



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Svangerskap og alkohol

Pregnancy and alcohol

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

02.06.2017

Ord: 6955

Johanne Eide Juvik

Rettleiar: Mona Christensen Hamnes

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Samandrag

Tittel: Svangerskap og alkohol

Bakgrunn: Eg har valt å skrive om førebygging av rusmiddelbruk i svangerskap, då det ikkje er alle kvinner som er klar over konsekvensane og skadane alkohol gjev. I Noreg er det født omtrent 60.000 born i året, og av desse er det 60-600 som blir født med alkoholrelaterte skadar. Fleire kvinner drikk alkohol no enn tidlegare og det er ikkje alle som veit når graviditeten inntreffer. Dette fører til at fosteret kan bli utsatt for alkoholrelaterte skadar tidleg i svangerskapet. I løpet av praksis har eg erfart at det blir lagt lite vekt på alkohol i svangerskap. Det er difor nødvendig med meir kunnskap om skadar og bevisstgjerung av førebyggjande tiltak hjå mor og generelt i samfunnet.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar førebygge bruk av rusmiddel hjå mor i svangerskap?

Metode: Oppgåva er ei litteraturstudie. Eg har nytta ulike databasar for å finne relevant forskning som set lys på problemstillinga mi. Til saman presenterer eg fire forskingsartiklar. Eg har innhenta pensumlitteratur og andre relevante bøker frå det lokale biblioteket mitt og biblioteket ved høgskulen.

Oppsummering: Gjennom drøfting av litteratur, forskning og egne erfaringar frå praksis, har eg komme fram til at sjukepleiaren si rolle i helsefremjing og sjukdomsførebygging er heilt sentral. Ved å informere om konsekvensar av alkoholbruk i svangerskap kan sjukepleiaren vere med på å avgrense førekomsten av alkoholrelaterte skadar hjå born. Sjukepleiaren bygger relasjonar til pasientane og skapar rom for samtaler og rådgiving. God kommunikasjon er ein forutsetnad for godt samarbeid.

Svangerskap, alkohol, rusmiddel, helsefremjing og sjukdomsførebygging.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Bakgrunn for val av tema og avgrensing	1
1.3 Definisjon av omgrepa i problemstillinga	2
1.3.1 Førebygge	2
1.3.2 Rusmiddel	2
1.4 Oppgåveløysing	2
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.2 Søkord og databasar	4
2.3 Kriterier for val av data	5
3.0 Teori	6
3.1 Svangerskap	6
3.2 Rusmiddel	6
3.2.1 Alkohol	6
3.2.2 Konsekvensar og skadeverknad av rusmiddelbruk for fosteret	6
3.3 Arena for helsefremjande og sjukdomsførebyggande helsearbeid	7
3.3.1 Empowerment	8
3.4 Kommunikasjon, relasjonar og informasjon	8
3.6 Rettigheitar	8
3.7 Relevante forskingsartiklar etter søk	9
4. Drøfting	11
4.1 Graviditet og rus	11
4.1.1 Konsekvensar	11
4.2 Helsestasjonens rolle	12
4.2.1 Kartlegging	12
4.2.2 Kva skjer når mor drikk alkohol? - risikovurdering	13
4.3 Helseinformasjon	14
4.4 Kva rolle har sjukepleiaren?	15
4.5 Førebygging	16
4.5.1 Tiltak ovanfor gravide	16
4.5.2 Tiltak overfor den generelle befolkningen	16

4.5.3 Folkeopplysning	17
4.5.4 Målgruppe	18
5 Konklusjon	19
6 Bibliografi	20
Vedlegg 1: Fetal development chart	

1.0 Innleiing

I Noreg blir det født omtrent 60 000 born i året (Hagtvedt, 2010, s. 11). I dag ser ein at kvinner stadig tek høgare utdanning, er meir knytta til arbeidslivet, finn sosial status viktig og vel difor å ikkje få born før dei er ferdig utdanna og har etablert seg med hus, god økonomi og trygge rammer for bernet (Johannessen, 2017). Når ein blir eldre inngår rusmiddel i fleire relasjonar kvinnene har, noko som fører til at kvinner no er meir eksponert for rus enn tidlegare (Helsedirektoratet, 2013, ss. 12-15). Tal frå befolkningsundersøkingar viser at kvinner og jenter sitt alkoholkonsum har auka betydeleg dei tre siste tiåra. Ein konsekvens av dette er alkoholkonsum tidleg i svangerskapet, da ikkje alle kvinner er klar over graviditeten eller tidspunktet den inntraff (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, ss. 17-18).

Alkohol har dei siste hundre åra vore mistenkt for å kunne forårsake fosterskadar (Helsedirektoratet, 2013, ss. 12-15). Forekomsten av fosterskaden føtalt alkoholsyndrom i Europa er 0,4 kasus per 1000 fødte barn. Dersom ein brukar tal frå kohortstudiar frå andre land, konkluderar folkehelseinstituttet med at 60 – 600 norske barn blir berørt av alkoholrelaterte skadar kvart år (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 79). Valet av tema har falt på å førebygge bruk av alkohol i svangerskap. Helsevesenet skal førebygge, diagnostisere og behandle sjukdom og leggje til rette for helsebringande åtferd i befolkninga (NOU 2005: 1).

Dette er eit tema som er mykje omtala og som eg synst er interessant. I fjor haust deltok eg på eit kurs i kommunen kalla "Tidleg inn". Dei første kursdagane la vekt på å informere kvinner som kan føde born om kor skadeleg alkohol er for fosteret si utvikling. "Tidleg inn" er eit opplæringskurs i regi av Korus som tek opp temaet psykisk helse, rusmidlar og vold i nære relasjonar (Helsedirektoratet, 2016).

1.1 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar førebygge bruk av rusmidlar hjå mor i svangerskap?

1.2 Bakgrunn for val av tema og avgrensing

I fordjupningspraksis på helsestasjonen blei eg kjent med eit område som har lite fokus i utdanninga: alkohol i svangerskap.

Dette er både interessant og viktig, og det motiverte til val av førebygging av rus som tema.

Oppfølging av gravide og familien deira gjennom svangerskapet er ein sentral arena for helsefremjande og førebyggande arbeid (Meld. St 19, (2014-2015)). Sjukepleiarar kan møte den gravide på fleire arenaer innanfor helsevesenet, og det er difor viktig å ha kunnskap om emnet.

Helsestasjonen er vanlegvis bemanna med helsesøstre, jordmødre og legar. Helsesøster er ein sjukepleiefagleg vidareutdanning på lik linje med jordmor. I nokre småkommunar der tilgangen til helsepersonell med spesialkompetanse kan vere avgrensa, vil ein offentleg godkjent sjukepleiar kunne konstituerast jfr. *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3* (Forskr. om lovbest. sykepleietjeneste, 1983).

Målgruppa er alle kvinner som kan bli gravide uavhengig av alder. Rusmidlar har eg avgrensa til alkohol. Eg har valt å fokusere på førebyggande arbeid, då det er her alkoholskadar og misddanningar kan avgrensast. Når eg snakkar om førebyggande arbeid, kjem eg ikkje unna å legge fram både førebygging i samfunnet generelt, men òg i svangerskapsomsorgen.

1.3 Definisjon av omgrepa i problemstillinga

1.3.1 Førebygge

Det er vanleg å skilje mellom primær, sekundær og tertiær førebygging (Ranhoff, 2013). Primær førebygging blir sett inn så tidleg som mogleg, for å hindre at problem oppstår. Tiltaka er ofte retta mot heile befolkninga. Sekundær førebygging skal hindre at problem som har oppstått blir verande eller utviklar seg og retter seg mot bestemte, avgrensa målgrupper. Ved tertiær førebygging er målet å reparere eller avgrense skader (Ranhoff, 2013).

1.3.2 Rusmiddel

Rusmiddel i graviditeten inkluderer alkohol, legemiddlar og narkotika, både legale og illegale stoff. Sosial- og helsedirektoratet definerer gjennom sine retningslinjer eit kvart inntak av rusmidler som kan føre til skade på det ufødte barn som misbruk (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.4 Oppgåveløysing

Oppgåva er ein litteraturstudie som består av til saman fem delar. Innleiingskapittelet har eg alt presentert. Etter innleiinga kjem metoddelen. Her skal eg kort forklare kva hensikta med ein metode er, samt legge fram korleis eg har komme fram til forskingsartiklar og relevant litteratur. Eg har valt å ta med både kvalitative og kvantitative studiar, då eg ynskjer å leggje fram noko talfesta,

samt ha fokus på erfaring og oppleving. For å sette lys på tema har eg i teoridelen først valt å greie ut om kva eit svangerskap er og korleis rusmiddel påverkar fosteret. Deretter presenterer eg helsefremjing og sjukdomsførebyggande helsearbeid , kommunikasjon, relasjon og informasjon og til slutt pasienten sine rettigheter. Vidare presenterer eg fire forskingsartiklar som omhandlar intervensjonar mot alkoholbruk i svangerskap, føltalt alkoholsyndrom og prevelansen av alkoholbruk før og etter svangerskapet blei kjent. I drøftingsdelen diskuterer eg kva ein som sjukepleiar bør og kan gjere i førebyggande arbeid for å unngå at kvinner drikk alkohol i svangerskapet. Til slutt vil det komme ein konklusjon.

2.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012). Metode er eit middel eller verktøy for å nå eit mål (Dalland, 2012). Metode er den framgangsmåten ein nyttar seg av for å samle inn kunnskap og informasjon for å bygge opp ei problemstilling (Thidemann, 2015, ss. 76-77)

2.1 Litteraturstudie

Eg har valt litteraturstudie for å skaffe den informasjonen og kunnskapen eg treng for å svare på problemstillinga mi. Eg samla inn litteratur, gjekk kritisk igjennom den og samanfatta det heile til slutt. Kvantitative metodar gir data i form av målbare einingar, medan kvalitative metodar fangar opp meiningar og opplevingar. Både kvantitative og kvalitative undersøkingar har element frå kvarandre, men det er måten dataen er samla inn på som skil metoderetninga (Dalland, 2012, s. 112).

2.2 Søkeord og databasar

Innleiingsvis søkte eg etter forskingsartiklar i databasen Academic Search Elite, der eg òg inkluderte databasane Cinahl og Medline. Eg avgrensa søka til artiklar og forskingsartiklar, i tidsperioden 2007-2017 og engelskspråklege artiklar. Søket vart utført i mars/april 2017. I tillegg har eg brukt pensumlitteratur, samt nytta skulen og mitt lokale bibliotek for å få tak i anna aktuell litteratur.

For å finne synonymord brukte eg Svemed +. Synonyma eg brukte ved første søk var ”pregnancy”, ”gestation” og ”child bearing”. Eg kombinerte disse med OR og fekk da 196711 treff. Deretter kombinerte eg synonyma ”prevent” og ”counter” med OR og fekk 291437 treff. Ved siste søk kombinerte eg orda ”alcohol” og ”alcohol drinking” med OR og fekk 204707 treff. Til slutt kombinerte eg dei tre synonymgruppene med AND og fekk 263 treff. Eg las gjennom overskriftene, og valde vekk det som ikkje var relevant. Dei eg sat att med og synst var interessante, las eg abstrakta til. Då eg ynskjer å ta utgangspunktet i førebygging av alkoholbruk i svangerskapet ekskluderte eg dei artiklane som omhandla avhengigheit og alkoholbruk gjennom heile svangerskapet.

Eg avgrensa til engelske forskingsartiklar i søket då eg ved første forsøk, der eg inkluderte norskspråklege forskingsartiklar, ikkje fekk noko resultat. Det lot seg ikkje gjere å finne relevante norske forskingsartiklar i skulen sine databasar. Eg søkte difor i databasane sykepleien.no og forskning.no med orda svangerskap og alkohol. På forskning.no kom eg fram til ein norsk studie med

overskrifta "Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study" (Alvik, Heyerdahl, Haldorsen, & Lindemann, 2006). Primærkjelda fann eg i referanselista av til publiserte artikkelen.

Eg nytta nettstaden Oria for å finne bøker som omhandla svangerskap og alkohol, og fann fram igjen ei oversikt over pensumlitteraturen til studiet. Eg har òg funne relevant teori ved å bruke ord frå problemstillinga i søk på Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Lovdata og Regjeringa sin nettside.

2.3 Kriterier for val av data

Primærlitteratur er forskning som forskaren har gjort sjølv. Sekundærlitteratur baserar seg på andre personar sin forskning (Dalland, 2012). Eg har sett meg nødt til å nytte meg av begge disse litteraturformene.

Kjeldekritikk er ein metode som blir nytta for å fastslå om kjelda er sann eller ikkje. Ein må vurdere og karakterisere dei kjeldene ein nyttar (Dalland, 2012, s. 67). Ein forskingsartikkel har som hensikt å presentere ny kunnskap. I forskning er det eit krav om at resultatane kan kontrollerast og etterprøvast, samt at dei nyttar seg av IMRAD-strukturen. Den består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012, s. 79)

I søkeprosessen var det vanskelig å finne forskingsartiklar som tek for seg korleis alkoholbruken blant gravide i Noreg er. Sjølv om eg har nytta meg av fleire ulike databasar, har eg kun lykkast i å finne ein relevant artikkel. Eg har difor brukt forskning frå internasjonale studiar. Sett vekk frå det geografiske, har eg fått fram holdningar, metodar som er nytta og synspunkt på problematikken. Då eg plukka ut dei utvalde forskingsartiklane mine hadde eg orda haldbarheit, relevans og gyldigheit i tankane.

Artiklane var relevante då dei innehaldt ord som: "prevent", "alcohol use", "alcohol consumption" og "before and during pregnancy". Eg såg etter IMRAD-strukturen, og sjekka opp i kor dei var publisert i utgangspunktet. To av artiklane var publisert som Open Access, noko som gjer den open og fri for alle som vil ha tilgang til vitenskapleg informasjon (Dalland, 2012, ss. 72-81). Sidan tre av forskingsartiklane er engelskspråklege, har eg etter beste evne oversatt dei til norsk.

Ein svakheit ved forskinga, er at den internasjonale forskingslitteraturen fram til byrjinga av 1990-talet anten var knytt til avhengigheit blant menn, eller ikkje innehaldt skilje mellom kjønn. Ved fleire av studiane var kvinner med rusproblem ekskludert då dei potensielt kunne vere eller bli gravide (Mellingen, 2012, s. 9). På bakgrunn av dette har eg valt å bruke forskning som kun går 10 år tilbake i tid.

3.0 Teori

3.1 Svangerskap

Graviditet eller svangerskap er namnet på tida fosteret tilbring i livmora mellom befruktninga og fødselen. Eggcella og sædcella smeltar saman og det befrukta egget grev seg ned i livmora si slimhinne etter 6-7 døgn, og blir kalla embryo (Nesheim, 2015). I løpet av dei neste 6 vekene gjennomgår embryoet viktige utviklingsprosessar der dei fleste organsystema blir danna. Frå niande veke skjer det ikkje fleire vesentlege forandringar, men bornet blir no kalla eit foster. I løpet av dei sju neste månadane skal fosteret berre vokse. Organa skal modnast og bli funksjonsdyktige (Norsk helseinformatikk, 2017).

Eit svangerskap blir delt inn i tre trimester. Første trimester er dei første 12 vekene av svangerskapet, andre trimester er frå veke 13 til og med veke 28 og tredje trimester er frå veke 29 til fødselen (Bendiksen, 2010, s. 37). Det eksakte tidspunktet for samansmelting av eggcelle og sædcelle kan sjeldan antydast, og ein har difor valt å rekne svangeskapet sin varigheit frå siste menstruasjons første dag til antatt termin. Då blir gjennomsnittleg lengde 280 dagar (Bendiksen, 2010, s. 37).

3.2 Rusmiddel

I Noreg definerast rusmisbruk etter den internasjonale sjukdomsklassifikasjonen ICD-10. (Lossius, 2011, s. 24). Det norske helsevesenet nyttar ICD-10 klassifikasjonen til å oppdage skadeleg bruk av rusmidlar og til å avdekke avhengigheit. Ein ser på rusmisbruk som skadeleg bruk, kjenneteikna av eit bruksmønster der inntak av rusmidlar kan gje alvorlege fysiske og psykologiske skadar (Kronholm, 2011, s. 142).

3.2.1 Alkohol

Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i den vestlege kulturkrets (Skretting, Bye, Vedøy, & Lund, 2015). Alkohol passerer lett frå blodet til alle organ i kroppen og vidare gjennom membranane som omgir enkeltcellene organ består av. Difor finn ein alkoholen i alle kroppens celler kort tid etter at den er drukke (Skretting, Bye, Vedøy, & Lund, 2015, s. 14).

3.2.2 Konsekvensar og skadeverknad av rusmiddelbruk for fosteret

I følgje Helsedirektoratet kan rusmiddelbruk under svangerskapet, uavhengig av type rusmiddel som blir brukt, kunne føre til auka komplikasjonar, alvorlege abstinenssymptom hjå det nyfødte bornet, medføre misddanningar, psykomotorisk retardasjon og forsinka kognitiv utvikling (Helsedirektoratet, 2013). Misddanningar kan forårsake vekst forstyrringar, gje spesielle ansiktstrekk og utviklast til

problem i hjerte, hjerne, nyrer, urinvegar og auger. Nevrologiske forstyrringar som lågare IQ, sosiale vanskar og problem med hukommelse, merksemd, språk og læring kan førekomme. Slike problem kan vare livet ut, og store skadar kan forårsake føtalt alkoholsyndrom (FAS) (Hagtvedt, 2010, s. 101).

3.3 Arena for helsefremjande og sjukdomsførebyggande helsearbeid

Ein kan forstå folkehelse som samfunnet sitt ansvar for å beskytte, fremje og styrke folket si helse eller som medisinen sitt ansvar for beskyttelse og forbetring av nasjonen si helse. Det helsefremjande arbeidet legg opp til å utvikle personleg kompetanse, skape støttande omgjevnadar, styrke kommunale handlingar, utvikle ein sunn helsepolitikk og vidareutvikle helsetilboda. Helsefremjande- og sjukdomsførebyggande arbeid bllir utført alle stadar der sjukepleiarar er, både på sjukehus, i sjukeheim, i heimesjukepleien og på helsestasjonar. (Tveiten, 2012, s. 173).

Mæland definerer *helsefremjing* som "den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse". *Sjukdomsførebygging* definerer han som "å forhindre eller utsette sykdomsforløp, hindre sykdom i å manifestere seg eller minske følgetilstander" (Mæland, 2016, ss. 15-25).

Førebygging er eit viktig element i Samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i dei framtidige helseutfordringane er det behov for å styrke dei førebyggande helsetenestene i kommunen. Målsetjinga vil vere å nytte og vidareutvikle tiltak som reduserer, og til dels motverkar, risiko for funksjonstap med fråfall frå skule og yrkesliv, og som påverkar individet si eigenmeistring og reduserer risikoen for sjukdomsutvikling (Meld. St. 47 (2008–2009)).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 viser ansvaret kommunen har for å legge til rette helsetenester i samsvar med befolkninga sitt behov og kommunen sine oppgåver. Sjukepleietenesta kan knytast til førebyggande helsearbeid i form av helsesøster- og jordmorteneste. § 3-4 gir eit utvida ansvar for å fremje helse og førebygge sjukdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Regjeringa vil styrke det førebyggande helsearbeidet. Dei vil utvikle ein folkehelsepolitikk som skapar moglegheiter og føresetnadar for at kvar enkelt av oss kan meistre eige liv. Folkehelsepolitikken i Noreg har som mål å gjere det lettare for den enkelte å ta ansvar for eiga helse, og å auke kompetansen i å endre helseåtfærd og levevanar (Meld. St 19, (2014-2015)).

3.3.1 Empowerment

Empowerment kan definerast som ein sosial prosess som bidreg til å identifisere, fremje og styrke folk sin moglegheit til å møte egne behov, løyse egne problem og mobilisere nødvendige ressursar slik at ein kan oppleve å ha mest mogleg kontroll i sitt eige liv eller over dei faktorane som påverkar eiga helse (Tveiten, 2012, s. 177).

3.4 Kommunikasjon, relasjonar og informasjon

Kommunikasjon er eit av dei viktigaste reiskapa sjukepleiaren brukar for å etablere relasjonar (Eide & Eide, 2013, s. 21). Ein relasjon oppstår ikkje av seg sjølv, men er eit resultat av samhandling mellom brukar og fagperson. Ein god relasjon kviler på ein samhandlingsprosess som skapar tillit, tryggleik og ei oppleving av truverdighet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). Relasjonskompetanse dreiar seg om å forstå og samhandle med dei menneska me møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte. Fagpersonane må gå inn i ein relasjon, leggje til rette for god kommunikasjon og forhalde seg slik at det som skjer er til det beste for den andre (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 9-10)

Helsesamtalen dreiar seg om å kartlegge korleis behov, problem og ressursar pasienten har, samt hjelpe vedkommande til å foreta val. Dette er ein prosess som må skje på pasienten sine premiss, og der behandlaren opptrer som ein samtalepartner og rådgivar (Mæland, 2010, s. 117).

Informasjon er opplysning som blir formidla ved hjelp av ulike former for kommunikasjon mellom mennesker. Informasjon kan vere meir eller mindre sakleg og objektiv, eller subjektiv og ta sikte på å påverke mottakaren (Rossen, 2009). Punkt 2.4 i dei yrkes etiske retningslinjene for sjukepleie legg fram at: "Sjukepleiaren skal fremje pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige val ved å gje tilstrekkeleg, tilpassa informasjon og forsikre seg om at informasjonen som blir gitt er forstått". Punkt 2.6 fortel om sjukepleiaren sin plikt til å informere: "Sjukepleiaren ivaretek pasienten sin rett til vern om fortruleg opplysning" (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.6 Rettigheitar

Nasjonalfaglege retningslinjer for svangerskapsomsorgen legg fram rettigheitar den gravide og familien hennar har. Retningslinjene er utarbeida for jordmødre, legar, gravide og helsepersonell som arbeidar i svangerskapsomsorgen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 3).

Pasientrettighetslova § 3-1 presiserer pasienten sin rett til å medverke ved gjennomføring av alle former for helsehjelp. Jamfør § 3-2 har pasienten rett til informasjon om eigen helsetilstand og om den helsehjelpa ein mottek. Helsepersonell skal informere om mogleg risiko og biverknadar ved helsehjelpa . (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.7 Relevante forskingsartiklar etter søk

Den første forskingsartikkelen eg ynskjer å presentere er: **”Dutch midwives’ experiences with implementing health counselling to prevent prenatal alcohol use.”** Målet med forskinga var å utforske erfaringar jordmødrer fekk ved å gje helse råd for å førebygge bruk av alkohol i svangerskapet. Forskinga la fram at korte intervensjonar var effektive når ein ville redusere prenatal alkoholbruk. Det deltok 135 kvinner som var opptil 12 veker gravide og som hadde drukke alkohol etter at dei visste at dei skulle ha born. Rådgivinga vart gitt over tre konsultasjonar og jordmødrene blei oppfordra til å fremje total avhaldenheit under svangerskapet. Det kom fram at ikkje alle følgde rådgivingsprotokollen, då dei såg at behovet for oppfølging ikkje var tilstades, eller dei fekk negative reaksjonar frå klientane. Jordmødrene avslutta intervensjonen då den gravide oppgav at ho hadde slutta å drikke alkohol. Resultatet var ein positiv reaksjon frå jordmødrene. Dei såg nødvendigheita både med å fremje avhaldenheit og ikkje minst friske opp igjen kunnskapen om alkohol og svangerskap (van der Wulp, Hoving, & de Vries, 2013). Forskarane nytta kvalitativ metode for å finne ut om helsepersonell si oppleving av korleis helsetenesta er, og korleis den kan forbetrast. Artikkelen er aktuelt då den får fram jordmødre sitt synspunkt på oppfølging av rusproblem i løpet av svangerskapet.

”Prevalence of Alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden”, er den neste forskingsartikkelen eg ynskjer å presentere. Studien blei gjennomført ved 30 svangerskapsenter over heile Sverige frå november 2009 til desember 2010. Kvinnene som deltok var i svangerskapsveke 18 eller meir, hadde ein planlagt konsultasjon og blei bedt om å delta i undersøkinga. Spørjeskjemaet innehaldt spørsmål om sosiale og demografiske data, alkohol- og tobakk bruk før og under svangerskapet og sosial støtte. Spørjeskjema frå 1594 kvinner blei inkludert i studien. Eit fleirtal på 84% av kvinnene rapporterte bruk av alkohol i året før graviditeten intraff. Omtrent 14% av kvinnene kom under kategorien ”farleg høgt forbruk av alkohol”, medan 6% av kvinnene konsumerte alkohol minst ein gong etter kjent graviditet. Faktorar som forutsa alkoholbruk under svangerskapet var høg alder, busett i ein storby, tobakkbruk, lav sosial støtte og alkoholvanar før svangerskapet (Skagerström, Alehagen, Nordin, Årestedt, & Nilsen, 2013). Forskarane i studien frå Sverige nytta kvantitativ metode då dei

samla inn data. Eg ynskjer å presentere noko talfesta i diskusjonskapitlet, og finn det viktig å bruke ein studie frå eit anna land for å samanlikne tal med Noreg.

Den nest siste artikkelen omhandlar Føtalt Alkohol Syndrom (FAS), og har følgande tittel: "**Fatal alcohol-spectrum disorders: identifying at-risk mothers.**" For å hindre eller redusere tilfeller av Føtalt Alkohol Syndrom, må ein identifisere mødre i fare for å få eit born med FAS, slik at ein kan nå dei med intervensjonar. Å identifisere mødrer i faresona er gunstig på alle tidspunkt, anten før graviditeten, under svangerskapet eller etter fødselen av bornet. Forskinga tek for seg tre måtar å identifiserer mødre som er faresona: ved hjelp av eigenskapane til mor og graviditeten hennar, biomarkørar og vurdering av eige alkoholforbruk. Konklusjonen seier at kombinasjonen av sjølvrapport og biomarkørar kan bidra til å identifisere kvinner med risiko for å føde born med FAS. Tilgangen på informasjon og behandling må synleggjerast, og mødre må bli minna på å ta avgjerslar som er til fordel for borna sine (Montag, 2016). Forskarane har nytta kvalitativ metode og tek sikte på å få fram opplevingar, tankar og holdningar frå både pasient og helsepersonell. Artikkelen får fram skadar av høgt alkoholforbruk i svangerskapet, og er relevant i diskusjon om konsekvensar for bornet.

Til slutt ynskjer eg å presentere studien "**Alcohol use before and during pregnancy: a population based study.**" I Oslo i perioden juni 2000 til mai 2001 blei eit representativt utval gravide kvinner invitert til å delta i studien. 92 % av kvinnene som blei invitert deltok. Studien ekskluderte ikkje-norske og innvandrarakvinnene. Studien var ein lengre spørjeskjemaundersøking som inkluderte sivilstatus, utdanning, inntekt, tidlegare graviditetar, røykevanar, alkoholbruk, fars alkoholforbruk i veka rundt befruktinga, lovleg og ulovleg narkotikabruk og fysisk og psykisk helse. 1749 (93%) av kvinnene fullførte det første spørjeskjemaet. 89% rapporterte bruk av alkohol før graviditeten, medan 23% rapporterte bruk etter 12. svangeskapsveke. Festdriking blei rapportert med 59% før graviditeten og med 25% i veke 0-6. Deltakarane som rapporterte alkoholbruk under graviditeten var eldre, røykarar, hadde noko forhøga angst, høgare inntekt og ein partner med høgare utdanning. Endring av drikkemønster oppstod når graviditeten var eit faktum. Konklusjonen viste at hjå 25% eller meir kan det ha oppstått suboptimal fosterutvikling. (Alvik, Heyerdahl, Haldorsen, & Lindemann, 2006). Her er det nytta kvantitativ metode for å kartlegge førekomsten av alkoholbruk før og etter befruktinga. Studien er aktuell då eg ynskjer leggje fram tal frå Noreg.

