



Av: Eli Marie Wiig,
KoRus – Sør, Borgestadklinikken

I perioden 1996-2010 har 157 kvinner vært innlagt ved Borgestadklinikken Skjermet Enhet med hjemmel i lov om sosiale tjenester § 6-2a. Artikkelen oppsummerer sentrale data og erfaringer.

Tvangsinnlagte gravide rusmiddelavhengige 1996-2010

Innledning

Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken (KoRus – Sør), har «Gravide rusmiddelmisbrukere og familier med små barn» som sitt spisskompetanseområde, og på dette feltet er vi av Helse direktoratet gitt et nasjonalt ansvar for kunnskapsspredning og kompetanseheving. 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 rusmiddelmisbruker 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 enhe-

ten. Det har blitt publisert tre rapporter på bakgrunn av data om dette behandlingstilbudet. Her prøver jeg å gi en kortfattet oversikt over utviklingen siden oppstarten i 1996, med disse tre rapportene som grunnlag.

Lovhjemmel

Med virkning fra og med 1. januar 1996 er det i Norge gitt anledning til å tilbakeholde gravide rusmiddelmisbrukende kvinner i institusjon mot deres vilje. Dette er hjemlet i lov om sosiale tjenester § 6-2a, (nå Helse - og omsorgstjenesteloven § 10-3), som ofte benevnes som «tvangsparagrafen»:

§ 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).

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.

Behandlingsenheten møter kvinnen med samme grunnholdning som de møter frivillig innlagte gravide med.

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 pa-

sientgruppen. 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.

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.

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. 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.

Pasientenes alder

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 kvinnenes 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.

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

Hvilke(t) rusmiddel benyttet kvinnene?

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 amfetamindominerte misbruket preges av at kvinnene også misbrukte cannabis og benzodiazepiner, og noen bruker også alkohol (Nordlie 2011). Kun ca 5 % oppgir at de kun bruker alkohol. De fleste som blir innlagte etter § 6.2-a bruker illegale rusmidler. Dette er et tankekors, når vi vet at det er alkohol som er aller mest skadelig for fosteret.

Kvinnene som tvangsinnlegges på Borgestadklinikken har det vi vil kalle et typisk blandingsmisbruk, med klar overvekt av illegale stoffer.

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 fra 2009-2010 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.

Har kvinnene omsorg for eldre barn?

De kvinnene som har omsorg for barn, fordeler seg jevnt 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.

De barna som bor hos mor når hun blir innlagt på § 6-2a, har vært utsatt for en mor som ruser seg. Disse 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.

Tiden før innleggelse

Søvig (2004) viser 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 unntatt to av kvinnene som ble tvangsinnlagt midlertidig innlagt da vedtaket ble realitetsbehandlet. Bruk av hastevedtak er også regelen mer enn unntaket for kvinnene som ble innlagt etter § 6-2a på Borgestadklinikken. Spørsmålet

er hvor lenge det har blitt prøvd med frivillig oppfølging for 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.

Det er likevel 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.

Hvorfor ble tvangsvedtak fattet?

Manglende samarbeid nevnes som innleggelsesgrunn i 5 av de siste 20 saker. I 9 av dem 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.

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

Flere av kvinnene har vært i kontakt med flere hjelpetjenester i tiden før innleggelse.

Vi har prøvd å finne ut hvor lang tid det tar fra graviditeten oppdages til kvinnen blir lagt inn etter § 6-2a. Dette omtaler vi som «frivillighetstida».

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

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 gjennomsnittlig 77 dager. