihet, terapi, ressurser som familie og grad av tidligere tapsopplevelser. I tillegg ba Anne barnet om tilgivelse etter aborten, og hun sier selv at dette har hjulpet henne i ettertid. Det refereres også til *situasjonen rundt tapet* som også en faktor som har betydning. Begge informantene mener at den behandlingen, - eller mangel på behandling de ble utsatt for, har hatt betydning for at de tok abort. Det kan forstås som at den grad av sorg de bærer på etter innleggelsen, kan knyttes til forhold under innleggelsen. Innleggelsen og aborten har påført dem skyld og skam.

### *Prestisjesorg*

Prestisjesorg, er et begrep som Kristine M. Hansson (2019) belyser i sin bok: *Å sørge*. Hun tar utgangspunktet i forskningen til Album og Engebretsen et al (2013), hvor de beskriver sykdomsprestisje blant leger og helsepersonell og hvordan disse ubevisst rangerer sykdommer hvor noen er «finere» enn andre (Haldar, Engebretsen, & Album, 2016). På samme måte mener Hansson at det også er slik for sorg. Sorg som følge av rus eller selvmord befinner seg nederst i hierarkiet. Hun mener at det handler om måten etterlatte blir forstått på. Enkelte sorger blir møtt med taushet, mens andre blir møtt med større forståelse. På samme måte kan informantenes sorg forstås, sorgen etter et barn man mistet, sorgen etter en abort. Informantenes opplevelse er at tjenesteytere så lett på det å ta abort, men for dem førte aborten til store konsekvenser (Hansson, 2019).

### *Systemet kunne godt ha sagt unnskyld!*

I ettertid forstår de situasjonen mer nyansert og ut fra flere perspektiver. I dag har de et sinne over uretten som de har blitt utsatt for. Nå står de opp for seg selv å tilbakevise det de føler de har blitt anklaget for. De vil ikke godta å bli sett på som en forferdelig mor som har påført barnet sitt skade. Også det å fortelle sin historie nå, for at andre ikke skal komme i samme situasjon viser styrke. Den ene informanten er i dag rusfri og hun mener at det vitner om at hun er en sterk person tatt i betraktning de belastningene hun har gjennomgått.

### *Diskriminering?*

Fører denne loven eller dens praksis til diskriminering av gruppen rusmiddelavhengige kvinner, sett i forhold til samfunnet for øvrig hvor alkohol er det foretrukne rusmidlet? Alkohol er et sosialt akseptert rusmiddel, og fører derfor til få bekymringsmeldinger. Det er flere forklaringer på dette. Gravide med omfattende alkoholmisbruk er i liten grad i kontakt med sosialtjenesten, fastleger og helsestasjoner. Disse tjenesteyterne er ikke gode nok til å avdekke gruppen som er mindre marginalisert (Lundeberg et al., 2010). Alkohol har klart



mest skadelig potensiale, og dokumentert mest skadevirkning på fosteret. (Lundeberg et. al., 2010 s. 77). Bare 5% av de gravide som legges inn på HOL § 10-3 har alkohol som eneste rusmiddel, og det er grunn til å undre seg over at alkoholmisbruk ikke i større grad fanges opp (s. 233). Lundberg et. al., (2014) viser til en norsk undersøkelse på Nordmøre der 84 % av kvinnene var avholdne i graviditeten, de viser også til en Svensk undersøkelse der 70 % i Stockholm var avholdende (Lundeberg et al., 2014 s. 84). Disse studiene forteller at en stor andel av kvinner drikker alkohol under svangerskapet, og tallene kan tolkes som at vi i Norge aksepterer et lovverk som diskriminerer en gruppe som fra før ansees som marginalisert.

### *Ønskelisten*

Da informantene på slutten av intervjuet kunne komme med ting som de mente var viktige, men som ikke var kommet fram under intervjuet, kom følgende ønsker fram:

Informantene ønsket å bli møtt med respekt og med en helhetlig tilnærming. Anne ønsket at de skulle se at hun hadde en vanskelig psykisk situasjon, men følte at hun ikke ble sett. Det å bli møtt med respekt skulle man tro er en selvfølgelighet, men når tjenesteytere mister tillitten til at den gravide holder seg rusfri, utløser dette en kompleks etisk tilstand. Söderström og Skolebekken beskriver dette som en tøff situasjon for den gravide og krevende for tjenesteytere. Tjenesteytere ser det som en plausibel mulighet at den gravide er en trussel for fosteret. Ved å ha en tilnærming om at den gravides behov og fosterets beste er to sider av samme sak, vil den gravide i større grad møtes med respekt og en helhetlig tilnærming. Det er i studien vist til at de gravide opplever å ikke bli trodd på at de ønsker å gjøre det som er til fosterets beste, og dette påpekes også i studien «Pregnancy and substance use - the Norwegian § 10-3 solution» (Söderström & Skolebekken, 2012 s. 168)

Informantene ønsket å få tilrettelagt behandling med forutsigbarhet. Det å ha forutsigbarhet i forhold til hva som skal skje framover er nødvendig for trygghet, spesielt når du er gravid og har tapt kontroll over eget liv. Helsedirektoratets veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer (2016) forutsetter ved bruk av tvang, at man kartlegger brukerens livssituasjon og legger til rette for brukermedvirkning, informasjon og forutsigbarhet. I tillegg må det være tydelige rammer for å motvirke de negative opplevelsene av tvang. Veilederen gjelder lovmessig for de som er innlagt etter HOL § 10-3, men etisk forsvarlighet tilsier at også kvinner som er innlagt etter trussel om tvang vil ha samme behov for forutsigbarhet og langvarige tjenester.

Hva som er egnet behandlingsplass er et spørsmål som er gjenstand for diskusjoner. Det kan handle om både økonomi og ledige kapasitet ved egnede behandlingssteder. Informantene har begge blitt innlagt ved en avrusingsavdeling. En avrusingsavdeling kan være et egnet sted en kort periode for den som har behov for avrusing, men det er ikke et godt sted for å være for den som skal bli mor. Begge informantene er kritiske til hvor de ble innlagt og til mangel på tilbud om videre behandling. Tilbud om gode behandlingssteder vil også bidra til å motvirke krenkelsen med bruk av tvang, samtidig som det beste for den gravide også er det beste for fosteret. I denne studien har mangel på egnet tilbud om behandlingssted vært en medvirkende årsak til at utfallet av graviditeten ble abort.