4. Drøfting

4.1 Graviditet og rus

I dag veit me med sikkerheit at fosteret blir påverka av og kan utvikle misdanningar dersom mor brukar mindre eller større mengde alkohol, tobakk, medikament eller andre narkotiske stoff i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2013). Alkohol er det rusmiddelet som gir mest skade. Tre veker etter befruktinga begynnar hjernen, som består av 100 milliardar nerveceller, å utvikle seg. Alkoholen kan skade dei forskjellige utviklings prosessane hjernen går igjennom i svangerskapet. (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Risikoen for skadar er størst dei første tre månadane av svangerskapet (Hagtvedt, 2010, s. 101). Vedlegg 1 viser kor i svangerskapet fosteret er mest sårbart. Sjølv små mengde alkohol kan skade fosteret og noko sikker nedre grense for å unngå skade er ikkje kjent. På bakgrunn av denne usikkerheita anbefalar Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet at kvinner bør unngå inntak av alkohol under heile svangerskapet (Skretting, Bye, Vedøy, & Lund, 2015, s. 17)

4.1.1 Konsekvensar

Føtalt alkoholsyndrom (FAS) oppstår hjå born av mødre som har drukke betydelege mengder alkohol under graviditeten. Nyare forskning viser at små dosar alkohol dagleg, som glas vin eller ei flaske øl, kan auke risikoen for spontanabort og tidlig fødsel. Ved stigande forbruk aukar også risikoen for redusert hovudomkrets, misdanningar og dødfødsjar. Oppfølgingsstudiar av born som har vore eksponert for alkohol i fosterlivet, viser at borna oftare har nedsatt IQ, lærevanskar, og problem med konsentrasjon og merksemd (Skretting, Bye, Vedøy, & Lund, 2015, s. 17).

For eit vakse menneske er moderat bruk av alkohol utan medisinsk risiko, men for eit voksande embryo kan skadane bli store. Skadane av alkoholinntak er ulike og avhenger av mengda fosteret blir utsatt for. Ein av dei største konsekvensane av alkoholbruk er utvikling av FAS. Syndromet er karakterisert ved spesielt utsjånad, veksthemming og forstyrrelsar i sentralnervesystemet. Borna kan og ha medfødte misdanningar. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 79).

Kan ein tenke seg at situasjonen hadde vore annleis om kvinnene fekk opplyst, og forstod, kor stort skadeomfanget av alkohol i svangerskapet kan vere? Dersom kvinnene er klar over at bornet kan få store skadar som følgjer dei heile livet (Hagtvedt, 2010, s. 101) ville dei då ha tatt sjansen og fortsette å drikke alkohol? Dei kvinnene som ikkje forstår viktigeita for bornet må få tilbod om hyppigare oppfølging. Eventuelle tiltak bør settast i verk for å motivere kvinna til å slutte og konsumere alkohol.

4.2 Helsestasjonens rolle

Svangerskapsomsorgen har nær 100 prosent oppslutning og føregår i hovudsak ved helsestasjonen (Meld. St 19, (2014-2015)). Verdas helseorganisasjon (WHO) har introdusert ei modell for svangerskapsomsorg som inkluderer minimum fire kontrollar. Modellen gjeld friske gravide som ikkje har avvikande svangerskap. Kvinner med spesielle risikofaktorar blir henvist til høgare kompetansenivå i helsetenesta (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 9). Dette er med på å sikre at den gravide får oppfølging og at helsepersonell får førebygge skader på fosteret i svangerskapet.

I svangerskapsomsorgen står omsynet til brukarane sentralt. Utgangspunktet er respekten for den enkelte gravide sitt behov for hjelp. Svangerskapsomsorgen skal ivareta dei som ikkje har moglegheit til å få tak i, forhalde seg til eller bruke tilgjengeleg informasjon. Myndighetene stiller store krav til helsepersonell som skal hjelpe kvinnene. Å hjelpe foreldre i ein vanskeleg livssituasjon er ein av svangerskapsomsorgen sine viktigaste oppgåver (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 16). Ein helsesamtale kan vere med på å kartlegge korleis behov, problem og ressursar pasienten har (Mæland, 2010, s. 117). I svangerskapsomsorgen får helsepersonell ein god moglegheit til å utdjupe kjennskapen til kvinna og familien hennar, samtidig som det gir kvinna ein eineståande sjanse til å bygge tillit til helsevesenet. Tillit kjem ikkje av seg sjølv, men må fortjenast (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 15).

4.2.1 Kartlegging

For å hindre skadar på bornet er det viktig å kartlegge alkoholforbruket hjå mor. På helsekort som ein brukar i svangerskapsomsorgen skal alkoholbruk dokumenterast nøye. Ved misbruk eller ved mistanke om høgt alkoholkonsum skal den gravide henvisast til spesialist (Hagtvedt, 2010, s. 102). Risikovurderingen blir difor heilt sentral i første svangerskapskontroll. Spørsmål om alkoholbruk blir vanlegvis stilt på første kontroll av jordmor eller lege, og svaret blir notert på helsekortet. Svaralternativa er aldri, av og til eller dagleg. Endring av alkoholvanar i svangerskapet registrerast ikkje systematisk (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Kartlegging av alkoholbruk må ta sikte på å klargjere kva alkoholforbruk inneber. Når samtalen om alkohol og levevanar kjem opp, er det viktig å gje kvinna ei god oppleving, slik at ho ikkje føler seg krenka då ho utleverer informasjon om alkoholvanar. Sjukepleiaren skal ivareta pasienten sin rett til å ikkje bli krenka (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Spørsmål om alkohol og levevanar kan vere eit sårt tema. Som helsepersonell kan det vere ein fordel å spørje kvinna om kva ho veit om alkoholbruk i svangerskapet, for så å kunne bygge samtalen ut i frå det kvinna seier. Det er ikkje alltid lett å

snakke med kvinner om graviditet og helseåttferd. Å føre samtalar som kan resultere i at kvinner endrar levevanane sine kan vere ei utfordring. Som sjukepleiar kan ein av og til føle at ein går over i privatsfæren når temaet graviditet og alkohol kjem opp. Ein kan havne i ein situasjon der ein "pressar på", kjem med gode råd og forslag til løysingar, men så kan resultatet bli at kvinna føler seg belært, komme i forsvarsposisjon og argumentere mot endring (Helsedirektoratet, 2013, s. 6). Dersom ein som helsepersonell tek styringa utan å lytte til den gravide, kan det føre til at den gravide mistar lyst til å ta i mot råd, vere delaktig og bidra til eit godt samarbeid (Helsedirektoratet, 2013, s. 7).

