



Kompetansesenter rus - region sør
Borgestadklinikken - Blå Kors Sør

RAPPORT – desember 2012



Gravide innlagt på Borgestadklinikken

etter LOST § 6-2a i perioden 2009-2010

- sammenlignet med funnene fra 1996-2005 og 2006-2008

Eli Marie Wiig og Ragnhild Lien Myrholt

Rapporten er utgitt av:

Kompetansesenter rus - region sør (KoRus - Sør), Borgestadklinikken
Kongensgate 33
Postboks 1, 3701 Skien
www.borgestadklinikken.no

Oppdrag og hovedoppgaver

Kompetansesenter rus - region sør (KoRus - Sør) er ett av syv nasjonale kompetansesentra på rusfeltet, og arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vi henvender oss til kommunene i fylkene Buskerud, Telemark, Vestfold, Aust- og Vest Agder, samt spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Vi har et nasjonalt ansvar på vårt spissområde som er gravide rusmiddelmissbrukere og rusproblematikk i familier med små barn.

Som et regionalt kompetansesenter skal vi:

- Sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse
- Bidra til statlige satsinger på rusmiddelfeltet i den enkelte region
- Ivareta nasjonale spisskompetanseområder

Kompetansesentrene primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte metoder. Virksomheten skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet. Sentrene har oppgaver innen forebygging, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Sentrene har også en sentral rolle i implementeringen av nasjonal rusmiddelpolitikk.

KoRus - Sør er tilknyttet Borgestadklinikken Blå Kors Sør. Vi samarbeider nært med klinikken, som har en egen skjermet enhet for gravide på tvang og en familieenhet som behandler gravide og familier med rusproblematikk. Familie- og generasjonsperspektivet er sentralt for Borgestadklinikken. Det innebærer at vi ikke bare fokuserer på den som har et rusmiddelproblem, men også på hvilke konsekvenser rusproblemer har i et familiært, sosialt og samfunnsmessig perspektiv.

For mer informasjon om tilbudene våre, se www.borgestadklinikken.no

Forord

Kompetansesenter rus - region sør ved Borgestadklinikken (KoRus - Sør) har gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn som sitt spisskompetanseområde, og har dermed fått tildelt et nasjonalt ansvar for kunnskapsspredning og kompetanseheving på feltet. Arbeidet med spisskompetanseområdet skjer i tett samarbeid med Borgestadklinikkenes avdelinger som jobber med gravide og familier med rusmiddelproblematikk.

KoRus - Sør gir med dette for tredje gang ut en rapport om gravide innlagt på Borgestadklinikken etter Lov om sosiale tjenester (LOST) § 6-2a. Denne rapporten henter sine tall fra perioden 2009 - 2010, og sammenligner funnene med tall fra 2006 - 2008 og 1996 - 2005.

Kjernen i § 6-2a i LOST er at gravide rusmiddelmissbrukende kvinner kan tilbakeholdes i institusjon uten samtykke, dersom rusmiddelbruken gjør at det er overveiende sannsynlig at fosteret kan ta skade, og dersom frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Et fosters rett til å bli skånet fra skader rusmiddeleksponering kan medføre, ble av lovgiver veid opp mot kvinnens rett til å bestemme selv, og beskyttelse av fosteret fikk forrang.

Fra og med 1. januar 2012 er denne ordlyden videreført som § 10-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven. I denne rapporten brukes likevel § 6-2a i LOST, siden det var denne loven som var gjeldende i den tidsperioden disse kvinnene ble lagt inn på Borgestadklinikken. Med samme begrunnelse brukes også begrepet sosialtjenesten i denne rapporten.

Målet med undersøkelsen og rapporten er å gi mer systematisert kunnskap om de gravide innlagt etter § 6-2a i LOST. Vi håper denne rapporten gir økt innsikt i et vanskelig felt, og at den kan bidra til ytterligere forståelse av problematikken og videre utvikling av arbeidet med gravide rusmiddelmissbrukende kvinner.

Rapporten er utarbeidet av spesialkonsulent Eli Marie Wiig ved KoRus - Sør og enhetsleder Ragnhild Lien Myrholt ved Borgestadklinikken.

Rikke Syvertsen Raknes
Leder KoRus - Sør



Innhold

Sammendrag	7
Summary	9
1. Innledning	11
1.1 Lovhjemmel	11
1.2 Behandlingstilbudet	13
2. Undersøkelse av § 6-2a pasientene på Borgestadklinikken	15
2.1 Utvalget	15
3. Resultater	17
3.1. Bakgrunnsvariabler	18
3.1.1. Geografisk tilhørighet	18
3.1.2. Pasientenes alder	18
3.1.3. Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnen?	19
3.1.4. Antall fødsler tidligere	20
3.1.5. Tidligere innleggelser ved graviditet	20
3.1.6. Om kvinnene har omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet	21
3.2. Tiden før innleggelse	21
3.2.1. Når i svangerskapet oppdaget kvinnen at hun var gravid?	22
3.2.2. Hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten?	23
3.2.3. Hvorfor ble vedtak fattet?	24
3.2.4. Har den gravide før innleggelse vært til kontroll hos vært i kontakt med noen instanser?	25
3.2.5. Hvor langt på vei var kvinnen da hun oppdaget graviditeten?	25
3.2.6. Hvor lang tid går det mellom noen vet/ kvinnen fanges opp og til tvangsvedtak fattes?	25
3.2.7. Brukes det for lang tid på frivillige tiltak før tvangsvedtaket fattes?	26
3.3. Tiden før innleggelse	26
3.3.1. Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet	26
3.3.2. Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved Borgestadklinikken (i forbindelse med dette tvangsvedtaket)?	27
3.3.3. Har kvinnen blitt overført til en annen paragraf mens hun var innlagt ved Borgestadklinikken?	29
3.3.4. Hvis i parforhold ved innleggelsestidspunktet: legger mannen seg inn i løpet av kvinnens innleggingsperiode?	30
3.4. Tiden etter fødsel	31
3.4.1. Hva skjer med mor og barn etter fødsel?	31
3.4.2. Hva vet vi om barnets tilstand rett etter fødselen?	34
3.4.3. Fødselsvekt	34
3.4.4. Barselopphold ved Borgestadklinikken	34
4. Oppsummering	37
Referanser	39
Appendiks 1	40



Sammen drag

Borgestadklinikken har hatt gravide rusmiddelavhengige innlagt etter § 6-2a i Lov om sosiale tjenester (LOST) siden loven trådte i kraft, 1. januar 1996. Denne paragrafen gir hjemmel for at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke tas inn på institusjon 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 frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. I løpet av de første 15 årene har 157 kvinner vært innlagte ved enheten.

Det primære målet med § 6-2a er vern av fosterets helse. Det innebærer at hensynet til kvinnens personlige frihet, i denne sammenheng, er av underordnet betydning. Allikevel skal institusjonen tilstrebe å forberede kvinnen til det å bli mor.

Fra 1996 til 2008 gikk antallet innlagte pasienter opp fra ca. 5 per år til ca 15 per år. I årene 2009-2010 har imidlertid dette tallet gått ned igjen til ca. 10 pasienter per år. Denne nedgangen kom samtidig med at NAV-reformen ble innført i Norge.

Pasientenes gjennomsnittsalder har også variert gjennom disse 15 årene. Fram til 2008 gikk den gradvis nedover fra ca. 30 år til ca. 26 år. I 2009-2010 var snittalder økt til 28 år. Det er muligens en sammenheng mellom kvinnenens alder og hvor lenge de har vært rusavhengige. Dersom de har vært rusavhengige i flere år, kan en også tenke seg at den generelle helsetilstanden er dårligere.

«Frivillighetstida», dvs. den tida det tar fra graviditeten blir oppdaget og til kvinnen blir lagt inn etter § 6-2a, har gått ned fra 11 uker de 10 første årene til ca. 8,5 uker. Dersom frivillighetstida går ned, vil barnet i magen bli ruseksponert i kortere tid.

De fleste kvinnene har et blandingsmisbruk, kun ca 5 % oppgir at de kun bruker alkohol. De fleste som blir innlagte etter § 6-2a bruker illegale rusmidler. Dette er et tankekors, når vi vet at det er alkohol som er aller mest skadelig for fosteret.

Det har vært et motargument mot lovparagrafen at de gravide kan ty til provosert abort for å slippe tvangsinnleggelse. I 2009-2010 aborterte 5 av 21 kvinner etter innleggelsen. Men kun 3 av disse var provosert abort.

I 2009-2010 var det 10 av 13 kvinner som beholdt omsorgen for barnet sitt etter oppholdet ved klinikken. 8 av disse fortsatte i frivillig behandling etter fødsel. En av de 3 kvinnene som mistet omsorgen for barnet, fortsatte likevel i frivillig rusbehandling.

Jevnt over ser det ut som om graviditeten kan være den korsveien i livet som gjør at kvinner prøver å endre livsstil og få bukt med misbruket sitt.

Summary

Norway implemented the Social Services Act § 6-2a on Jan 1. 1996. This act states that a pregnant substance abuser may be admitted to an institution without her consent if the abuse is such that it is highly probable that the child will be born damaged, and voluntary measures are not sufficient. At this time Borgestadklinikken started treating such non-voluntary patients. During the first 15 years, 157 women have been admitted to the clinic. The primary purpose of the act is to protect the health of the foetus. This implies that the autonomy of the women in this context is considered to be of lesser importance. Nevertheless the institution is required to help the women prepare for motherhood.

In the time period 1996-2008 the number of women admitted increased from approximately 5 every year up to 15. However during the last two years (2009-2010) that number has decreased to around 10 women each year. This decrease appeared simultaneously with an extensive reform in the Norwegian welfare system. The mean age of the women at admittance has varied over the 15 years between 26 and 30 years old. There may be a connection between the age of the women and how many years they have been addicted to drugs. Most of the patients have been addicted for many years. Generally, their health condition at admittance is poor.

The time lapsed from when the women were made aware of being pregnant to the time of admittance has decreased from a mean of approximately 11 weeks during the first 10 years to 8,5 weeks the last 5 years. This means that the unborn child is being exposed to drugs for a shorter period of time. A majority of the women admitted used mixed drugs. Only about 5% reported the use of alcohol alone. Most of the women who are admitted according to the Social Services Act § 6-2a, use illicit substances. This is a paradox due to the fact that alcohol is the substance which is most toxic to the foetus.

It has been a counterargument towards compulsory treatment that the pregnant women may choose provocative abortion to avoid admittance. During 2009-2010 3 (n = 21) women made this choice. During the same period 10 (n = 13) women kept custody of their child after the clinic stay. Out of these, 8 were voluntarily admitted to prolonged treatment after giving birth. One of the women who lost custody of her child, still stayed on for voluntary treatment.

Over all, it looks as though pregnancy may be the crossroads in life, where women seem ready for a change of lifestyle and the decrease of substance abuse.

1. Innledning

Kompetansesenter rus - region sør har "Gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn" som sitt spisskompetanseområde, og på dette feltet er vi av Helsedirektoratet gitt et nasjonalt ansvar for kunnskapsspredning og kompetanseheving. Bakgrunnen for denne rapporten, er å skaffe til veie mer systematisert kunnskap om de gravide innlagt etter § 6-2a i Lov om sosiale tjenester. Denne rapporten er en videreføring av oppfølgingen til den mer omfattende journalstudieundersøkelsen som ble gjort på pasienter innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 1996-2005 (Hansen og Svenkerud 2006). Vi vil i denne rapporten sammenligne funn med tall fra Hansen og Svenkeruds rapport og oppfølgingsrapporten for årene 2006 - 2008 som ble skrevet av Vibeke Grimstad og Rosanne Kristiansen. For mer detaljerte beskrivelser av Borgestadklinikken arbeid med denne pasientgruppen, samt funnene i tidligere rapporter, oppfordrer vi leseren til å gå direkte til disse kildene.

1.1 Lovhjemmel

I rapporten "Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere" har Stian Flaaterud beskrevet foranledningen til at vi i Norge med virkning fra og med 1. januar 1996 er gitt anledning til å tilbakeholde gravide rusmiddelmissbrukende kvinner i institusjon mot deres vilje. Dette er hjemlet i lov om sosiale tjenester § 6-2a, som ofte benevnes som "tvangs-paragrafen". Det er imidlertid viktig å ha i mente at:

"Paragraf 6-2.a i Lov om sosiale tjenester (LOST) inneholder ikke begrepet "tvang", men i dagligtalen blir paragrafen omtalt som "tvangsparagrafen for gravide". De uttrykkene loven bruker er at den gravide rusmiddelmissbrukeren uten eget samtykke kan tas inn i institusjon og holdes tilbake der. En skal være oppmerksom på at paragrafen ikke hjemler rett til tvangsbehandling, loven gir utelukkende hjemmel for å holde tilbake i institusjon og motivere for og tilby behandling." (Flaaterud 2000: 10-12).

Paragrafens ordlyd er som følger:

§ 6-2a Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere

”Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmisbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet 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 etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

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

Sosialtjenesten skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom sosialtjenesten treffer avgjørelse om det innen denne fristen. Saksbehandlingen følger ellers reglene i kapittel 9.

Sosialtjenesten kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.(1-4 ledd).

Hovedhensikten, eller det primære målet, med § 6-2a er vern av fosterets helse. Det innebærer at beskyttelse av kvinnens helse, eller hensynet til hennes personlige frihet, i denne sammenheng er av underordnet betydning. Likefullt står hensynet til kvinnen sentralt, ved at det presiseres at oppholdet skal benyttes til å tilby kvinnen behandling for sine rusmiddelproblemer og hjelp til å bli i stand til å gi barnet god nok omsorg. Men det er altså et sekundært mål.

Sosialtjenestelovens kapittel 6 omhandler ”særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere”. I tillegg til § 6-2a er det også en rekke andre paragrafer som anvendes:

§ 6-1. Hjelpetiltak.

Gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak, skal sosialtjenesten hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler

§ 6-1a Sosialtjenestens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende.

Sosialtjenesten skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter § 6-2 eller § 6-2a. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

§ 6-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt

helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

§ 6-2a Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere.

Se over.

§ 6-3. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Når en rusmiddelmisbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Lov om barneverntjenester (barnevernloven) kommer til anvendelse når barnet blir født. :

§ 4-12. Vedtak om å overta omsorgen for et barn.

Vedtak om å overta omsorgen for et barn kan treffes

- a) dersom det er alvorlige mangler ved den daglige omsorg som barnet får, eller alvorlige mangler i forhold til den personlige kontakt og trygghet som det trenger etter sin alder og utvikling,
- b) dersom foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring,
- c) dersom barnet blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet, eller
- d) dersom det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet.

Et vedtak etter første ledd kan bare treffes når det er nødvendig ut fra den situasjon barnet befinner seg i. Et slikt vedtak kan derfor ikke treffes dersom det kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet ved hjelpetiltak etter § 4-4 eller ved tiltak etter § 4-10 eller § 4-11. (vår understrekning).

(§ 4-4. Hjelpetiltak for barn og barnefamilier. § 4-10. Vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling. § 4-11. Vedtak om behandling av barn som har særlige behandlings- og opplæringsbehov.

1.2 Behandlingstilbudet

Behandlingen starter med avgiftning og abstinensbehandling i egen enhet. Mor og foster blir undersøkt og en eventuell nedtrapping blir vurdert. Når mors og fosterets situasjon er stabilisert, overflyttes hun til skjermet enhet. Her får mor tilbud om å delta i det behandlingstilbudet og dagsprogrammet som er utviklet ved enheten. Behandlingsenheten møter kvinnen med samme grunnholdning som de møter frivillig innlagte gravide med.

Behandlingen av kvinnene retter seg mot tre hovedområder:

- Den gravides forhold til barnet. Utvikling av tilknytning, ansvar og kjærlighet.
- Kvinnens forhold til seg selv. Menneskeverd, håp og tro på endring.
- Kvinnens forhold til behandlere og institusjonen. Tillit, allianse, samarbeid.

Alt arbeid i enheten har som utgangspunkt forståelsen for at tvang er en alvorlig inngripen i et menneskes liv. Tvang er heller ingen behandlingsmetode, kun en ramme for oppholdet. Grad av kontroll og skjerming vurderes kontinuerlig overfor den enkelte gravide. Dersom kvinnen ønsker det, og det vurderes som gunstig, inviteres også kvinnens partner til innleggelse sammen med henne.

Ved den skjermede enheten møter kvinnen andre pasienter som er i samme situasjon, og et personale som har mye erfaring med og interesse for denne pasientgruppen. Det legges vekt på å starte en god «mødringsprosess» der jordmor har en sentral rolle. Kvinnen hjelpes til å beskytte barnet sitt mot giftige stoffer, og hun får alltid tilbud om barselopphold ved Borgestadklinikken etter fødselen.

2. Undersøkelse av § 6-2a pasientene på Borgestadklinikken

Bakgrunnen for å foreta denne undersøkelsen, er ønsket om å skaffe til veie mer systematisert kunnskap om de gravide innlagt etter § 6-2a i Lov om sosiale tjenester.

2.1. Utvalget

Inklusjonskriteriet i denne undersøkelsen er samtlige innleggelser etter § 6-2a i perioden 2009-2010. 21 kartleggingsskjema er fylt ut i denne perioden. Seksjonsleder har stått ansvarlig for utfylling. Informasjonen er hentet direkte fra pasient og journalregistreringer underveis i innleggesperioden. Kartleggingsskjemaene ligger vedlagt.



3. Resultater

Antall innleggelser ved Borgestadklinikken, fordelt på år, viser at det har vært en økt bruk av § 6-2a fra de første fem årene til 2006-2008, mens vi i siste kartlegging ser en nedgang.

Tabell 1.0. Antall innleggelser etter § 6-2a på Borgestadklinikken pr. år i årene 1996-2005

År	Antall
1996	3
1997	1
1998	6
1999	6
2000	5
2001	12
2002	14
2003	15
2004	15
2005	14
TOTALT	91

Tabell 1.1 Antall innleggelser etter § 6-2a på Borgestadklinikken pr. år i årene 2006-2010

År	Antall
2006	13
2007	18
2008	14
2009	11
2010	10
Total	66

Antall pasienter i årene 1996-2000 lå mellom 1-6 innleggelser i året, og fra 2000-2008 mellom 12-18 pasienter i året. De to siste årene har vi igjen sett en nedgang til 10-11 pasienter per år. Denne endringen skjedde samtidig med at NAV-reformen ble innført. Vi vet ikke hva disse endringene i innleggelser etter § 6-2a skyldes, men det kan finnes mange forklaringer. Det kan være hvor godt lovhjemmelen er kjent og akseptert, at det reelt sett er endring i antall kvinner i fruktbar alder som ruser seg, at sosial- og helsetjenestenes kompetanse til å avdekke gravide med et rusmiddelproblem har endret seg, eller en blanding av disse (og

eventuelt andre) forklaringer. Det er mulig at NAV-reformen medførte oppløsning av etablerte team med erfaring fra russektoren. Å avdekke rusbruk under graviditet og gripe inn med tvangsvedtak er en så komplisert og etisk vanskelig avveining, at det skal mye til uten et kollegialt team å drøfte tegn og tiltak med.

3.1. Bakgrunnsvariabler

De bakgrunnsvariablene vi har valgt å se på er nært knyttet opp mot den pasientgruppen vi undersøker. Vi har sett på geografisk tilhørighet, alder, sivilstatus, hvilke(t) rusmiddel kvinnen har brukt, om kvinnen har vært gravid før, om hun har vært innlagt etter § 6-2a før, og om hun hadde omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet.

3.1.1. Geografisk tilhørighet

Pasientene som har blitt innlagt etter § 6-2a ved Borgestadklinikken i årene 2006-2008, har kommet fra 9 fylker. Disse fordeler seg slik: Vestfold (11), Telemark (10), Buskerud (7), Aust-Agder (6), Akershus (4), Hordaland (3), Vest-Agder (2), Hedmark (1) og Sogn og Fjordane (1).

Tall fra denne kartleggingsperioden viser at pasientene er hjemmehørende i følgende fylker: Vestfold (4), Telemark (8), Buskerud (1), Aust-Agder (2), Hordaland (1), Vest-Agder (4), Ukjent (1)

3.1.2. Pasientenes alder

Alderen på de innlagte etter § 6-2a i årene 2005-2010 varierer mellom 16 og 38 år. Her fordeler kvinnene seg slik:

- I aldersgruppen under 17 år er det 2 kvinner (3%)
- I aldersgruppen 17-20 år er det 11 kvinner (17 %)
- I aldersgruppen 21-24 år er det 18 kvinner (28 %)
- I aldersgruppen 25-30 år er det 18 kvinner (28 %)
- I aldersgruppen 31-35 år er det 9 kvinner (14 %)
- I aldersgruppen 36-40 år er det 7 kvinner (11 %)

Det er 1 pasient som ikke har svart på dette spørsmålet.

I rapporten til Hansen og Svenkerud (2006) var 34 % av pasientene 31 år eller eldre ved innleggelse. I årene 2006-2008 var 18 % av kvinnene 31 år eller eldre ved innleggelse. I siste periode var 38% av kvinnene 31 år eller eldre ved innleggelse. Når kvinnene som innlegges etter § 6-2a er eldre, kan det tyde på at de har brukt rusmidler over flere år og kan være hardere belastet.

Tabell 2. 0. Gjennomsnittsalder for kvinnene som legges inn etter § 6-2a, 1996-2005

Innleggelsesår	Gjennomsnittsalder
1996	34,3
1997	24,0
1998	30,2
1999	28,7
2000	20,6
2001	28,3
2002	27,4
2003	27,9
2004	30,7
2005	26,6

Tabell 2.1 Gjennomsnittsalder for kvinnene som legges inn etter § 6-2a, 2006-2010

Innleggelsesår	Gjennomsnittsalder
2006	26,3
2007	26,7
2008	24,1
2009	27,9
2010	28,7

- Gjennomsnittsalder i perioden 1996-2005: 27, 9 år.
- Gjennomsnittsalder i perioden 2006-2008: 25,7 år.
- Gjennomsnittsalder i perioden 2009-2010: 28,3 år.

3.1.3. Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnen?

Søvigs doktorgradsarbeid (2004), som dekker gravide innlagte etter § 6-2a i Norge i tidsepoken 1996-2003, viser at 81 % av de tvangsinnlagte kvinnene misbrukte narkotika. Opiater var det dominerende illegale rusmiddelet.

Vårt materiale fra perioden 1996-2010 bekrefter og forsterker denne tendensen. Kvinnene som tvangsinnlegges på Borgestadklinikken har det vi vil kalle et typisk blandingsmisbruk, med klar overvekt av illegale stoffer. Både det opiattdominerte misbruket og det amfetamin-dominerte misbruket preges av at kvinnene også misbrukte cannabis og benzodiazepiner, og noen bruker også alkohol (Nordlie 2011).

Vi ser av tabell 3 at flertallet av kvinnene som ble lagt inn etter § 6-2a i perioden 2006-2010 misbrukte narkotika, enten alene eller sammen med andre rusmidler:

Tabell 3. 0. Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnene innlagt etter § 6-2a

	Ant. 2006-2008	% 2006-2008	Ant. 2009-2010	% 2009-2010
Kun alkohol	5	11,1	1	4,8
Kun narkotika	5	11,1	2	9,6
Kun legemidler forskr. av lege			1	4,8
Både alkohol, narkotika og legemidler	4	8,8	5	23,8
Alkohol og narkotika	5	11,1	4	19,0
Alkohol og legemidler	1	2,2	1	4,8
Narkotika og legemidler	25	55,6	7	33,3
Total	45	100	21	100

Når vi kjenner antallet som bruker narkotika sammenlignet med antallet som bruker alkohol (alene eller sammen med andre rusmidler) nasjonalt sett, er det en rimelig antagelse at det er en klar underidentifisering og underhenvisning i hjelpeapparatet av kvinner som bruker "kun alkohol" og "alkohol og legemidler". 1 av pasientene er lagt inn for kun alkohol og 1 for alkohol og legemidler. 9,6 % er dermed innlagt uten at det har vært narkotika inne i bildet. Tendensen til at det kun er forbruk av illegale rusmidler som fører til innleggelse er uendret gjennom alle årene.

De fleste kvinnene er blandingsmisbrukere (17 av 21). Bruk av både narkotika og legemidler er det som forekommer hyppigst.

3.1.4. Antall fødsler tidligere

10 kvinner (47,6 %) er førstegangsfødende. Dette er en nedgang fra forrige kartlegging. Dette kan ha sammenheng med at gjennomsnittsalderen har gått noe opp siden forrige undersøkelse, og antall kvinner over 31 år ved innleggelse har gått opp fra 18 % i årene 2006-2008 til 38,1 % i 2009-2010.

14,3 % av materialet består av andregangsfødende, 28,6% av tredjegangsfødende, og 4,8 % har 3 eller flere fødsler bak seg før dette tvangsvedtaket. Den med flest, har 4 fødsler fra før. Det vil si at 10 av de 20 som har svart på dette spørsmålet har en eller flere fødsler bak seg før det svangerskapet de nå er lagt inn for. At så mange av kvinnene har født tidligere henger sannsynligvis sammen med at de er eldre når de blir lagt inn.

3.1.5. Tidligere innleggelser ved graviditet

20 kvinner har svart på spørsmålet om de tidligere har vært innlagt etter § 6-2 a ved graviditet. 2 pasienter svarer at de har det. 1 har vært innlagt én gang tidligere og 1 har vært innlagt to ganger tidligere.

20 kvinner har svart på spørsmålet om de har vært innlagt etter § 6-3 tidligere. Ingen av de som har svart på dette spørsmålet har vært innlagt etter denne paragrafen tidligere.

20 kvinner har svart på spørsmålet om de tidligere har vært frivillig innlagt ved graviditet. 2 av disse 20 oppgir at de tidligere har vært frivillig innlagt ved graviditet.

3.1.6. Om kvinnene har omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet

Vi har sett at 11 av pasientene har en eller flere fødsler bak seg før det svangerskapet de nå legges inn for. De fleste av dem har imidlertid ikke omsorg for disse barna ved innleggelsestidspunktet. 4 kvinner oppgir at de har omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet. De kvinnene som har omsorg for barn, fordeler seg jevnt mellom de ulike kategoriene i forrige tabell når det gjelder hvilket rusmiddel de bruker.

I rapporten til Hansen og Svenkerud (2006) var det 6 av 45 kvinner som hadde barn fra før, som oppga å ha omsorg for tidligere fødte barn - ca. 13 %. I årene 2006-2008 er det 2 av 18 kvinner som oppgir dette - ca. 11 %. I 2009-2010 er det 4 av 11 kvinner som har omsorg for tidligere fødte barn - ca. 36%. Her ser vi altså en stor endring prosentvis. Selv om det er umulig å si noe sikkert, med så lavt antall kvinner, kan dette resultatet være i overensstemmelse med at det skulle mer til for å legge inn gravide på § 6-2a i siste periode.

Ingen av de 4 kvinnene som har omsorg for barn har vært innlagt tidligere. Alle disse beholder omsorgen for sitt nye barn, inkludert 1 som fikk vedtaket opphevet. De barna som bor hos mor når hun blir innlagt på § 6-2a, har vært utsatt for en mor som ruser seg. De barna har levd med rus i familien. Det kan vi si sikkert fordi disse kvinnene trengte avrusning ved innleggelsen. Siden disse kvinnene også beholder omsorgen for det nye barnet, vet vi at barnevernet allikevel vurderer mødrene til å ha god nok omsorgsevne. Utfordringen blir for barnevernet og tjenesteapparatet å følge disse familiene godt og lenge nok etter at de er skrevet ut fra klinikken.

3.2. Tiden før innleggelse

Det spesielle med denne pasientgruppen er at de, av hensyn til tredjepart, kan tilbakeholdes i institusjon mot eget samtykke. Barnets (fosterets) beste er den overordnede verdi, og rusmiddelbruk anses ikke forenlig med barnets beste. Samtidig ligger det innbakt i loven at frivillige tiltak skal være vurdert utilstrekkelige før vedtak kan fattes.

”Når sosialtjenesten finner at forutsetningene er til stede så er det to måter vedtaket kan gjøres på; som midlertidig vedtak (”hastevedtak”) eller som et ordinært vedtak som sendes fylkesnemnda for sosiale saker for avgjørelse før vedtaket fattes.” (Flaaterud 2000: 10-12).

Bestemmelsen som gjør det mulig å tvangsinnlegge gravide rusmiddelmisbrukere med hjemmel i midlertidig vedtak lyder slik (LOST § 6-2a, 5. og 6. ledd):

”Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av sosialtjenesten dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. Lederen i fylkesnemnda skal snarest, og om mulig innen 48 timer, treffe vedtak om foreløpig godkjenning av det midlertidige vedtaket. Midlertidige vedtak etter denne bestemmelsen er enkeltvedtak. Fylkesnemnda er klageinstans.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til enkeltvedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort

Formålet med denne bestemmelsen fremhever at det i enkelte tilfeller vil haste med å tvangsinnlegge den gravide kvinnen. Forarbeidene til loven forutsetter beskjeden bruk av midlertidige innleggelse. Det presiseres: *”Det kan være behov i enkelte tilfeller å treffe et midlertidig vedtak. Det skal mye til, og vil bare være aktuelt i rene unntakstilstander”* (Ot. prp.48;1994-95 s. 16).

Søvig (2004) viser imidlertid i sin undersøkelse at bruk av midlertidige vedtak er blitt hovedregelen ved innleggelse av gravide rusmiddelmissbrukere etter § 6-2a. Han samlet inn tall fra fylkesnemndene, som viste at fra 1996 til 2003 var alle kvinnene som ble tvangsinnlagt midlertidig innlagt da vedtaket ble realitetsbehandlet, med unntak av to kvinner. De to ble tvangsinnlagt mens de var innlagt etter § 6-3 fordi de ikke lenger ville samtykke i å bli tilbakeholdt på institusjon. Rokkan-rapporten (Lundeberg m.fl., 2010) viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak når det gjelder tvangsinnleggelse. Etter § 6-2a er hastevedtak hovedregelen.

Vi har ikke undersøkt omfanget eksakt, men bruk av hastevedtak er også regelen mer enn unntaket for kvinnene som blir innlagt etter § 6-2a på Borgestadklinikken. Så å si alle kommer inn på hastevedtak. Det finnes noen ytterst få unntak som kommer på ordinært vedtak, fordi de blir overført fra andre institusjoner som de har vært innlagt ved i påvente av ledig plass hos oss. Spørsmålet er hvor lenge det har blitt prøvd med frivillig oppfølging før sosialtjenesten på et gitt tidspunkt finner ut at nå må hastevedtak fattes.

Det er ingen enkel oppgave som her er gitt sosialtjenesten. Det må gjøres fortløpende vurderinger om, og på hvilken måte, frivillige hjelpetiltak er tilstrekkelige eller ei. For å kunne fremme sak for fylkesnemnda må sosialtjenesten samle inn og systematisere nødvendig grunnlagsinformasjon. Det er fylkesnemnda som vedtar om grunnlaget er til stede for tvangsvedtak, men kan det likevel hende at sosialtjenesten ikke fremmer sak før de er svært sikre på å få medhold hos fylkesnemnda? Anvendes frivillige tiltak for lenge? Og hvor lenge behandles kvinnen i andre hjelpetiltak, før det blir meldt bekymring til sosialtjenesten? Vi lurer på om helsepersonell ivaretar meldeplikten sin godt nok. Sosialtjenesten kan ikke initiere tvangsvedtak uten grundige opplysninger. Dersom de gravide rusavhengige kvinnene ikke er kjent av sosialtjenesten fra tidligere, er tjenesten mer avhengig av opplysninger fra andre deler av tjenesteapparatet. Siden det er så vidt høy andel fleregangsfødende i dette utvalget, kan en fundere på om eventuelle bekymringer bare meldes til barnevernet, ikke til sosialtjenesten? Barnevernet har ingen myndighet før barnet er født.

3.2.1. Når i svangerskapet oppdaget kvinnen at hun var gravid?

20 kvinner har svart på dette spørsmålet. Av dem spenner oppdagelsen av graviditeten fra 4. – 38. uke. Gjennomsnittet for når kvinnene oppdaget de var gravide var uke 11. Av de 20 kvinnene som har svart på dette spørsmålet, oppdaget 4 av kvinnene graviditeten innen uke 5 (20%), fra uke 6 til uke 9: 7 kvinner (35%), 4 kvinner fra uke 10 til uke 14 (20%), 4 kvinner fra uke 15 – 19 (20%), 3 kvinner fra uke 20 – 24 (15%), og 1 kvinne i uke 38 (5%). Innen utgangen av 12. uke hadde 11 kvinner (55%) oppdaget at de var gravide.

3.2.2. Hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten?

I spørreskjemaet er det skrevet inn i åpent felt hvem som avdekket og meldte bekymring som siden førte til tvangsvedtaket.

Tabell 4. 0. Hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten, 2006-2010

	Frekv. 2006-2008	% 2006-2008	Frekv. 2009-2010	% 2009-2010
"Kjent av sosialtjenesten"	9	17,6	2	9,5
Barneverntjenesten/-vakten	8	15,7	4	19,0
Lege	7	13,7	1	4,8
Kvinnene selv	5	9,8	3	14,3
Politi	5	9,8		
Utekontakt/ lavterskeltilbud	5	9,8	3	14,3
Pårørende	3	5,9	2	9,5
Jordmor	1	2,0	2	9,5
Rusbehandlingsinstitusjon	4	7,8	3	14,3
Anonym bekymringsmelding	2	4,0		
Andre	2	4,0	1	4,8
Total	51	100	21	100

Tabell 4.1 Hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten, 1996-2005

	Frekvens	%
Kvinnene selv	17	18,7
Rusbehandlings-/omsorgsinstitusjon	16	17,6
"Kjent av sosialtjenesten"	13	14,3
Lege/ fastlege	11	12,1
Politi	8	8,8
Sykehus (gynekologisk/ legevakt)	5	5,5
Barneverntjenesten /vakten	4	4,4
Pasientens pårørende	3	3,3
Anonym bekymringsmelding	3	3,3
Helsestasjon	2	2,2
Hjemmesykepleien	1	1,1
Andre	2	2,2
Ikke oppgitt	6	6,6
Total	91	100

Sammenlignet med rapporten til Hansen og Svenkerud (2006) (se tabell 4.1.) var det en nedgang til 2006-2008 når det gjelder kvinner som selv melder fra. Tallene her må tolkes med forsiktighet, siden spørsmålet er formulert som "hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten". En potensiell mulighet kan være at kvinnen selv sa ifra til for eksempel en lege om at hun var gravid, og forventet at legen fulgte opp videre, noe som dermed ville bli registrert som om legen avdekket og meldte ifra. Det er kun i de tilfellene hvor det eksplisitt er skrevet at kvinnen selv meldte fra, at dette er registrert slik. For 2009-2010 er tallet gått opp til 14,3%, men dette gjelder kun 3 kvinner og er et altfor lite tall til å brukes statistisk.

Sammenlignet med rapporten til Hansen og Svenkerud (2006) ser vi også at antall meldinger fra barneverntjenesten har økt fra 4,4 % til 15,7 % i 2006-2008. Denne endringen er ytterligere styrket siste kartleggingsperiode, til 19 %. Det er altså en utvikling mot at bekymringene først kommer til barnevernet, før barnevernet melder videre til sosialtjenesten. At barnevernet er den instans som melder til sosialtjenesten, kan ha sammenheng med at en stor andel av kvinnene i siste periode hadde barn fra før. De var kanskje allerede kjente av barnevernet. I Lov om Sosiale tjenester er fosteret et individ som skal beskyttes, men norsk lov er for øvrig slik at et barn kun blir et rettslig individ etter at det har blitt født. Dersom fosteret virkelig ble vurdert som ett rettsvesen, ville det kunne havne i barnevernets omsorg allerede før fødsel.

3.2.3. Hvorfor ble vedtak fattet?

Under lister vi opp hva som er registrert som grunn for vedtak. Mange har grunner som handler om manglende samarbeidsvilje eller -evne. Allikevel tror vi at det tar for lang tid før vedtak fattes, og at frivillige tiltak prøves ut for lenge. Med tanke på barnet i magen, er det viktig at denne «frivillighetsperioden» blir så kortvarig som mulig.

- Lite samarbeidsvillig
- Bruk av sterke smertestillende
- Frivillige tiltak vurdert som utilstrekkelig pga lite samarbeidsvilje
- Frivillige tiltak ikke tilstrekkelige
- Hadde ingen forståelse av sin situasjon
- Hasjrøyking og suicidalfare
- Kjent i rusmiljøet
- Lav alder, rusing, trengte ivaretagelse etter barnevernsloven. Graviditet førte til overføring til sosialtjenesteloven 6-2a
- Manglende samarbeidsevne
- NAV var bekymret
- Nektet urinprøver og annet samarbeid
- Observert påvirket, mann døde av overdose, unnveket flere tilbud om behandling over lang tid.
- Omsorg i barnevernet ikke nok skjerming. Fortsatt rusinntak
- Pasienten ønsket tvang
- Positive urinprøver, ikke samarbeidsvillig
- Takket nei til frivillig innleggelse
- Var innlagt på psykiatrisk sykehus, avla ikke urinprøver
- Vurdert til at frivillige tiltak ikke nytter. Møter ikke til avtale, avlegger ikke urinprøve
- Ønsket ikke frivillig behandling
- Ønsket ikke hjelp

I denne listen ser vi at manglende samarbeid nevnes som innleggelsesgrunn i 5 av 20 saker. I 9 av sakene nevnes det en grunn som kan betraktes som at frivillige tiltak er vurdert som utilstrekkelige. Det ville vært interessant å undersøke nærmere hvilken praksis sosialtjenesten har på dette området, og eventuelt lage en nasjonal prosedyre for hvordan sosialtjenesten bør forholde seg i slike bekymringsaker.

3.2.4. Har den gravide før innleggelse vært til kontroll hos/ vært i kontakt med noen instanser?

- 13 av kvinnene (62 % av utvalget) har vært i kontakt med fastlege før innleggelse.
 - 5 kvinner har vært i kontakt med jordmor (24 % av utvalget).
 - 3 har vært i kontakt med annen rusinstitusjon (14,8 % av utvalget).
 - 4 har vært i kontakt med instanser for psykiatri (19%).
 - 6 (29%) kvinner har vært i kontakt med andre instanser. Disse har vært i kontakt med følgende instanser: sosialtjenesten, barnevern, psykolog, gynekolog, politi og LAR.
- Flere av kvinnene har, som vi ser, vært i kontakt med flere instanser i tiden før innleggelse.

3.2.5. Hvor langt på vei var kvinnen da hun oppdaget graviditeten?

Det ble spurt hvor mange uker kvinnene var på vei første gang de var i kontakt med disse instansene. Kun 12 kvinner har svart på dette spørsmålet. Dette er for lite til at vi kan hente noe ut av disse tallene.

Hvor langt på vei oppdaget kvinnen graviditeten	Frekvens	%
5-9 uker	6	50
10-14	3	25
15-19	2	17
35-39	1	8
Total	12	100

3.2.6. Hvor lang tid går det mellom noen vet/ kvinnen fanges opp og til tvangsvedtak fattes?

Hensikten her er å finne ut hvor lang tid det tar fra graviditeten oppdages til kvinnen blir lagt inn etter § 6-2a. Dette omtaler vi som «frivillighetstida». Vi har data fra 55 av de 66 innleggelsene i perioden 2006-2010.