Hvorfor er det viktig å få god og tilrettelagt behandling for gravide rusmiddelavhengige kvinner? Barn trenger sensitive og trygge omsorgspersoner. Kvinner som er motiverte for endring, bør få tilbud om tjenester som er i tråd med lovverket. De bør få benytte den tiden som er til rådighet til forberedelser. For å bøte på de krenkelsene de gravide har blitt utsatt for må det gis tilbud om behandling som er i tråd med loven. En sentral forutsetning for loven er at det finnes tilstrekkelig med behandlingsplasser av riktig kvalitet. Det er et etisk dilemma når gravide tvangsinnlegges ved avdelinger hvor de kan bli utsatt for ruseksponering og stort gjennomtrekk av pasienter. I dag sitter informantene igjen med følelsen av at en aldri fikk muligheten til å vise endring.

De ønsker opplysningsarbeid for å unngå at andre kommer i tilsvarende situasjon. Ingen av kvinnene var kjent med at vi har et lovverk som kan holde gravide tilbake på institusjon for å verne fosteret mot skadelig ruspåvirkning. Dette er et tabubelagt område som det er viktig å sette fokus på. Informasjon kan gis på ulike nivåer, i individnivå i forbindelse med familieplanlegging og prevensjonsveiledning. Gjennom artikler om temaet kan det å sette fokus på området nå ut til flere.

## OPPSUMMERING, AVSLUTTENDE DISKUSJON OG REFLEKSJONER

Gjennom denne masteroppgaven har jeg forsøkt å forstå fenomenet gravide rusavhengige kvinner som tvinges til innleggelse i rusinstitusjon, og som etter innleggelsen tar abort. Jeg ønsker å sette fokus på et tabubelagt område ved å fortelle historier som ikke tidligere har blitt fortalt. Ved å belyse fenomenet ut i fra et brukerperspektiv ønsket jeg å se om praksis er etisk forsvarlig. I denne studien ser man at det er en sammenheng mellom kvaliteten på tjenester de mottar og deres valg av abort. Ansvar legges i større grad hos tjenesteytere, og til det

tilbudet kvinnene mottar av egnet behandlingstilbud. Tvangens legitimitet er blant annet avhengig av at de krenkelsene som inngrepet innebærer, må stå i et visst balansert forhold til nytteverdien. Kvinnene føler ofte at det motsatte er tilfelle; De føler at de ikke har blitt møtt på en omsorgsfull måte av tjenesteytere, men heller blitt påført skam og skyld. De føler at de har blitt stigmatisert og møtt med stereotype holdninger. De har blitt utsatt for møter hvor informasjon om innleggelse og selve anbringelsen skjer på samme dag. De har blitt tvunget til å legge seg inn på en avrusningspost, og under innleggelsene har de ikke fått tilrettelagt behandlingen ut fra sine behov som gravide. Deres alvorligste innvending er at de derfor heller ikke fått anledning til å bli satt i stand til å bli mor. De opplever en stor mangel på informasjon og forutsigbarhet med påfølgende avmaktstilstand i en hjelpeløs situasjon med påfølgende økt symptomtrykk av angst. Informantene har opplevd å møte tjenesteytere som ønsker at de skal ta abort, og aborten førte til stor sorg over barnet de mistet, og gav dem en dyp depresjon i etterkant av innleggelsen. Krenkelsene har medført dårligere psykisk helse, selvtillit og selvilde, og begge er i dag redd for å bli gravide igjen, Kvinner opplever at tjenesteytere overser deres behov for omsorg og ivaretagelse, og at de tolker loven strengt med tanke på å ivareta fosteret. Ved å legge til grunn at det er en interessekonflikt mellom den gravide og fosteret overses kvinners motivasjon for endring. Det er behov for at tilbudet i større grad gjenspeiler de krenkelsene kvinnene har vært utsatt for, og at kvinner som ønsker å gjennomføre svangerskapet skal få egnet behandlingssted for å benytte den verdifulle tiden under svangerskapet til å forberede seg.

### **Konklusjon**

Kunnskap som har kommet fram i denne studien viser at gravide kvinner innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3, eller trussel om innleggelse etter denne, opplever at hjelpeapparatet bidrar til deres valg av abort. Opplevelsen fører til psykisk uhelse, opplevelsen av stigma, skyld og skam. Selve behandlingen oppleves ikke som hjelpsom, men som undertrykkende hvor de gir etter for hjelpenes holdninger til deres graviditet. Kvinners opplevelse av krenkelse og manglende nytteverdi av behandling, fører til en abort de ikke har ønsket seg.

### **Refleksjoner**

Da har jeg kommet til reisens slutt og jeg sitter igjen med mange inntrykk og ny kunnskap. Først og fremst bærer jeg med meg historiene informantene delte med meg. Underveis i oppgaven dukket det opp ulike problemstillinger og valg jeg måtte ta. Man kan alltid gjøre ting på en annen måte, og jeg lurer på om jeg tok de rette avgjørelsene? Denne oppgaven

gjenspeiler historiene til de to kvinnene som fortalte meg sine historier. Hadde jeg snakket med to andre kunne jeg fått høre andre historier. Deres opplevelser er ut fra praksis i en by, kvinner i andre byer kan ha andre erfaringer. De som tok kontakt med meg for å fortelle sin historie, var sinte for den behandlingen de hadde vært utsatt for. Andre som kanskje har andre erfaringer med det samme hjelpeapparatet har ikke samme behov for å fortelle sin historie? Jeg må likevel poengtere at enhver krenkelse er en for mye. Jeg vet at mitt engasjement er større enn mine ferdigheter, og jeg beklager overfor informantene om jeg ikke yter deres historier rettferdighet. Kanskje var jeg for blomstrende i min framstilling? Jeg håper de kjenner seg igjen og at jeg har truffet nerven og meningene i deres historier. Historiene deres berørte meg, og har i perioder kanskje påvirket meg for mye? Fører metoden til at jeg blir som et talerør for informantene, uten kritiske, å vurdere deres utsagn? Er det rettferdig overfor tjenesteytere som gjør en strålende jobb med å ivareta pasienter og brukere på beste måte at denne studien er så kritisk. Det ligger i metoden at jeg skal være informantenes stemme, og det er grunn til å si klart ifra. Men kanskje ble det for mye når jeg tok med erfaringer fra alle tjenesteytere, det kunne ha vært en studie i seg selv, både før- under- og etter innleggelsen. På en annen side får en fanget opp ting der «skoen trykker». Selv om jeg sitter igjen med en følelse av at intervjuene gikk bra, er det ting jeg kunne ha gjort annerledes. Blant annet stilte jeg et ledende spørsmål «du følte deg helt alene?». Først ved transkriberingen la jeg merke til det. Jeg fikk heller ikke svar på alt fra begge. Bakgrunnen til det er at intervjuene var brukerstyrt og jeg overså et av spørsmålene da jeg gikk igjennom på slutten. Den ene informanten var også klar på hva hun ville og ikke ville snakke om. I etterkant av intervjuet valgte jeg å oppklare en hendelse fra den gangen som informantene syntes var vanskelig. Det var et valg jeg tok, fordi jeg følte det var rett etisk.

Fagområdet er lite forsket på fra før, og jeg fant lite litteratur. Jeg kunne ha utvidet søket til å gjelde gravide tvangsinnlagte innenfor psykisk helsevern. Det har jeg ikke gjort da jeg ikke har nok kunnskap om lovverket samt praksis fra feltet, og det hele ble for tidkrevende. Den litteraturen jeg har benyttet kommer fra et lite fagområde hvor de samme personene går igjen i ulik litteratur. Jeg opplevde det som vanskelig å bare ha to informanter, og jobbet lenge for å skaffe flere. Jeg kunne ha gjennomført et fokusgruppeintervju blant tjenesteytere for å balansere oppgaven og gi den mer fylde. Selv om studien kun hadde to informantene var datamaterialet rikt, slik at disse utfylte hverandre. På den måten ivaretok jeg også brukerperspektivet. Å ikke gjennomføre studien, ville være uetisk i både i forhold til informantene og i forhold til brukergruppen da det ikke finnes kunnskap om fenomenet fra

før. Funnene i oppgaven kan ikke generaliseres og har ikke overføringsverdi, men de peker på områder som har store utfordringer. Denne studien viser at det er en diskrepans mellom idealet, og realitetene av faglig praksis. Gjennom denne nye kunnskap ønsker jeg å sette fokus på områder med forbedringsområder av faglig praksis, slik at virksomhetene holder faglige mål og er forsvarlig.

### **Forslag til videre forskning**

Det er behov for å få større tallmateriale på hvor mange som tar abort etter innleggelse, også i forhold til de som legger seg inn «frivillig». Praksis kan være forskjellig i ulike deler av landet, og en større undersøkelse av innleggelse etter HOL 10-3 i de ulike utpekte behandlingstilbud vil kunne gi et godt materiale. Det er derfor behov for større studier med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Det er også behov for å se nærmere på tjenesteyteres holdninger i forhold til fenomenet rusavhengige gravide og fosterskade. Hvilke behandlingstilbud får gravide som ikke ønsker å ha omsorgen etter fødselen, og får de som er motivert til endring tilbud om egnede familieorienterte avdelinger? Gruppen som har tatt abort etter innleggelse bør særlig prioriteres i forskning, da utfallet av tvangen fører til mange negative konsekvenser for gruppen. Om det er sånn at trussel om tvang, eller tvang fører til aborter på grunn av mangel på kvalitet i tjenestene kan loven forstås som en form for menneskesortering.

# LITTERATURLISTE

<https://www.fhi.no/nyheter/2018/nesten-alle-nemndbehandla-abortar-vert-innvilga/>

e-helsenorge.no

<https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-kriminalitet/abort-setter-gravide-rusmisbrukere-fri/660475>

<https://helsedirektoratet.no/nyheter/et-loft-for-brukerinvolvering-med-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rusk>

Helsedirektoratet veideler om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 Dato 16.04.2019:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/lcd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>

Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, s. o. L. (2011). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. In.

Grimnes, H. (2009). Personvern i helsefaglig forskning. *Sykepleien Forskning*(2), 162-165.  
doi:10.4220/sykepleienf.2009.0082

Haldar, M., Engebretsen, E., & Album, D. (2016). Legitimizing the illegitimate: How doctors manage their knowledge of the prestige of diseases. *Health (United Kingdom), Health*, 20(6), 559-577.  
doi:10.1177/1363459315596798

Hallberg, L. R. M. (2002). *Qualitative methods in public health research : theoretical foundations and practical examples*. Lund: Studentlitteratur.

Hansen, F. A., Svenkerud, Siri. (2006). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST §6-2a i perioden 1996-2005*. Skien: Borgestadklinikken.

Hansson, K. M. (2019). *Å sørge : en bok om tap, sorg, kraft og håp*. Oslo: Cappelen Damm.

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

Kjønstad, A., & Syse, A. (2009). *Velferdsrett I : grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Koleib, H. (2012). BEHANDLINGSTILBUD til gravide med rusproblemer. *Rus & samfunn*(03), 28-31.

Kristiansen, R. (2015). *Gravide innlagt på Borgerstadklinikken etter HOT § 10-3 2011-2014 - sammenlignende funnene fra 1996-2010*. Retrieved from Kompetansesenter rus- region sør Borgestadklinikken - Blå Kors Sør:

Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kversøy, K. S., & Stein, H. (2005). *Etikk - en praktisk vinkling : ulike perspektiver på det etiske landskapet*. Bergen: Fagbokforl.

Lamb-White, J. (2009). Ethics for European Psychologists20091Geoff Lindsay, Caspar Koene, Haldor Øvreeide and Fredi Lang. Ethics for European Psychologists . Hogrefe and Huber, , ISBN: 978-0-88937-357-0. *Leadership in Health Services*, 22(2), 199-200.  
doi:10.1108/lhs.2009.22.2.199.1

Lundeberg, I. R., Mjåland, K., Søvig, K. H., Nilssen, E., & Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Retrieved from

- Lundeberg, I. R., Søvig, K. H., & Mjåland, K. (2014). *Tvang i rusfeltet : regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Oftestad, E. A., & Aavitsland, K. B. (2016). *Vi lager barn : reproduksjon gjennom 500 år* (Vol. nr. 160). Oslo: Frekk forl.
- Ot.prp.48. ((1994-1995)). *Om lov om endring i lov om sosiale tjenester m v og i visse andre lover : (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelbrukere i institusjon)* (Vol. nr 48 (1994-95)). Oslo: Departementet.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Røkholt, E. G. (2018). *Sorg* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Söderström, K., & Skolbekken, J.-A. (2012). Pregnancy and substance use - the Norwegian § 10-3 solution ; ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 29, 155-171.
- Søvig, K. H. (2007). Tvang overfor rusmiddelavhengige : sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. In. Bergen: Fagbokforl.
- Søvig, K. H., & Universitetet i Bergen Det juridiske, f. (2004). *Tvang overfor rusmiddelavhengige : sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*. K.H. Søvig, Bergen.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Volden, O. (2010). Finn Skårderud, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke: Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 272-275.
- Wyller, T. (2002). Skam, verdighet, grenser. In (pp. s. 9-18). Bergen: Fagbokforl., cop. 2001.

Lundeberg, I. R., Mjåland, K., Søvig, K. H., Nilssen, E., & Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Retrieved from

Lundeberg, I. R., Søvig, K. H., & Mjåland, K. (2014). *Tvang i rusfeltet : regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal juridisk.

Søvig, K. H. (2007). Tvang overfor rusmiddelavhengige : sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. In. Bergen: Fagbokforl.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

# Vedlegg 1 – Søknad om godkjenning til forskningsarbeid, REK

**Prosjektsøknad** Skjema for søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

2014/2053-1

Dokument-id: 519268 Dokument mottatt 28.10.2014

## Tvang og erfaringer med tjenesteytere

---

### 1. Generelle opplysninger

#### 1.1 Prosjektleder

Navn: Birthe Loa Knizek

Akademisk grad: PhD

Klinisk kompetanse: Psykolog

Stilling: Professor

Hovedarbeidssted: HiST

Arbeidsadresse: ASP

Postnummer: 7004

Sted: Trondheim

Telefon: 92815351

E-post adresse: birthe.l.knizek@hist.no

#### 1.2 Prosjektittel

Norsk tittel Tvang og erfaringer med tjenesteytere

Vitenskapelig tittel

Hvilke opplevelser har gravide kvinner innlagt på tvang etter helse- og omsorgstjenestelovens paragraf 10-3 erfart med tjenesteytere?

Denne studien tar sikte på å finne ut av hvilke opplevelser og erfaringer gravide kvinner som valgte å avslutte svangerskapet har gjort seg med tjenesteytere før-, under- og etter tvangsinnleggelsen.



### 1.3 Forskningsansvarlig

Institusjon	Kontaktperson	Stilling	E-post adresse
1. HiST	Ingeborg O. Kamsvåg	Dekan	ingeborg.o.kamsvag@hist.no

### 1.4 Initiativtaker

Hvem er initiativtaker til prosjektet?	Prosjektleder og/eller forskningsansvarlig institusjon (bidragsforskning)
--	---

### 1.5 Utdanningsprosjekt

Er prosjektet del av en utdanning eller doktorgrad?	Ja
Studium/fag	Psykisk Helsearbeid
Nivå	Master

### 1.6 Prosjektmedarbeidere

Navn	Stilling	Institusjon	Akademisk rolle	Prosjektrolle
1. Heidi Monrad	student	HiST	Masterkandidat	Gjennomføring

### 1.7 Tidsramme for prosjektet

Prosjektstart dato	01.10.2014
Prosjektslutt dato	15.05.2015

### 1.8 Offentlig innsyn

Søkes det om unntak fra offentlig innsyn i søknad eller vedlegg?	Nei
--	-----

### 1.9 Samarbeid med utlandet

Har prosjektet noen form for samarbeid med utlandet?	Nei
--	-----

### 1.10 Annet prosjekt med betydning for vurderingen

Er det noe annet prosjekt som kan ha betydning for vurderingen av det aktuelle prosjektet? Nei

---

## 2. Prosjektopplysninger

### 2.1 Oppsummering av forskningsprosjektet

#### *Prosjektbeskrivelse*

Denne studien omhandler gravide, rusmiddelavhengige kvinner som valgte å avslutte svangerskapet etter å ha blitt innlagt på tvang. Studien har som formål å undersøke kvaliteten på tjenester behandlingsapparatet yter både før, under, og etter tvangsinnleggelsen. Dette både fordi tvang kan være krenkende og være i strid med lovens intensjon. For å belyse studiens problemstilling vil kvalitativ metode benyttes. Intervju av 4-6 kvinner som tar sikte på å gå i dybden, for å få fram kvinnenes erfaringer og opplevelser. Det dreier sig om brukerstyrt intervju hvor brukerne skal vurdere deres opplevelse av kvaliteten på den tjenesten de mottok. Intervjuene med åpen tilnærming vil danne grunnlaget for datamateriale som igjen gjennom fortolkende analyse vil kunne gi ny kunnskap på fagfeltet og man undersøker om praksisen er etisk forsvarlig.

---

### 2.2 Legemiddelutprøving

Legemiddelutprøving Nei

---

### 2.3 Forskningsdata

2.3.1 Tidligere registrerte opplysninger Nei

---

2.3.2 Nye helseopplysninger Ja

---

*Spesifiser hvilke typer helseopplysninger*

Opplevelse af tjenesten som har blit gitt under tvangsinnleggelsen

---

2.3.3 Humant biologisk materiale Nei

---

### 2.4 Studiepopulasjon

#### 2.4.1 Antall forskningsdeltakere og styrkeberegning

4-6 fordi det er håndterbart sett i sammenheng med projektets totale lengde og benyttet metode. På landsbasis er det ca 50 kvinner som blir innlagt på tvang i året. Borgerstadsklinikkens rapport (2006) over egne tall i løpet av en 10 års periode, viser toalt 91 innleggelser. Av disse tok totalt 11 abort etter innleggelsen, og tendensen er at tallet er økende. Et antall på 4-6 informanter vil kunne gi et omfattende innblikk i fenomenet.

#### 2.4.2 Beskrivelse av forskningsdeltakere/utvalg

Andre personer

*Spesifiser hvilke personer*

Kvinner som tidligere har erfart å bli tvangsinnlagt etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 (eller tidligere Lov om sosiale tjenester § 6-2a), det vil si fordi de har hatt en fortid som rusavhengig og gravid. De har etter innleggelsen valgt å avslutte svangerskapet.

*Begrunn hvorfor disse personene skal inkluderes*

Det er nødvendig å intervju disse kvinnene for å få fram deres opplevelser og erfaringer med tjenesteyter. Det er ingen annen metode som vil kunne få fram disse opplysningene. Det er ikke gjort oppfølgende studier innenfor dette området siden tvangslovgivningen ble iverksatt. Lovhjemmelen for tilbakeholdelse av den gravide begrunnes med at fosterets ve og vell er overordnet morens. Når utfallet av tvangen blir i strid med lovens intensjon vil det være avgjørende at tjenesteyters rolle kvalitetssikres.

Bare ett kjønn

Kun kvinner

*Begrunn*

Studien er rettet mot gravide som etter tvangsinnleggelsen valgte å avslutte svangerskapet.

### 2.5 Forskningsmetode

#### 2.5.1 Metode for analysering av data

Fortolkende (kvalitative) analysemetoder

#### 2.5.2 Metode for innhenting av data

Intervju

Lydopptak

Ja

## 2.6 Begrunnelse for valg av data og metode

*Redegjør for den faglige og vitenskapelige begrunnelsen for valg av data og metode*

Denne studien søker kunnskap om subjektive erfaringer ved fenomenet: gravide, rusavhengige kvinner innlagt på tvang for at hjelpeapparatet skal ivareta fosteret, men hvor kvinnen velger å avslutte svangerskapet. Disse kvinners egen forståelse, erfaringer og tanker er sentrale. Kvalitative metoder er særlig egnet som framgangsmåte for å belyse tema hvor det er viktig å gå i dybden får å få fram mangfold og nyanser. Intervjuet som metode er også velegnet for å få innsikt i informantenes erfaringer og deres fortolkning av disse, som igjen bygger på fortolkende teorier som fenomenologi og hermeneutikk. For å få mest mulig utdypende datamateriale og subjektiv opplevelse vil jeg benytte åben temaguide. Metoden kan bringe inn ny kunnskap om fenomenet, da informantene tilhører en marginalisert gruppe og kan bli møtt av stereotype holdninger. Formålet med denne studien er å utvikle ny kunnskap, ved at kvinnene får uttrykt med egne ord sine erfaringer med tjenesteyterne. Studien vil benytte fenomenologisk inspirerte analysemetoder for å yte mest mulig rettferdighet til informantens opplevelser.

## 3. Informasjon, samtykke og personvern

### 3.1 Samtykke vil bli innhentet

Samtykke vil bli innhentet

Ja

*For hvilke deltakere, opplysninger og evt. prøver vil samtykke bli innhentet?*

For kvinner som tidligere har vært tvangsinnlagt etter helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 og som valgte og avslutte svangerskapet slik at tvangen ble opphevet.

*Hvordan vil deltakerne bli identifisert, kontaktet og rekruttert? Beskriv rekrutteringsprosedyre og begrunn evt. avvik fra skriftelig samtykke*

Helseteamet er et kommunalt lavterskeltilbud som driver oppsøkende arbeid i forhold til skadereduksjon i rusmiljøet i Trondheim. De kjenner rusmiljøet godt. Informantene vil bli rekruttert gjennom at studenten blir med dem i deres oppsøkende arbeid og informerer om studien. Informasjonen vil bli gitt muntlig og skriftlig. Informasjonsskriv vil bli lagt igjen på ulike lavterskeltilbud. Mulige informanter kan ta kontakt der og da, eller i ettertid.

*Beskriv inklusjonskriterier*

Informantene er kvinner som har vært eller er rusmiddelavhengig.

Innlagt på tvang etter helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 eller etter tidligere lov om sosiale tjenester § 6-2a.

Vært gravid og valgt å avslutte svangerskapet etter å ha blitt tvangsinnlagt.

---

*Beskriv eksklusjonskriterier*

Informanter som oppleves som emosjonelt ustabile i den forstand at man mistenker psykose eller vrangforestillinger eller annen psykisk lidelse. Informanter som er synlig ruspåvirkede, men da kan intervjuet utsettes. Informanter som er gravide.

---

**3.2 Samtykke er allerede innhentet**

Samtykke er allerede innhentet

Nei

---

**3.3 Det søkes om fritak fra kravet om å innhente samtykke**

Det søkes om fritak fra kravet om å innhente samtykke

Nei

---

**4. Avveining av nytte og risiko ved prosjektet**

**4.1 Fordeler**

*Angi fysisk, psykisk, sosial og/eller praktisk fordel/nytte/gagn nå eller i fremtida for den enkelte pasient/deltaker, grupper av personer, samfunnet og/eller vitenskapen .*

Pasient: Konstruktiv samtale

Pasientgruppe: Forbedre tilbudet

Samfunnet: Praksis er enestående og må derved kontrolleres/forskes på hvorvidt det er etisk forsvarlig.

Vitenskaplig: Utfyller et kunnskapshull

---

**4.2 Ulemper**

*Angi fysisk, psykisk, sosial og/eller praktisk risiko/skade/ubehag/belastning/uleilighet nå eller i fremtida for den enkelte pasient/deltaker, grupper av personer, samfunn og/eller miljø .*

Pasient: Frambringe ubearbeidede hendelser eller vanskelige følelser

Pasientgruppe: Ingen ulemper

Samfunn: Ingen ulemper

### 4.3 Tiltak

*Redegjør for eventuelle særlige tiltak for å ivareta og beskytte pasientene/deltakerne i forskningsprosjektet og for å begrense mulig risiko/ulempe*

I forbindelse med intervjuet vil det bli gitt infomajson både muntlig og skriftlig med opplysninger om hvordan man kan møte mulig risiko/ulempe. Deltagerne vil få tildelt et krisekort med telefonnummer til en psykologspesialist som vil kunne kontaktes ved behov.