Skal ein kunne førebygge bruk av rusmiddel hjå mor i svangerskapet er det nødvendig med god kommunikasjon som ber preg av gode relasjonar, tillit og medverknad. Empowerment blir viktig her, då kvinna må ta kontroll over det som påverkar hennar og bornet si helse. Ho er eksperten på seg sjølv og på kva som er viktig for ho, medan sjukepleiaren er ekspert på fagområdet og kan komme med gode råd (Tveiten, 2012, s. 178).

Å lytte aktivt og kommunisere klart er ein føresetnad for å identifisere kva situasjonen krev og å førebygge uheldige val og dårlege løysingar (Eide & Eide, 2013, s. 21). Sjukepleiaren si merksemd er knytta til det kvinna seier. I tillegg til å lytte, kan ein bruke opne spørsmål, refleksjonar og oppsummeringar. Dette oppfordrar den gravide til å snakke mest, samtidig som ho får ei oppleving av at det ho seier er meningsfullt (Helsedirektoratet, 2013, s. 10). Evna til å lytte aktivt er kanskje den viktigaste og mest grunnleggande og komplekse ferdigheita i profesjonell, hjelpande kommunikasjon (Eide & Eide, 2013, s. 23).

4.2.2 Kva skjer når mor drikk alkohol? - risikovurdering

I løpet av praksisen "førebuing til yrkeslivet" deltok eg på fleire konsultasjonar med gravide. Alkoholforbruk vart teke opp med eit enkelt spørsmål og dokumentert ved første konsultasjon. Sett vekk frå dette kom aldri temaet opp igjen dersom jordmor eller helsesøster ikkje meinte det nødvendig. Det var kun ved eit tilfelle eg opplevde oppfølging av den gravide. Tiltaka som vart sett i verk var informasjon om fosterskadar frå helsesøster og jordmor, samt regelmessige urinprøvar opp til fleire gonger i veka over ein lengre periode. Kvinna opplevde situasjonen som trist, og ytra at det var skamfullt at ho ikkje sjølv klarte å slutte og konsumere alkohol utan å be om hjelp frå helsestasjonen. Kvinna var klar over at det måtte skje ei endring for bornet sin del, men streva med å finne motivasjon til det på eigenhand. Kvinna blei møtt med opne armar og fekk stadig bekrefta at valet om å be om hjelp stod det stor respekt av. Relasjonen mellom kvinna, jordmor og helsesøster var utgangspunktet god då ho hadde eit born frå før av. Tiltaka gav eit positivt utslag, og kvinna slutta å konsumere alkohol ganske umiddelbart etter at informasjon som skadar blei gitt.

Om det førelegg mistanke om at ei gravid kvinne misbrukar legemidler eller rusmidler i ein slik grad at det kan skade det ufødte barnet, skal det definerast som eit høgrisikosvangerskap. Kvinner som fell under denne kategorien bør få tilbydd hyppigare og meir omfattande svangerskapskontrollar (Nordeng & Jettestad, 2014).

Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen seier at tiltak retta mot gravide med identifisert alkoholproblem tek sikte på å redusere rusmiddelrelaterte skader hjå fosteret. Eit generelt tiltak som blir nytta i Noreg er behandlingseinheit for gravide og familier med born (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 80). "Omtanken for barnet er nedfelt i lov om sosiale tjenester § 6-2a, vedtak om tvang dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Norge er det eneste landet som har egen tvangshjemmel for gravide rusmiddelbrukere, herunder også alkoholmisbrukende mødre" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 80).

Den norske spørjeundersøkingstudia "*Alcohol use before and during pregnancy: a population based study*" får fram at kvinner som er eldre, bustatt i by, har høg sosial status, høgare inntekt og ein partner med høgare utdanning er dei som konsumerer mest alkohol før og etter befruktninga. Dei fleste kvinnene endra drikkemønsteret sitt då graviditeten er eit faktum (Alvik, Heyerdahl, Haldorsen, & Lindemann, 2006). Det tyder på at kvinnene klarar å forstå viktigheita av avhald i svangerskapet samstundes som dei tek ansvar for både deira og barnet si helse. Her ser ein eit kontinuum mellom bevisstheit om noko, og ein nødvendig forandring (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 176). Dette er heilt sentralt i empowermentprosessen.

4.3 Helseinformasjon

Som sjukepleiar og helsepersonell har ein informasjonsplikt. Frå 1.januar 2001 kunne ein finne hovudregelen for helsepersonell si informasjonsplikt i helsepersonelloven § 10: "Den som yter helsehjelp, skal gje informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4" (Helsepersonelloven, 1999). Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin og innhaldet i helsehjelpa. Informasjon skal ikkje bli gitt om pasienten ikkje ynskjer det, med mindre det er nødvendig for å førebygge skade av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhald av lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Mor har rett til å både motta og takke nei til helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Spørjeundersøkingar blant gravide fortel at annakvar gravid ynskjer å ha første kontroll hjå jordmor eller lege allereie før veke 8. Førstegongsgravide har eit stort behov for informasjon, og mange søker informasjon på nett og i ulike diskusjonsforum. Det er mange råd som florerer, det er difor viktig å informere om at dei gravide bør henvende seg til fagpersonar med ny og riktig kunnskap innan fagfeltet (Helsedirektoratet, 2013, s. 28). Ein del av jobben til helsesøster, sjukepleiarar og andre som jobbar med gravide er å informere om konsekvensar alkohol kan gje fosteret. Har ein som helsepersonell lykkast med å skape ein god relasjon, kan gode råd og informasjon vere lettare å formidle.

4.4 Kva rolle har sjukepleiaren?

Grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekt for kvart enkelte menneske sitt liv og ibuande verdigheit (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleie er det lagt fram at sjukepleiaren skal ivareta den enkelte pasienten sin verdigheit og integritet, derunder retten til heiltheitleg sjukepleie, retten til å vere medbestemmande og retten til å ikkje bli krenka. Punkt 2.1 viser at sjukepleiaren har ansvar for å fremje helse og førebygge sjukdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). På lik linje med sjukepleiarane, har både regjeringa og kommunane ansvar for helsefremjing og sjukdomsførebygging. Noreg sin folkehelsepolitikk tek sikt på at kvar enkelt av oss skal meistre eige liv og ta ansvar for eiga helse (Meld. St 19, (2014-2015)).

Å skape ei felles forståing er grunnleggande for relasjonsbygging. God kommunikasjon handlar om å formidle kunnskap, samstundes som ein ivaretek verdiar i samhandlinga mellom sjukepleiar og pasient (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241). I ein trygg relasjon mellom ein brukar og ein fagperson kan fagpersonen sine eventuelle kritiske kommentarar til brukaren si åtferd bli teke i mot og vurdert som omtanke og hjelp. Dersom relasjonen ikkje er god, kan dei same kommentarane bli oppfatta som sarkastiske og avvisande (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178).