Tidsperiode	Gjennomsnitt
1996-2005	11
2006-2008	8,3
2009-2010	8,6

I de tallene vi har fra perioden 1995-2005, med svar fra 45 % av kvinnene, varierer spennet i hvor lang tid det tar fra kvinnen oppdager at hun er gravid til hun legges inn fra 0. (er allerede innlagt når hun blir gravid) til 30. uke. Gjennomsnitt er 11 uker. Det er stor variasjon med ekstremverdier i hver ytterkant og med tyngdepunkt rundt to måneder.

Når det gjelder datamaterialet fra perioden 2006-2008, varierer spennet i hvor lang tid det tar fra kvinnen oppdager at hun er gravid til hun legges inn fra 0 uker til 24 uker. Gjennomsnittstiden fra oppdaget graviditet til innleggelsestidspunkt er 8,3 uker, med en overhyppighet rundt 6 uker. Dette kan tyde på at tiden fra graviditeten blir oppdaget til innleggelsestidspunkt, har gått ned. Disse tallene er imidlertid usikre, da svarprosenten på dette spørsmålet er lav i denne kartleggingsperioden.

For 2009-2010 varierer tiden fra oppdaget graviditet til innleggelse fra 0 til 27 uker. Gjennomsnitt på 8,6 uker. Forholdsvis sikre tall, siden det kun mangler tall på 1 av kvinnene.

Søvig (2004) fant i sin undersøkelse at sosialtjenesten gjennomsnittlig brukte 58 dager fra de fikk kjennskap til at en rusmiddelmissbruker var gravid, til tvangsvedtaket ble fattet. Også hans tall må tolkes med forsiktighet. Av i alt 108 vedtak, manglet det opplysninger i 53 av vedtakene. Søvig antyder at det er en utvikling i tid hvor det ser ut til at tvangsinnleggelsesvedtaket treffes tidligere i svangerskapet nå enn før. I perioden 1996-1999 var det ved innleggelse gjennomsnittlig 84 dager igjen til termin, mens tallene fra 2000-2003 viser en stigning til 114 dager. Han påpeker at det samtidig har vært en nedgang i saksbehandlingstiden i sosialtjenesten; dvs. fra sosialtjenesten får vite om den gravide rusmiddelmissbruker og til et midlertidig vedtak er fattet. For perioden 1996-1999 var den gjennomsnittlige behandlingstiden 66 dager, mens den i perioden 2000-2003 var sunket til 47 dager (Søvig 2004:384).

På Borgestadklinikken har frivillighetstiden holdt seg stabil etter 2005 på ca. 60 dager, mens den fra 1995-2005 lå på ca 77 dager. Vi ser altså at frivillighetstida er noe lengre i våre tall enn i Søvigs rapport, men endringen er nokså tilsvarende.

3.2.7 Brukes det for lang tid på frivillige tiltak før tvangsvedtaket fattes?

Dette er ikke noe enkelt spørsmål å besvare, og i hvert fall ikke noe å trekke konklusjoner fra. Om vi synes det kan ta lang tid mellom det at de ulike instanser er i kontakt med kvinnen første gang og til innleggelsen etter § 6-2a skjer, så kan det bety at det frivillige opplegget som kvinnen følger har fungert tilfredsstillende over en lengre periode. Eller det kan bety at noen har reagert for sent. Kvinnene har ofte vært i kontakt med flere instanser. Om noen, og i så fall hvem, som skulle ha reagert raskere er umulig å si ut fra vårt datamateriale. Allikevel kan en stille spørsmålstegn ved om meldeplikten er godt nok kjent/ivaretas godt nok av de profesjonelle i tjenesteapparatet.

3.3. Tiden under innleggelse

Vi ser ikke her på hvorvidt kvinnene har tatt i mot behandling, hvorvidt de har hatt vilje og motivasjon for, eller opplevd nytte av behandling - eller noen slike innholdsmessige sider av tiden under innleggelse. Det krever helt andre datatilfang. Vi ser på når i graviditeten vedtaket fattes, om kvinnen tar abort etter innleggelse, om hun under innleggelsen overføres til en annen paragraf, og hvis hun er gift/samboende eller i et forhold - om partneren også legger seg inn.

3.3.1. Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet

For perioden 2006-2008 har 40 av 45 pasienter oppgitt hvor mange uker gravid de var ved innleggelsestidspunktet. Kvinnene ble innlagt etter § 6-2a jevnt spredt ut fra den 5. svangerskapsuke til den 35. svangerskapsuke. Gjennomsnittet er at pasienten var 19 uker gravid. I Hansen og Svenkeruds (2006) rapport var gjennomsnittet 23,5 uker gravid. Vi ser her en nedgang i antall uker den gravide var på vei ved innleggelse. For kvinnene fra 2009-2010 er gjennomsnittstallet for uker gravid ved innleggelse 22,3.

Tabell 5. 0. Antall uker på vei ved innleggelsestidspunktet, 2006-2008 + 2009-2010

Uke	Frekv. 2006-2008	% 2006-2008	Frekv. 2009-2010	% 2009-2010
0-12	9	20	6	29
13-17	10	22,2	1	5
18-24	10	22,2	5	24
25-40	11	24,4	9	43
Missing	5	11,2		
Total	45	100	21	100

Endringen fra første 10-årsperiode til 2006-2008 viser at flere kommer inn tidlig og færre seint. I siste periode er denne endringen gått tilbake, slik at kvinnene igjen kommer inn seint i svangerskapet.

Tabell 6. 0. Antall uker på vei på innleggelsestidspunktet fordelt på år

Årstall for innleggelse på Borgestadklinikken	Antall innleggelser i dette tidsrommet	Gjennomsnitt antall uker gravid på innleggelsestidspunktet
1996-1999	16	25,3
2000-2002	26	24,1
2003-2005	42	22,5
2006-2008	45	19
2009-2010	21	22,3

Mens gjennomsnittlig antall uker gravid på innleggelsestidspunktet var 25,3 uker i perioden 1996-99, har dette sunket til 19 uker i perioden 2006-2008. Det vil si at kvinnene i snitt kommer ca. 6 uker tidligere inn i 2006-2008. For perioden 2009-2010 kommer kvinnene inn lenger ute i svangerskapet. Tallene for siste periode ligner mer på den første 10-årsperioden.

3.3.2. Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved Borgestadklinikken (i forbindelse med dette tvangsvedtaket)?

Fra politisk hold ble det fryktet at en mulig bivirkning av loven ville være økning av aborttallet. Kvinnene kunne ta abort for å avslutte et tvangsvedtak, eller for å hindre at tvangsvedtak ble iverksatt. Risiko for abort, og risiko for fosterskader, ble begge ansett som uønskede resultater, men veid opp mot hverandre vurderte stortingsflertallet faren for fosterskader som tyngst.

Det skal være tungtveiende (medisinske, sosiale og arvemessige) grunner for å innvilge abort etter uke 17. Hvis det kan påvises misdannelser, ved ultralyd eller fostervannsprøve, kan det søkes abort til og med uke 20. Misdannelser som er uforenlige med liv, kan stoppes når som helst i svangerskapet.

I perioden 1996-2005 har 11 svangerskap etter innleggelse på § 6-2 a ved Borgestadklinikken endt i abort (Hansen og Svenkerud, 2006). I perioden 2006-2008 har 5 av 44 kvinner tatt abort. I 2009-2010 var det 5 av 21 svangerskap som endte i abort. Imidlertid var en av disse en spontanabort og en annen var et svangerskap utenfor livmoren. Kanskje er dette et høyt antall? Eller er det slik av kvinnene selv vurderer at de ikke vil være i stand til å gi barna sine et godt liv?

Gravide i Norge kan selv velge abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. Dersom en rusavhengig gravid velger abort før hun blir tvangsinnlagt, eventuelt for å unngå dette, vil ikke dette bli registrert i våre tall, som jo kun gjelder de som faktisk ble innlagt etter § 6-2a.

Abort anses ikke som et ønsket utfall fra politisk hold. Imidlertid er det slik at de kvinnene som valgte abort, i mindre grad var sløvet av rus når de bestemte seg, fordi de allerede var inne i klinikken. Kvinnen blir uansett valg støttet og ivaretatt underveis og etterpå.

Tabell 7. 0. Om kvinnene har tatt abort etter innleggelse, krysset på år

Innlagt på BK (år)	Har kvinnen tatt abort etter innleggelse?		Total
	Nei	Ja	
1996	3	0	3
1997	1	0	1
1998	5	1	6
1999	6	0	6
2000	5	0	5
2001	9	3	12
2002	11	3	14
2003	13	2	15
2004	15	0	15
2005	12	2	14
2006	13	0	13
2007	16	2	18
2008	10	3	13
2009	8	2	10
2010	7	3	10
Total	134	21	155

Tabell 8.0. Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet krysset med om kvinnen har tatt abort etter innleggelse ved Borgestadklinikken i årene 1996-2005

Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet	Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved BK (ifbm dette tvangsvedtaket?) 1996-2005		2006-2008		2009-2010	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
0-12	5	5	7	2	2	4
13-17	8	2	8	2	1	0
18-24	24	1	9/10	0/1	4	1
25-40	39	0	10/11	0/1	9	0
Total	76	8	35	5	16	5

3.3.3. Har kvinnen blitt overført til en annen paragraf mens hun var innlagt ved Borgestadklinikken?

Sosialtjenesten er etter paragraf 6-1 og 6-1a ansvarlig for å fatte vedtak i de forhold som her omhandles. For § 6-2 og § 6-2a fatter sosialtjenesten midlertidige vedtak, i påvente av at fylkesnemnda skal treffe endelig vedtak. Fylkesnemnda er også klageinstans når det gjelder vedtakene om tilbakeholdelse i institusjon mot eget samtykke. For § 6-3 gjelder at når en rusmiddelmisbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren skriftlig samtykker til å holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

For § 6-2a gjelder at "Sosialtjenesten skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse". Et vedtak om tilbakeholdelse på institusjon mot pasientens samtykke, kan slik oppheves i løpet av institusjonsoppholdet. Denne paragrafens sekundære mål er å motivere for og tilby den gravide tvangsinnlagte kvinnen tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og kunne bli i stand til å ta vare på barnet.