Infomantene verves gjennom forskers/students deltagelse i helseteamet oppsøkende virksomhet. Helseteamet har jevnlig oppfølging og god relasjon til gruppen, og de er også tilgjengelig på generelt grunnlag.

### 4.4 Forsvarlighet

*Hvorfor er det forsvarlig å gjennomføre prosjektet? Gi en begrunnet avveining av fordelene og ulempene ved forskningsprosjektet.*

Intervjuet er brukerstyrt, hvorved bruker selv velger hvor langt hun vil gå i sine fortellinger. Samtalen kan imidlertid også være en konstruktiv samtale. Deltakelse er frivillig og man antar da at bruker anser sin historie som viktig for å belyse gjeldende praksis og eventuelt forbedre denne.

## 5. Sikkerhet, interesser og publisering

### 5.1 Personidentifiserbare opplysninger

I hvilken form skal personidentifiserbare opplysninger og prøver brukes i prosjektet?

Aidentifisert med koblingsnøkkel

*Gi informasjon om hvordan koblingsnøkkelen oppbevares og hvem som har tilgang til denne*

Student og veileder skal ha koblingsnøkkel. Koblingsnøkkel oppbevares i avlåst skap.

## 5.2 Internkontroll og sikkerhet

- Institusjonens server
- Koblingsnøkkel og data oppbevares atskilt fra hverandre

## 5.3 Forsikring for forskningsdeltakere

- Forsikring anses unødvendig

*Begrunn hvorfor det anses unødvendig med forsikring for forskningsdeltakerne*

Anser risiko som minimal.

## 5.4 Vurdering av andre instanser

Prosjektet har blitt vurdert/skal vurderes av:

- Egen institusjon

## 5.5 Interesser

*Finansieringskilder*

Ingen

*Godtgjøring til institusjon*

Ingen

*Honorar prosjektleder/-medarbeidere*

Ingen

*Kompensasjon for forskningsdeltakere*

Ingen

*Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere*

Ingen

## 5.6 Publisering

Er det restriksjoner med hensyn til offentliggjøring og publisering av resultatene fra prosjektet?  Ja  Nei

*Redegjør for hvordan resultatene skal gjøres offentlig tilgjengelig*

Denne studien vil først og fremst munne ut i en masterstudie.

Jeg har blitt tildelt fagutviklingsstipend fra seksjonen for vernepleiere i FO for 2014, hvor det er ønskelig at artikkelen publiseres henholdsvis i Fontene forskning eller annet tidsskrift som er opptatt av vernepleierens fagfelt.

## 5.7 Håndtering av data etter prosjektslutt

*Hvordan skal personopplysninger håndteres etter prosjektslutt?*

Personopplysninger skal anonymiseres i referat og lydbåndopptak slettes.

## 6. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	CV for prosjektleder	CV2014.doc	28.10.14
2.	Forskningsprotokoll	Skisse.innsending.docx	27.10.14
3.	Intervjuguide	Temaguide 26.10.14.docx	27.10.14
4.	Forespørsel om deltakelse	MalGenerell revidert 20120209.doc	27.10.14

## 7. Ansvarserklæring



Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført

i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

i samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden

i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av REK eller andre instanser

## Vedlegg 2 – Tilbakemelding fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	18.12.2014	2014/2053 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			28.10.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Birthe Loa Knizek  
Høgskolen i Sør-Trøndelag

### 2014/2053 Tvang og erfaringer med tjenesteytere

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Sør-Trøndelag  
Prosjektleder: Birthe Loa Knizek

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 26.11.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

#### «Prosjektbeskrivelse»

Denne studien omhandler gravide, rusmiddelavhengige kvinner som valgte å avslutte svangerskapet etter å ha blitt innlagt på tvang. Studien har som formål å undersøke kvaliteten på tjenester behandlingsapparatet yter både før, under, og etter tvangsinnleggelsen. Dette både fordi tvang kan være krenkende og være i strid med lovens intensjon. For å belyse studiens problemstilling vil kvalitativ metode benyttes. Intervju av 4-6 kvinner som tar sikte på å gå i dybden, for å få fram kvinnenes erfaringer og opplevelser. Det dreier sig om brukerstyrt intervju hvor brukerne skal vurdere deres opplevelse av kvaliteten på den tjenesten de mottok. Intervjuene med åpen tilnærming vil danne grunnlaget for datamateriale som igjen gjennom fortolkende analyse vil kunne gi ny kunnskap på fagfeltet og man undersøker om praksisen er etisk forsvarlig.

#### Komiteens vurdering

Det er lagt opp til at rekrutteringen i studien skal skje ved at studenten blir med Helseteamet i deres oppsøkende arbeid og informerer om studien. Komiteen mener dette er en uheldig form for rekruttering. Komiteen setter derfor som vilkår for prosjektet at rekrutteringen skjer ved at det legges ut informasjon om studien på steder der potensielle deltakere oppholder seg.

I informasjonsskriv står det at intervjuet kan finne sted der det er best for informanten. «Det kan være på en nøytral plass med ledig kontor, på en stille kafé.» Komiteen mener det er uheldig at intervjuene finner sted på en kafé, og ber om at dette endres. Intervjuene må finne sted på et uforstyrret sted der informanten føler seg trygg.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

- 1) Rekruttering skal foregå ved at det legges ut informasjon om studien på steder der potensielle deltakere oppholder seg.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: post@helseforskning.etikkom.no  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

2) Intervjuene skal ikke gjøres på cafe. Informasjonsskrivet må revideres i tråd med dette og sendes komiteen til orientering.

**Vedtak**

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33 under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

I tillegg til ovennevnte vilkår, er godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatelsen gjelder til 15.05.2015. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 15.05.2020. Opplysningene skal lagres avidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helseinspektorens veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"

*Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

*Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Geir Olav Hjørtland  
nestleder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson  
Komitésekretær

**Kopi til:** - Høgskolen i Sør-Trøndelag ved øverste administrative ledelse  
- Dekan Ingeborg O. Kamsvåg, Høgskolen i Sør-Trøndelag

## Vedlegg 3 – Tilbakemelding fra REK 2

**Emne:** Sv: Tvang og erfaringer med tjenesteytere  
**Fra:** post@helseforskning.etikkom.no  
**Dato:** 12.06.2015 14:52  
**Til:** birthe.l.knizek@hist.no  
**Kopi:** ingeborg.o.kamsvag@hist.no

**Vår ref.nr.: 2014/2053 B**

Hei,

Vi viser skjema for prosjektendring mottatt 04.06.2015.