I empowermentprosessen skal sjukepleiaren og pasienten samarbeide for å gjere det beste for pasienten. Sjukepleiaren er ekspert på det faglege området, medan pasienten er ekspert på seg sjølv og veit kva som er viktig for seg. Medverknad går ut på at pasienten bli spurt, lytta til og tatt på alvor. Både pasienten og sjukepleiaren har makt (Tveiten, 2012, ss. 177-178). Relasjonen mellom behandlar og pasient er i utgangspunktet asymmetrisk: Behandlaren sin sterkare posisjon skuldast skilnader i kunnskap og kompetanse. Samstundes er det knapt noko pasienten verdset høgare enn informasjon og at dei får anledning til å kommunisere med sine behandlarar (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 228-229).

4.5 Førebygging

På bakgrunn av at det er mogleg å førebygge alkoholrelaterte skadar hjå born, er det viktig å både førebygge at alkohol blir brukt i tida før og etter befruktinga, samt spørje den gravide om alkoholbruk i svangerskapet. I tillegg til direkte kontakt med og oppfølging av gravide kvinner er det viktig at helsepersonell engasjerer seg for å redusere bruk av ulike rusmiddel. Det omfattar opplysningsverksemd til befolkninga, undervisningsprogram og informasjonsmateriale (Hagtvedt, 2010, s. 102) . På helsestasjonen i heimkommunen min opplevde eg at dei ansatte var ganske flinke til opplysningsverksemd. Dei delar ut brosjyrar og informasjonsskriv ein gong for mykje enn for lite, og legg stadig ut informasjon om ulike tema på nettsidene sine. Opplysnings- og haldningskampanjar med kunnskapsbasert informasjon har vist seg å bidra til at gravide drikk mindre alkohol. (Hagtvedt, 2010, s. 102). Kan ein tenke seg at det gode opplysningsarbeidet helsestasjonen driv med bidreg til at dei opplever svært få tilfelle av alkoholrelaterte problem og skadar i svangerskapsomsorgen sin?

4.5.1 Tiltak ovanfor gravide

Kartlegging av alkoholvaner er eit av dei viktigaste tiltaka ovanfor gravide. Kartlegginga vil vere eit utgangspunkt for ein individuell helseopplysning som kan tilpassast den enkelte gravide. Både munnleg informasjon og skriftleg brosjyremateriell om alkoholbruk i svangerskapet bør leverast ut til alle gravide ved første konsultasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 62). Den tyske jordmorstudien ”**Dutch midwives’ experiences with implementing health counselling to prevent prenatal alcohol use**” viser kor behjelpelig intervensjonar kan vere både for helsepersonell og gravide. Dei såg at det var nødvendig med god og grundig rådgiving, då resultatata blei at fleire kvinner vart bevisst om konsekvensar for bornet, og valte difor å slutte og konsumere alkohol (van der Wulp, Hoving, & de Vries, 2013).

Når det gjeld førebyggande arbeid retta mot risikogravide, er det viktig at helsepersonell som er i kontakt med kvinner med auka risiko for alkoholmissbruk identifisera problemet raskt, slik at tiltak kan settast inn så tidleg som mogleg (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 68).

4.5.2 Tiltak overfor den generelle befolkningen

Alkoholrelaterte skadar som mor påfører barn i svangerskapet kan, som nemnt tidlegare, førebyggast (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 57). Det er difor å sette inn ressursar for førebyggandearbeid, både av omsyn til dei som blir ramma og ut i frå kostnadane alkoholrelaterte skadar pålegg samfunnet. Førebyggande tiltak bør settast i verk på fleire område, og av den grunn ha ein effekt når det gjeld å avgrense at born blir fødde med alkoholskadar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 57).

Ekspert gruppa som har utarbeida "Alkohol og graviditet - Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?" har i sin rapport lagt fram ei rekke forslag til førebyggjande tiltak. Dei får fram viktigheita av ein klar og tydeleg oppfordring til total avhaldenheit, både i perioden ein planlegg å få born og etter at graviditeten er eit faktum (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

4.5.3 Folkeopplysning

Ekspertgruppa har utarbeida forslag til innhald i eventuelle helseopplysningsmateriale. Materialet kan vere poster/oppslag, advarslar på flasker og kartongar, brosjyrar, annonsering og oppslag i TV og radio, artiklar i aviser, intervju med opionsleiarar og som ledd i helseopplysning ved for eksempel prevensjonsrettleiing. Det faglege grunnlaget i opplysningsmaterialet bør vere forskingsbasert (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 61). Ut i frå kunnskap om bruk av alkohol i svangerskap og skadeverknad bør "føre var-prinsippet" brukast når ein oppfordrar til total avhald i svangerskapet. Bodskapen må vere lett å forstå, folkeleg og ikkje-moraliserande. Opplysning om informasjonsinstansar og hjelpepersonar bør vere lett tilgjengelig (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 60). Helsedirektoratet har utforma fleire brosjyrar som dei gravide kan få utdelt på helsestasjonar. "Den beste starten – råd til deg som planlegg eller venter barn", oppfordrar til eit alkoholfritt svangerskap, legg fram moglege skadar og korleis avstå frå sosialt press til å drikke alkohol (Helsedirektoratet, 2010).

Folkeopplysning bør vere ein av hjørnesteinane i førebyggingsarbeidet. På bakgrunn av utvikling av høgare alkoholkonsum generelt i befolkninga, fleire kvinner som nyttar seg av rusmiddel, høgare alder hjå førstegongsfødande og derav meir etablerte drikkevanar, og konsekvensane for fosteret er opplysningsarbeid hovudmålet for førebygging. Anbefaling om avhald i svangerskapet er hovudbodskapet. Anbefalinga skal ikkje vere skremselspropaganda som fører til at kvinner vurderer og ikkje få born eller avbryte svangerskapet dersom dei har drukke alkohol før dei var klar over graviditeten. Helseopplysningstiltaka skal vere eit mål om å auka kunnskap om risiko knytt til alkoholbruk i svangerskapet og dermed redusert alkoholbruk hjå både gravide og kommande gravide kvinner (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 58).

Som ung vaksen brukar ein mykje tid på sosiale mediar, så denne arenaen kjempeviktig for opplysningsarbeid. Oppslagsverk vil ha ein effekt over ein periode, men det er fort å gløyme at det heng der, noko som fører til at ein ikkje blir merksam lengre. Det å få informasjon og undervisning inn i skulen tidleg er eit av dei tiltaket som har størst effekt på ungdom og deira haldningar til alkohol og graviditet. Forsking viser at førebyggjande arbeid må settast inn på rett tid i forhold til dei naturlege utviklingsfasane for bruk av tobakk, alkohol og andre rusmiddel. Arbeidet bør difor

intensiverast før ungdommen for alvor byrjar å eksperimentere med rusmidlar. For tidleg fokusering kan på den andre sida auka interessa for rusmiddel (Mæland, 2010, s. 121).