En liten pekepinn om retning av en slik motiverings- og forandringsprosess kan være å se nærmere på om grunnlaget for tvangsvedtaket oppheves underveis og om kvinnen fortsetter i frivillig behandling under resten av graviditeten.

I tabellen under ser vi hva som skjedde med de 43 kvinnene som har besvart dette spørsmålet i perioden 2006-2008 og de 21 i perioden 2009-2010, sammenlignet med perioden 1996-2005.

Tabell 9. 0. Under innleggelse, har kvinnen blitt overført til en annen paragraf, 2006-2008 og 2009-2010

	Frekv. 2006-2008	% 2006-2008	Frekv. 2009-2010	% 2009-2010
Nei	29	67,4	12	57
Ja, fra § 6-2a til § 6-1	2	4,7	0	0
Vedtak på § 6-2a opphevet av fylkesnemnden	7	16,3	3	14,3
Vedtak opphevet grunnet abort	5	11,6	5	23,8
Ja, fra § 6-3 til 6-2a			1	4,8
Total	43	100	21	100

Tabell 9. 1 Under innleggelse, har kvinnen blitt overført til en annen paragraf, 1996-2005

	Frekvens	%
Nei	66	72,5
Ja, fra § 6-3 til § 6-2a	2	2,2
Ja, fra § 6-2a til § 6-3	5	5,5
Ja, fra § 6-2a til § 6-1	5	5,5
Vedtak på § 6-2.a opphevet av fylkesnemnden	2	2,2
Vedtak opphevet grunnet abort	11	12,1
Total	91	100

Som vi ser, endres ikke lovhjemmelsgrunnlaget under institusjonsoppholdet for flesteparten av kvinnene. Det at lovhjemmelsgrunnlaget ikke endres betyr ikke at vi kan konkludere med at hos disse kvinnene skjer det liten eller ingen forandring når det gjelder motivasjon for frivillig behandling eller reell deltakelse i det behandlingstilbudet de mottar. Vi kan bare konstatere at grunnlaget for tvangsvedtaket fortsatt er tilstede.

I perioden 1996-2005 ser vi at det kun er 2 kvinner (2,2 %) som har fått sitt vedtak opphevet av fylkesnemnda. I perioden 2006-2008 fikk 7 kvinner sitt vedtak opphevet av fylkesnemnden. Dette er en sterk økning. 4 av de 7 (16,3 %) som fikk vedtaket opphevet var innlagt på grunn av bruk av "kun alkohol". Vi vet at det i perioden var 5 kvinner som ble innlagt til sammen på grunn av bruk av "kun alkohol" - så av disse 5 fikk altså 4 opphevet sitt vedtak i fylkesnemnda.

Det prosentvise antallet vedtak som oppheves på grunn av abort har holdt seg stabilt i de to første undersøkelsene (1996-2005 og 2006-2008), på ca. 12 %. Nå har dette tallet steget til 24 prosent. Totalantallet er altfor lavt til å si noe om signifikant endring.

3.3.4. Hvis i parforhold ved innleggelsestidspunktet: legger mannen seg inn i løpet av kvinnens innleggingsperiode?

Dersom kvinnen ønsker det, og det vurderes som terapeutisk gunstig, inviteres hennes partner med til innleggelse ved klinikken som en støtte og hjelp for henne i tiden hun har igjen frem til fødselen. Kvinnens partner blir, om nødvendig, tilbudt hjelp for sine egne rusmiddelproblemer. Han innlegges etter det samme strenge skjermingsregimet som kvinnen. Ønsket om å gjøre oppholdet til det beste både for fosteret og for moren ligger her som en grunnleggende premis.

Av de 21 kvinnene som har svart på spørsmålet om mannen har lagt seg inn i løpet av kvinnens innleggingsperiode, har 4 (19 %) svart at mannen har lagt seg inn samtidig med kvinnen. 16 (76 %) har svart nei, og 1 (4,8 %) har svart uaktuelt.

Kategoriene under spørsmålet om sivilstatus ved innleggelsestidspunktet er sannsynligvis misvisende, siden det ikke fanger opp dem som har partner uten å være gift/ samboende. Når vi kryssjekker sivilstatus på innleggelsestidspunktet med spørsmålet om mannen har lagt seg inn samtidig med kvinnen, finner vi at noen av kvinnene som oppga at de var ugifte som sin sivilstatus, har oppgitt at mannen la seg inn til behandling samtidig som dem.

Det anses som viktig at mannen får mulighet til å forberede seg på det å bli far og kunne etablere seg som en omsorgsfull og ansvarlig far for sitt barn. Erfaringsmessig vet vi fra arbeidet med frivillige gravide, at kvinnene bruker mye krefter rundt det å bekymre seg om sin partner. Det å ivareta helheten blir forsøkt oppnådd så langt som det er mulig.

Partneren må søkes innlagt via sosialtjeneste eller lege. Han kommer til samtale hos behandler, hvor behandler vurderer deres situasjon og om han vil være en støtte for den gravide. Mennene deltar i alt behandlingsopplegg på enheten, temamøter, samtale hos behandler og får i de fleste tilfeller et individuelt tilpasset behandlingsopplegg.

3.4. Tiden etter fødsel

Behandlingsinstitusjonens formelle ansvar for den gravide innlagt etter § 6-2a oppheves ved fødsel. Av den grunn vil det mangle en del relevante opplysninger om hva som skjer med mor og barn etter fødsel. Vi vet at noen av kvinnene ønsker å avslutte sin kontakt med institusjonen ved fødeavdelingen. Noen overføres direkte til andre hjelpetiltak, enten innen den kommunale helse- og sosialtjeneste, eller til andre spesialisthelsetjenester enn Borgestadklinikken. Noen kommer tilbake til Borgestadklinikken til barselsopphold og/eller frivillig behandling.

Vi har ingen juridisk rett til å få opplysninger om hva som skjer med mor og barn etter fødsel, der mor og barn ikke kommer tilbake til klinikken. De data vi har er derfor på de kvinnene som kommer tilbake til Borgestadklinikken, samt opplysninger som er godkjent gitt til oss av kvinnene.

3.4.1. Hva skjer med mor og barn etter fødsel?

Tabell 10 viser hva som skjer med mor og barn rett etter fødsel i de sakene som førte til innleggelse etter § 6-2a på Borgestadklinikken i perioden 2009-2010:

Tabell 10. Hva skjer med mor og barn etter fødsel, 2009-2010?

Hva skjer med mor etter fødsel?	Barnevernet overtar omsorgen	Mor beholder omsorgen	Far overtar omsorgen	Ikke aktuelt	Total
Utskrives til kommunen	2	3	0	3	8
Videre behandling, frivillig ved Borgestadklinikken	1	4	0	0	5
Videre behandling, frivillig annet sted	0	3	0	1	4
Ikke født	0	0	0	0	0
Ikke aktuelt	0	0	0	4	4
Total	3	10	0	8	21

Av de 8 som har svart "ikke aktuelt", har 3 fått sitt tvangsvedtak opphevet og 5 har tatt abort.

I tabellen under kan vi se hva som skjedde med mor og barn i perioden 1996-2005:

Tabell 10.1 Hva skjer med mor og barnet etter fødsel, 1996-2005

Hva skjer med mor etter fødsel?	Hva skjer med barnet etter fødsel?					Total
	Barnevernet overtar omsorgen	Mor beholder omsorgen	Ikke oppgitt	Ikke født	Avbrutt opphold	
Utskrives til kommunen	9	11	3	0	0	23
Videre behandling, frivillig ved Borgestadklinikken	6	14	0	0	0	20
Videre behandling, frivillig annet sted	0	10	1	0	0	11
Ikke oppgitt	11	2	4	0	0	17
Ikke født	0	0	0	12	0	12
Ikke aktuelt	0	0	0	0	6	6
Total	26	37	8	12	6	89

Ser vi igjen på sekundærmålet med tvangsparagrafen - hvor kvinnen skal motiveres for å ta imot frivillig behandling, tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og bli i stand til å ivareta omsorgen for sitt barn, kan det ut fra disse tallene se ut til at dette i noen grad lykkes. 9 av de 21 kvinnene vi vet noe om i perioden 2009-2010 fortsetter videre i frivillig behandling. Dette utgjør 43 %.

8 av de 13 som fullførte svangerskapet ved institusjon fortsetter i behandlingstilbud samtidig som de har beholdt omsorgen for barnet etter fødsel. 1 fortsetter i frivillig behandling selv om barnevernet overtok omsorgen ved fødsel.

Det er ingen ting som tyder på at de kvinnene som beholder omsorgen for barna var lettere belastet enn de andre kvinnene på innleggelsestidspunktet. Når vi ser på henvisningsgrunnene til de kvinnene som beholder omsorgen for barna, ser vi at disse kvinnene ved innleggelsestidspunktet var like belastet, like lite i stand å ivareta barnet i magen og seg selv, like lite innstilt på hjelp, og de droppet ut av frivillig hjelpetiltak på lik linje med dem som ikke beholdt omsorgen for barna. Er det da slik at kvinnene som beholder omsorgen for barna er førstegangsfødende? I henhold til barnevernloven er det slik at omsorgsovertagelse ikke kan iverksettes dersom andre tiltak blir vurdert som tilfredsstillende, og en kan tenke seg at er du ny forelder må foreldreskap med ekstra støttetiltak prøves ut først. Det er imidlertid ingen sammenheng mellom hvor mange fødsler kvinnen har hatt tidligere og om hun får beholde omsorgen for barna i den siste kartleggingsperioden. Her er det verdt å merke seg at langt de fleste mødre beholder omsorgen.

70 % (7 av 10) av de kvinnene som beholder omsorgen for barna går videre til frivillig institusjonsbehandling. 3 av de kvinnene som beholder omsorgen for barna, utskrives til oppfølging/hjelp i kommunen.