I sitt vedtak datert 18.12.2014 satte komiteen følgende vilkår for prosjektet:

- 1) Rekruttering skal foregå ved at det legges ut informasjon om studien på steder der potensielle deltakere oppholder seg.
- 2) Intervjuene skal ikke gjøres på cafe. Informasjonsskrivet må revideres i tråd med dette og sendes komiteen til orientering.


I endringsmeldingen redegjør prosjektleder for de nye rekrutteringsprosedyrene, komiteen har ingen innvendinger til disse. Komiteen anser dermed at vilkårene som var satt for studien er oppfylt.

Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det i samtykkedelen av informasjonsskrivet er et felt for stedfortredende samtykke. Dette bør fjernes da stedfortredende samtykke ikke er aktuelt for denne studien.

Med vennlig hilsen

Hege Holde Andersson  
rådgiver/ komitésekretær  
[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
T: 22845514

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>

 SPREK banner 20100316.jpg

## Vedlegg 4 – Tilbakemelding fra REK 3

---

**Emne:** Sender kopi av informasjonsskriv  
**Fra:** post@helseforskning.etikkom.no  
**Dato:** 21.09.2015 12:25  
**Til:** heidi.monrad@hotmail.com  
**Kopi:** birthe.l.knizek@hist.no

**Vår ref.nr.: 2014/2053 B**


Hei.

Viser til telefonsamtale i dag 21.09.2015, og vedlegger kopi av informasjonsskriv.

Jeg gjør oppmerksom på at REK i e-post til prosjektleder datert 12.06.2015 skrev følgende: *"Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det i samtykkedelen av informasjonsskrivet er et felt for stedfortredende samtykke. Dette bør fjernes da stedfortredende samtykke ikke er aktuelt for denne studien."*

Med vennlig hilsen  
Ingrid Dønåsen  
førstekonsulent  
[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
T: 22845523

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>

 SPREK banner 20100316.jpg

[2014-2053 Informasjonsskriv](#)

## Vedlegg 5 – Tilbakemelding fra REK 4



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Marlann Glønna Davidson	22845526	18.02.2016	2014/2053/REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			19.01.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Birthe Loa Knizek  
HiST/NTNU

### 2014/2053 Tvang og erfaringer med tjenesteytere

Forskningsansvarlig: HiST /NTNU  
Prosjektleder: Birthe Loa Knizek

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 19.01.2016 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

De omsøkte endringene er beskrevet i skjema for prosjektendringer og dreier seg om forlengelse av prosjektperiode til 30.11.2016. Opprinnelig prosjektperiode utløper 19.02.2016.

I tillegg har det blitt utarbeidet en ny forside som skal henges opp og benyttes på hjemmesiden til større rusinstitusjoner som LBS og Klinikkk for rus- og avhengighetsmedisin, St.Olav, samt en annonse i gatemagasinet Sorgenfri. Bakgrunnen for endringen er at man ønsker nå ut til flere informanter da det har vært vanskelig å rekruttere. Det understrekes at informantene skal på eget initiativ, og på frivillig basis, ta kontakt med prosjektleder ved ønsket deltakelse.

Det vises videre til "*Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt*" er endret fra Hist til NTNU pga sammenslåing. Samt at den følger ny mal fra REK sin hjemme side."

### Komiteens vurdering

Komiteen har ingen innvendinger til de omsøkte endringene.

### Vedtak

Komiteen har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i endringsmeldingen.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Med vennlig hilsen

Grete Dyb  
førsteamanuensis dr.med.  
leder REK sør-øst B

Mariann Glenna Davidsen  
rådgiver

**Kopi til:**

- *Høgskolen i Sør-Trøndelag ved øverste administrative ledelse*
- *Dekan Ingeborg O. Kamsvåg, Høgskolen i Sør-Trøndelag*

## Vedlegg 6 – Tilbakemelding fra REK 5



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Marjann Glenna Davidson	22845526	18.05.2016	2014/2053/REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			27.04.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Birthe Loa Knizek  
Fakultet for hese-og sosialfag

### 2014/2053 Tvang og erfaringer med tjenesteytere

Forskningsansvarlig: HiST  
Prosjektleder: Birthe Loa Knizek

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 27.04.2016 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

De omsøkte endringene er beskrevet i skjema for prosjektendringer og gjelder ytterligere utvidelse av annonseringen, da det har vært vanskelig å rekruttere deltakere/informanter.

### Komiteens vurdering

Komiteen har ingen innvendinger til de omsøkte endringene, men ber prosjektleder vurdere hvorvidt prosjektet lar seg gjennomføre dersom informanter uteblir også ved denne utvidede annonseringen.

### Vedtak

Komiteen har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i endringsmeldingen.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff



Med vennlig hilsen

Grete Dyb  
førsteamanuensis dr.med.  
leder REK sør-øst B

Mariann Glenna Davidsen  
rådgiver

**Kopi til:**

- *Høgskolen i Sør-Trøndelag ved øverste administrative ledelse*
- *Dekan Ingeborg O. Kamsvåg, Høgskolen i Sør-Trøndelag*

## Vedlegg 7 – Forespørsel om deltagelse I forskningsprosjektet

---

Tvang og erfaringer med tjenesteyter – 24.10.14

### Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

#### *”Tvang og erfaringer med tjenesteyter”*

##### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt. Jeg spør nettopp deg da du tidligere har vært innlagt på tvang fordi du var gravid, og du har valgt å avslutte svangerskapet. Dette prosjektet har som formål å undersøke kvaliteten på de tjenester hjelpeapparatet møtte deg med for å se om den kan forbedres. Med hjelpeapparatet menes tjenesteytere som for eksempel helsestasjon, ruskontakt, sosialtjenesten, institusjonen, fastlege, helseteamet eller sykehuset. Bakgrunnen for studien er at man ikke har kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser man har gjort seg før-, under- og etter innleggelsen. Denne undersøkelsen er en del av en masterstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

##### **Hva innebærer prosjektet?**

Det innebærer at du sier ja til å delta i et intervju som trolig vil vare i 1 til 1 ½ time. Intervjuet vil foregå på et uforstyrret sted, der du som informant føler deg trygg. Jeg vil ta opp intervjuet på lydbånd, slik at jeg etterpå kan få skrevet ned den informasjonen du gir. Denne informasjonen skal være fortrolig, og ikke på noe tidspunkt etter intervjuet kan være gjenkjennbar av andre. Informasjonen skal håndteres og lagres i henhold til REK sitt vedtak.