Informasjonskampanjar om alkohol og graviditet må rettast mot unge menneske i den språkform og visuelle form som slår an hjå dei. Helseøster bør flette temaet inn som eit naturleg emne i samtalar med ungdom, både individuelt og i klassane. Det er viktig at gutar får same informasjon som jenter, slik at dei òg kan vere med på å ta ansvar. Informasjon om alkohol og graviditet bør bli gitt til ungdomsleiarar og lærarar. Andre arenaer for individuell informasjon er helsestasjon for ungdom, prevensjonskontor, kontor for seksuell opplysning, fastlegekontoret, PP-tjenesten, BUP og psykiatiske ungdomsteam (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 76).

4.5.4 Målgruppe

Når det kjem til førebygging av bruk av rusmiddel hjå mor i svangerskapet, kan ein tenke seg at alle kvinner som skal eller kan bære fram eit born er målgruppa. Helsevesenet sitt fokus bør vere å førebygge bruk av rusmiddel i svangerskap så tidleg som mogleg. Opplæringskurset "tidleg inn" som eg fekk delta på hausten 2016, la fram viktigheita av tidleg intervensjon. Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familie-direktoratet utarbeida opplæringskurset for å bidra til å gjere ansatte i helsevesenet tryggare i arbeidet med å avdekke problem som kan oppstå (Helsedirektoratet, 2016). På den eine sida vil det vere hensiktsmessig å få informasjon og undervisning om alkoholrelaterte skadar for fosteret inn i ungdomsskulen. På den andre sida kan det òg vere for tidleg, då jenter og gutar i 13-16 års alderen naturlegvis ikkje har svangerskap som fokus. Det bør presenterast, men det vil òg vere nødvendig å presentere i slik informasjon fleire gonger i løpet av ungdomstida.

5 Konklusjon

Korleis kan sjukepleiar førebygge bruk av rusmiddel hjå mor i svangerskap?

Frå før av hadde eg lite kunnskap om korleis alkohol i svangerskap kan påverke bornet. Sidan det er vanskeleg å sette ei nedre grense for kva som er skadeleg, er det hensiktsmessig å anbefale total avhaldenheit (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Føre-var prinsippet er det tryggaste for bornet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 60). Med hjelp frå forskingsartiklar og relevant litteratur har eg funne forslag til løysingar på problemstillinga. Det er ikkje mogleg å gje eit kort svar eller ein fasit, då det er mange faktorar som spelar inn. Kvinner er unike individ, og individuell tilpassing i svangerskapet er ein føresetnad. Dei moglege konsekvensane eg har nemnt i oppgåva finn ein ikkje igjen hjå alle born då toleransen til foster er ulik (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). For å få fokus på temaet må sjukepleiarar legge meir vekt på å spre budskapet og formidle informasjon til alle kvinner som kan bli gravide. Alt i alt er helsefremjing og sjukdomsførebygging heilt sentralt for å førebygge bruk av rusmidlar i svangerskapet.

Ein treng meir statistikk og fakta frå Noreg om alkohol og svangerskap. For vidare forskning treng ein oppdaterte tal på kor mange born som blir født med alkoholrelaterte skadar. Kunnskap om temaet alkohol og svangerskap er, og kan vere nyttig for alle som jobbar i helsevesenet. Det er òg nyttig å sjå på kva helsetenesta gjer og kva dei kan forbetra for å unngå at born blir fødd med alkoholrelaterte skadar.

6 Bibliografi

- Alvik, A., Heyerdahl, S., Haldorsen, T., & Lindemann, R. (2006, November). Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(11), ss. 1292-1298. doi: 10.1080/00016340600589958
- Bendiksen, R. (2010). Svangerskapet. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (2. utg., ss. 35-53). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskr. om lovbest. sykepleietjeneste. (1983). *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>
- Hagtvedt, M. L. (2010). Det nye livet. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (2. utg., ss. 11-15). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagtvedt, M. L. (2010). Røyking og bruk av rusmidler i svangerskapet. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (2. utg., ss. 97-106). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2010, 1. juni). *Den beste starten - råd til deg som planlegger eller venter barn* [Brosjyre]. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013, 1. september). *Tidlig samtale om alkohol og levevaner - Veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen*. Henta 13. april 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/632/Tidlig-samtale-om-alkohol-og-levevaner-IS-2065.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 12. desember). *Tidlig inn*. Henta 18. mai 2017 frå <http://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/Tidlig-Inn/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Johannessen, N. (2017, 22. mai). *Norske kvinner: Derfor ventet vi med å få barn*. Henta 24. mai 2017 frå <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/kvinner/norske-kvinner-derfor-ventet-vi-med-aa-faa-barn/a/24004003/>
- Kronholm, K. (2011). Avrusning. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 139-163). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 21-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Henta frå
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Henta frå
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Mellingen, S. (2011). *A woman left lonely - En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene og Høgskulen i Bergen.
- Montag, A. C. (2016,21. juli). Fetal alcohol-spectrum disorders: identifying at-risk mothers. *International Journal of Women's Health* (8), 311-323. doi: 10.2147/IJWH.S85403
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørland, J. (2013, 13. februar). *rusmidler*. Henta 12. mars 2017 frå <https://sml.snl.no/rusmidler>
- Nesheim, B-I. (2015, 15. april). *graviditet*. Henta 12. mars 2017 frå <https://sml.snl.no/graviditet>
- Nordeng, H., & Jettestad, M. (2014, 18. februar). *Narkotika- og legemiddelmisbruk i svangerskapet*. Henta 16. mai 2017 frå Norsk gynekologisk forening :
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Rus--royk--og-legemiddelmisbruk-i-svangerskapet/Narkotika/>
- Norsk helseinformatikk. (2017, 3. april). *Fosterutvikling*. Henta 19. mai 2017 frå
<https://nhi.no/kroppen-var/fosterets-utvikling-embryologi/fosterutvikling/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå Norsk Sykepleierforbund: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- NOU 2005:1. (2005). *God forskning – bedre helse*. Henta frå
<https://www.regjeringen.no/contentassets/848476c900bb455abdca39cce4733af/no/pdfs/nou200520050001000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå
http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk_og_referanselister.htm#lover
- Ranhoff, A. H. (2013). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., ss. 137-147). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rossen, E. (2009, 14. februar). *informasjon*. Henta 19. mai 2017 frå <https://snl.no/informasjon>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Skagerström, J., Alehagen, S., Nordin, E. H., Årestedt, K., & Nilsen, P. (2013). Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. *BMC Public Health*. doi: 10.1186/1471-2458-13-780
- Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T. F., & Lund, K. (2015). *Rusmidler i Norge 2015*. Henta 15. Mars 2017 frå https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge-2015-rev.pdf
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005, 30. april). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Henta 14. mars 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006, 1. september). *Alkohol og graviditet - Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.
- van der Wulp, N. Y., Hoving, C., & de Vries, H. (2013, 1. november). Dutch midwives' experiences with implementing health counselling to prevent prenatal alcohol use. *Journal of Clinical Nursing*, (23), 3286-3289. doi: 10.1111/jocn12525