I vår undersøkelse har vi ikke opplysninger om hva innholdet i behandlingen består av, verken for de som innlegges på andre institusjoner til frivillig behandling, eller utskrives til sine hjemkommuner for videre hjelp der. Fra vår side legger vi vekt på å motivere de tvangsinnlagte kvinnene til å samarbeide med barnevernet før fødsel. Angsten for hva som vil skje med barnet etter fødsel, er ofte motivasjon nok til at et slikt samarbeid allerede blir etablert før fødsel. I de få sakene der det er annerledes, vil alltid barnevernet bli tilkoblet ved fødsel.

Er det slik at de kvinnene som beholder omsorgen for barnet er de som har nyttiggjort seg behandling under institusjonsoppholdet, mens de er på tvang? Vi har ikke grunnlagsdata for å si noe om det her, men det er en viss forskjell hvor lenge mødre som beholder omsorgen, og mødre som mister omsorgen, har vært innlagt. I de 3 tilfellene i perioden 2009-2010 der barnevernet overtar omsorgen, har mødre blitt innlagt i uke 26, uke 33 og uke 38, altså seint i svangerskapet.

Antall uker mødre som beholder omsorgen (11 kvinner) var på vei ved innleggelsestidspunktet varierer fra 8.-37. uke, gjennomsnitt 24,5. Antall uker mødre som mistet omsorgen rett etter fødsel (3 kvinner) var på vei ved innleggelsestidspunktet varierer fra 26.- 38. uke, gjennomsnitt er 32,3. Kvinnene som beholder omsorgen kom altså gjennomsnittlig inn nesten 8 uker tidligere i graviditeten enn de som ikke beholdt omsorgen.

Hvis vi sammenligner disse tallene med funnene fra undersøkelsen til Hansen og Svenkerud (2006), ser vi at mødre som beholder omsorgen i snitt kommer inn 4 uker tidligere enn de gjorde i deres undersøkelse. I Hansen og Svenkeruds undersøkelse kom mødre som beholdt omsorgen i snitt inn til behandling i uke 22,3. Når det gjelder mødre som mistet omsorgen rett etter fødsel kom disse i Hansen og Svenkerud sin undersøkelse i snitt inn til behandling i uke 28,3, mens de for årene 2006-2008 kom inn til behandling i uke 23 - altså 5 uker tidligere. For den siste kartleggingen er gjennomsnittlig innleggelse etter 24,5 svangerskapsuker.

Hansen og Svenkerud fant at kvinnene som beholder omsorgen for barnet rett etter fødselen i snitt kom inn til behandling 5 uker tidligere enn de som ikke beholdt omsorgen. I den neste undersøkelsen så vi at de som beholdt omsorgen i snitt kom inn 6 uker tidligere enn de som ikke beholdt omsorgen. Nå er forskjellen på nesten 8 uker (7,8), men dette gjelder kun 13 kvinner totalt.

Er det at kvinnene beholder omsorgen for barna noe som har endret seg i løpet av tiden? Når vi ser på hvor mange som beholder omsorgen ut fra hvilket år de innlegges etter § 6-2a ser det ut til at det er en tendens til at flere beholder omsorgen nå enn før:

Hva skjer med mor etter fødsel?	Frekvens	%
Utskrives til kommunen	8	38,1
Videre behandling, frivillig ved BK	5	23,8
Videre behandling, frivillig annet sted	4	19,0
Ikke aktuelt	4	19,0

Tabell 11. 0. Om kvinnene beholder omsorgen for barnet, krysset på år

Innlagt på BK (år)	Beholder omsorgen for barnet		Totalt antall vedtak
	Nei	Ja	
1996	3	0	3
1997	1	0	1
1998	5	1	6
1999	4	2	6
2000	3	2	5
2001	8	4	12
2002	11	3	14
2003	8	7	15
2004	5	10	15
2005	5	9	14
2006	2	10	12
2007	5	5	10
2008	2	3	5
2009	2	5	7
2010	1	6	7
Total			

Årsakene til at flere beholder barna nå kan henge sammen med svært mange ting. Det kan være at flere kvinner i dag enn tidligere ønsker frivillig behandling etter fødsel og derfor beholder omsorgen nettopp på grunn av frivillig innleggelse, eller at behandlingstilbudet til kvinnene er blitt bedre slik at oppholdet på tvang var tilstrekkelig. Det kan også skyldes at mange av kvinnene de siste årene har vært førstegangsfødende, hvor barnevernlovens prinsipp om at omsorgsovertagelse ikke kan iverksettes dersom andre tiltak blir vurdert som tilfredsstillende, blir avgjørende, og en kan tenke seg at er du ny forelder må foreldreskap med ekstra støttetiltak prøves ut først. Forklaringene kan også ligge i andre, mer utenforliggende forhold, som at det for eksempel skyldes mindre kapasitet i barnevernet, eller at det skyldes et endret syn på hva som er best for mor og barn.

3.4.2. Hva vet vi om barnets tilstand rett etter fødselen?

I perioden 2009-2010 har vi data på 13 barn; 7 jenter og 6 gutter. Fødselsmåte: 12 vanlige, 1 keisersnitt.

I rapporten til Hansen og Svenkerud var det lagt inn opplysninger fra journalene til de kvinnene som kom tilbake til Borgestadklinikken etter fødsel. De fant at blant de 26 barna de hadde data på, var det registrert skader som kan skyldes ruspåvirkning intrauterint hos 18 av dem (2006: 40). De legger vekt på at det er viktig å ha i mente at symptomene som beskrives kan ha flere årsaker, men når mor har hatt et rusmiddelmissbruk under svangerskapet, har barnet enda større risiko for å utvikle visse symptomer. Det er ingen garanti for at barnet ikke kan ta skade, selv når mor er innlagt tidlig i svangerskapet. Barnet vil da ikke fødes med abstinenser i nyfødtperioden, men kan utvikle senreaksjoner, som kan komme uker/måneder etter fødsel. Noen av skadene som barna kan ha ervervet vil uansett ikke kunne være synlig ved fødselen.

I vår undersøkelse er det spurt om det er registrert abstinenser/ skader hos barnet i nyfødtperioden på sykehuset – og eventuelt hvordan dette arter seg. Det er registrert 7 tilfeller av abstinenser/skader. 7 av 12 barn har symptomer av ett eller annet slag (1 barn behandlet, 2 barn symptomer, men innenfor normalområdet, 2 barn – lett abstinens-score).

3.4.3. Fødselsvekt

Egil Nordlie (2012) har systematisert og sammenliknet fødselsvektene på barn født av tvangsinnlagte kvinner med barn født av frivillig innlagte gravide rusmiddelmissbrukere ved Borgestadklinikken i tidsrommet 01.01.1996 til 31.12.2009. 110 barn av tvangsinnlagte er inkludert i denne studien, og 57 barn født av frivillig innlagte kvinner.

Fødselsvekt er en indikator på både morens og barnets helsemessige status i svangerskapet og fødselsvekt har sammenheng med personens helse videre i livet. En vet også at blant annet ernæring, sykdom, genetiske faktorer og ikke minst røyking kan påvirke fødselsvekten. I Nordlies studie er begge gruppene storrykere og har et rusmiddelmissbruk preget av blanding av flere rusmidler.

Han finner følgende: Den gjennomsnittlige fødselsvekt på barna født av tvangsinnlagte kvinner i angitte periode var 3165 gram. De frivillig innlagte mødrenes barn veide 3362 gram.

Gitt gjennomsnittsvekten for Norge, som var 3531 gram i samme periode, hadde barna til de

tvangsinnlagte kvinnene signifikant lavere fødselsvekt (376 gram). Bruken av ulike rusmidler er den primære årsaken til den lave fødselsvekten, sier Nordlie. Sekundært til rusmiddelbruk nevnes ernæringsforstyrrelser, følgesykdommer og røyking.

Den gjennomsnittlige lavere fødselsvekten (197 gram) for de tvangsinnlagte mødres barn sammenliknet med de frivillige innlagte mødres barn, forstås som at primær- og sekundærbelastningene ved selve rusmiddelbruken er større for de tvangsinnlagte.

Nordlie konkluderer med at dette sees som en klar indikasjon på at tvangsparagrafen blir anvendt overfor den mest belastede gruppen kvinner.

Et annet interessant funn i hans undersøkelse er når han inndeler fødselsvekt etter hvor lang tid kvinnen var tvangsinnlagt. Han finner at kvinner som var tvangsinnlagte mer enn halve svangerskapet fødte barn som veide gjennomsnittlig 3512 gram. De som hadde opphold kortere enn halve svangerskapet fikk barn med en signifikant lavere fødselsvekt (483 gram).

Gjennomsnittsvekten på de nyfødte av mødre som hadde vært tvangsinnlagte mer enn halve svangerskapet var på nivå med norske barn for øvrig, på tross av at mødrene røykte mye. Jo tidligere mødrene blir tvangsinnlagte, jo bedre er det for barna. For frivillig innlagte kvinner med institusjonsopphold lengre enn halve svangerskapet var gjennomsnittlig fødselsvekt hos barna 3439 gram. Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3301 gram når mødrene hadde vært frivillig innlagte kortere enn halve svangerskapet.

På tross av utbredt bruk av alkohol, med risiko for store skadevirkninger hos barnet, var det få kvinner som ble innlagt på grunn av alkoholmisbruk. Dette gjaldt både tvangsinnlagte og frivillig innlagte.

3.4.4. Barselopphold ved Borgestadklinikken

5 av de 13 kvinnene som fullførte svangerskapet på klinikken kom tilbake for barselopphold/frivillig behandling på Borgestadklinikken etter fødsel (38 %). 4 av disse kom tilbake med barnet. 1 barn hadde barnevernet tatt omsorgen for. Barseloppholdet med barn handler om å ivareta familien fram til bolig og tiltak i kommunen, eventuelt annen behandlingsplass, står klart. 4 av de som fullførte svangerskapet ble utskrevet til kommunen og 4 til frivillig behandling annet sted.

Formålet med barseloppholdet for dem som blir fratatt omsorgen for barna umiddelbart etter fødsel er både av behandlingmessig og av omsorgsmessig karakter. Kliniske erfaringer har vist at kvinner som mister omsorgen ved fødsel, og som ikke får bearbeidet sorgen over tapet og sin nye situasjon, i større grad kan tendere til å raskt bli gravide igjen.

Vi har også sett at 4 går videre til frivillig behandling annet sted, uten at vi i denne undersøkelsen har sett på grunnene til dette. Alle disse har beholdt omsorgen for barnet. Det er såpass mange frivillig velger å komme tilbake til barselopphold etter fødsel, må kunne tolkes dit hen at vi lykkes i å skape en viss tillit eller gi en opplevelse av at det er trygt å være pasient. Det er ikke slik at alle, uten videre, gis rett til å komme tilbake. Det er en avveining og vurdering av faglige og menneskelige hensyn som er avgjørende, og kapasiteten på det aktuelle tidspunktet vil også kunne være en begrensning. Et barselopphold med barn er alltid avklart med, og i samarbeid med, barnevernet.



4. Oppsummering

I denne kartleggingsundersøkelsen har vi sett at det har vært 21 innleggelser etter § 6-2a på Borgestadklinikken i perioden 2009-2010. Antall tvangsinnleggelser økte kraftig etter år 2000, men holdt seg ganske stabilt til og med 2008. Fra sommeren 2009 så vi en markant nedgang i antall innleggelser. Denne endringen ble synlig samtidig med at NAV-reformen ble innført i Norge.

Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 28 år ved innleggelsestidspunktet, dette er en oppgang på 2 år fra undersøkelsen fra 2006-2008. En tredjedel av kvinnene oppga at de var gift/samboende ved innleggelsestidspunktet.

Kvinnenes rusmiddelmissbruk er gjennomgående preget av et blandingsmissbruk, hvor alkohol er kombinert med enten illegale rusmidler eller legemidler. Det er kun 1 kvinne som er innlagt på grunnlag av alkohol som eneste rusmiddel.

11 av kvinnene hadde tidligere fødsler bak seg før dette tvangsvedtaket. Tallet på ca 50% av kvinnene som har barn fra før, har holdt seg stabilt helt siden 1996. 4 av disse hadde omsorg for tidligere barn på innleggelsestidspunktet.

I perioden 1996-2005 endte 11 av 91 svangerskap etter innleggelse på § 6-2 a ved Borgestadklinikken med abort (Hansen og Svenkerud, 2006). I perioden 2006-2008 har 5 av 44 kvinner tatt abort. En kvinne svarte ikke på dette spørsmålet. Det kan se ut til at det er en økning i aborttallene etter 2000, siden det fra 1996-2000 var 1 av 21 (5 %) vedtak på § 6-2a som endte i abort, mens det fra 2001-2008 var 15 av 114 (13 %) vedtak etter § 6-2a som endte i abort. Abortandelen fra 2006-2010 er på 15 %. Det behøver ikke bare bety at flere av kvinnene ønsker abort, det kan også bety at flere får muligheten til det, siden noen flere kvinner blir innlagt i 18. uke eller før, etter 2001. Denne trenden fortsetter i siste kartleggingsperiode.

Så mange som 10 av de 13 (77 %) barna vi har informasjon om forblir i sin mors omsorg. De kvinnene som beholdt omsorgen for barna sine skiller seg ikke ut fra de som mistet omsorgen ved fødsel med tanke på utgangsbilastning, manglende motivasjon eller innstilthet på å motta hjelp. De fleste av kvinnene som beholdt omsorgen for barnet fortsatte i frivillig behandling/ oppfølging etter fødsel (8). Imidlertid ser vi at de kvinnene som beholder

omsorgen for barnet ved fødselen har vært i behandling over lengre tid på forhånd, sammenlignet med de som mister omsorgen ved fødselen.

Det kan se ut som om den såkalte frivillighetstiden, tiden fra graviditeten oppdages, til kvinnen legges inn, har gått ned. I Svenkerud og Hansens materiale var gjennomsnittstiden 11 uker, i Grimstad og Kristiansen sin rapport (2009) var gjennomsnittstiden 8,3 uker og for den siste tidsperioden er gjennomsnittet 8,6 uker. Dette betyr at fosteret blir utsatt for mors rusbruk over en kortere periode. Når tvangsvedtak er nødvendig, er det viktig for fosterets helse at det skjer så fort som mulig.

I siste kartleggingsperiode ser vi at halvparten av kvinnene er innlagte innen utgangen av 11. svangerskapsuke. I Hansen og Svenkeruds (2006) rapport så vi at over 70 % av kvinnene kom til innleggelse først etter halvgått graviditet. For perioden 2006-2008 ble kvinnene innlagt etter § 6-2a jevnt spredt ut ifra den 5. svangerskapsuke til den 35. svangerskapsuke. Gjennomsnittet var at pasienten var 19 uker gravid. I Hansen og Svenkeruds rapport var gjennomsnittet 23,5 uker gravid. Vi ser i siste kartlegging en vedvarende nedgang i antall uker den gravide var på vei ved innleggelse.

I siste kartleggingsperiode er det kun 1 kvinne som har blitt meldt til sosialtjenesten av fastlege. Flertallet av de som ble innlagt etter 6.2a var allerede i kontakt med rustjenesten, sosialtjenesten eller rusinstitusjon.

9 av de 13 (69 %) som fullførte svangerskapet gikk videre i frivillig behandling etter fødsel. Dette må anses å indikere at lovens sekundærmål - at oppholdet skal benyttes til å tilby kvinnen behandling for sine rusmiddelproblemer og hjelp til å bli i stand til å gi barnet god nok omsorg - i alle fall til en viss grad er oppnådd.

Referanser

Flaaterud, S. (2000). Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere - noen erfaringer og synspunkter fra ansatte i sosialtjenesten. Skien, Borgestadklinikken.

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

Grimstad, V., Kristiansen, R (2009): Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST 6-2a i perioden 2006-2008. Skien, Borgestadklinikken

Lov om barneverntjenester (barnevernloven): <http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19920717-100.html&emne=lov+om+barneverntjenester&>

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven): <http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19911213-081.html&emne=lov+om+sosiale+tjenester&>

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. Rapport 2:2010. Bergen, UNI Rokkansenteret

Nordlie, E. 2005: Foredrag ved høyskolen i Telemark, ved videreutdanningen for jordmødre og helsesøstre.

Nordlie, E (2012); Fødselsvekt hos barn født av tvangsinnlagte og frivillig innlagte gravide rusmiddelbrukere. Rusfag 1/2012: 126-136, Skien, Borgestadklinikken

Ot. Prp. 48, 1994- 95; Vedlegg: Lindemannutredningen. Oslo

Søvig, Karl Harald. 2004. Tvang overfor rusmiddelavhengige - sosialtjenesteloven

§ 6-2 til § 6-3. Bergen: UiB, Dr.grads rapport.

Welle-Strand, G, 1998 Tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. Evaluering fra akuttinstitusjonen Ullevål, 01.01.94 - 30.04.98. Oslo kommune, rusmiddeletaten.

Appendiks 1

Kartleggings skjema benyttet:

Pasientnummer

Innlagt på BK (år:)

Er pasienten død, kryss her

Pasientens alder

Bostedskommune

Fylke

Har kvinnen omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet (ja/nei):

Antall fødsler tidligere

Tidligere innleggelser ved graviditet

Ja, frivillig	
Ja, "frivillig tvang" § 6-3	
Ja, tvang § 6-2.a	
Nei	
Ikke oppgitt	

Meldeinstans ved dette tvangsvedtaket

(hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten?)

.....
.....
.....
.....
.....

Sivilstatus på innleggelsestidspunktet

Ugift	
Gift/ samboende	
Skilt/ separert	
Enke	
Ukjent	

.....
.....
.....
.....
.....

Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnen

Kun alkohol	
Kun narkotika	
Kun legemidler foreskrevet av lege	
Både alkohol, narkotika og legemidler	
Alkohol og narkotika	
Alkohol og legemidler	
Narkotika og legemidler	
Ikke oppgitt	

Henvisningsgrunn (hva utløste anvendelsen av tvang § 6-2.a nå, ikke tidligere/ ikke senere):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Når i svangerskapet

oppdaget kvinnen at hun var gravid?

Har den gravide før innleggelse vært til kontroll hos/vært i kontakt med disse instanser i løpet av graviditeten:

	Kryss hvis ja	Antall uker på vei første gang:
Fastlege		
Jordmor		
Psykatri		
Annen rusbehandlingsinstitusjon		
Utekontakt/ Ambulerende team		
Andre (noter hvem)		
Ikke oppgitt noen		

Antall uker på vei

ved innleggelsestidspunktet

Innleggesdato:**Termin dato:****Fødselsdato:****Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved BK**

(ifbm dette tvangsvedtaket)?

Nei	
Ja	

Under innleggelse, har kvinnen blitt overført til en annen paragraf?

Nei	
Ja, fra 6-3. til 6-2.a	
Ja, fra 6-2.a til 6-3.	
Ja, fra 6-2.a til frivillig	

Hvis gift/ samboende:

legger mannen seg inn i løpet av kvinnens innleggesperiode? (ja/nei)

Om barnet:**Innleggesdato:**

Kjønn

Fødselsvekt

Lengde

Type fødsel: vanlig keisersnitt**Er det registrert abstinenser/ skader hos barnet (hvis ja, hva)?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hva skjer med barnet etter fødsel?

Barnevernet overtar omsorgen	
Mor beholder omsorgen for barnet	
Ikke oppgitt	
Ja, fra 6-2.a til frivillig	

Hva skjer med mor etter fødsel?

Utskrives til kommunen	
Videre behandling, frivillig ved BK	
Videre behandling, frivillig annet sted	
Ikke oppgitt	

Har mor tatt i mot tilbud om barselopphold ved BK etter fødsel (ja/nei)?

.....



Kompetansesenter rus - region sør
Borgestadklinikken - Blå Kors Sør

Postboks 1, Sentrum
3701 Skien

Telefon: 35 90 47 00
E post: info@borgestadklinikken.no
www.borgestadklinikken.no