##### **Mulige fordeler og ulemper**

Intervjuet vil omhandle dine erfaringer med hjelpeapparatet (tjenesteyter) fra du oppdaget at du var gravid, frem til tiden etter avsluttet svangerskap. Om du deltar på denne studien er det fordi du ønsker å snakke om de erfaringer du gjorde deg i denne perioden. Det kan være en del av en bearbeidingsprosess der du kan komme til orde med dine tanker, og gjennom dette kan man øke kunnskapen og bedre hjelpetilbudet. Om dette intervjuet fører til at du får behov for hjelp til å sortere de inntrykk du har gjort deg, vil du få mulighet til det. I forbindelse med intervjuet vil du få et krisekort med navn og telefonnummer til en psykologspesialist som vil være tilgjengelig for samtale.

##### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med meg Heidi Monrad på telefon 92607643 eller på mailadresse [heidi.monrad@hotmail.com](mailto:heidi.monrad@hotmail.com).

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

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

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

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektstutt.

Dette prosjektet er en masterstudie. Siden det ikke finnes noen forskning på dette området fra før av tar jeg sikte på at det skal publiseres i FO. FO er et fagtidsskrift for mange av oss som jobber i helse- og sosialsektoren, det vil si noen av de yrkesgruppene som du har erfaringer fra. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

**Informasjon om utfallet av studien**

Om du ønsker det kan du få tilsendt et eksemplar av studien.

**Godkjenning**

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnr. 2014/2053.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av deltager, deltagers navn med trykte bokstaver, dato).

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, dato)

Heidi Monrad, Intervjuer/prosjektdeltaker  
NTNU, Norges teknisk- naturvitenskaplig universitet

Mauritz Hansensgate. 2  
7030 Trondheim

Telefon: 92607643  
Mail: heidi.monrad@hotmail.com

## Vedlegg 8 – Forside -forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

---

Ønsker du å delta i en studie?

Jeg søker informanter som kan delta i masterstudien  
**«Tvang og erfaringer med tjenesteyter».**

Studien omhandler kvinner som har vært innlagt på tvang i en rusinstitusjon på grunn av graviditeten, men valgte å ta abort etter å ha blitt tvangsinnlagt. Formålet med studien er å få fram kvinners erfaring med behandlingsapparatet før-, under- og etter innleggelsen.

Har du spørsmål til studien, eller ønsker å delta, kan du ta kontakt med meg.

Heidi Monrad

Masterstudent ved psykisk helsearbeid ved NTNU, Norges teknisk-naturvitenskaplig universitet.

tlf: **926 07 643**

mail: **heidi.monrad@hotmail.com**

## Vedlegg 9 – Intervjuguide

---

### INTERVJUGUIDE

#### **Starten av intervjuet:**

- Fortell om formålet med studien, egen bakgrunn og valg av tema.
- Rammer rundt intervjuet. Gjenta at man kan velge å trekke seg fra studien eller ikke å svare på spørsmål. Gjenta informasjon omkring taushetsplikten og anonymitet. Forklar om opptak. Avklare eventuelle spørsmål.
- Er skjema for informasjon og samtykke signert?
- Hva er hensikten med intervjuet, introduksjon og inntoning til tema:

Takk for at du vil dele dine opplevelser og erfaringer. Jeg ønsker å prøve å forstå hvordan det oppleves å bli lagt inn på tvang, og hvilken betydning dine erfaringer med behandlingsapparatet har hatt for deg. Jeg har laget noen spørsmål, men det som er aller viktigst er at du får uttrykt dine erfaringer.

#### **Innledning:**

Fyll ut skjema med personopplysninger.

- 1) Hva motiverte deg til å ta kontakt med meg?

## Hovedtema:

- 2) Kan du fortelle om når du oppdaget at du var gravid, hvordan kom du i kontakt med helsevesenet?
  
- 3) Fortell hvordan du opplevde hjelpen/ behandlingen?
  
- 4) Kan du fortelle om på hvilken måte det skjedde da du ble innlagt på institusjon?
  - Hvordan opplevde du dette?
  
- 5) I hvilken grad opplevde du å motta hjelp og behandlingen under innleggelsen?
  - a) Kan du fortelle om hvordan kom fram til at du ønsket å avslutte svangerskapet?
  - b) Fortell hvordan du opplevde støtte eller mangel på støtte fra hjelpeapparatet i forhold til denne prosessen?
  
- 6) Kan du fortelle om tiden etter at svangerskapet var avsluttet?
  - a) Hvordan opplever du livet ditt nå, i forhold til før du ble tvangsinnlagt?
  - b) Hvilken kontakt hadde du med hjelpeapparatet i etterkant, og hvordan opplevde du denne hjelpen?
  - c) Hva synes du at informasjon du har mottatt forbindelse med innleggelsen? Før tvangen og under tvangen?
  - d) Hvilke erfaringer har du gjort deg i forhold til kommunikasjon mellom deg og tjenesteyter?

**Avsluttende spørsmål:**

- 7) Kunne du ønske å bli møtt på en annen måte enn det du gjorde av tjenesteytere?
- a) Før innleggelsen?
  - b) Under innleggelsen?
  - c) Etter innleggelsen?
- 8) Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker hadde betydning for hvordan du opplevde tjenesteyter i forbindelse med tvangen?
- 9) I en mer ideell verden, hvordan mener du at du eller andre i lignende situasjon skal bli møtt? Hvordan burde tjenesten være utformet?

Oppsummering av funn og avklaring om man har forstått riktig. Sitter informanten igjen med positive erfaringer?

Har informanten mottatt krisekort?

Ønsker du å få tilsendt oppgaven?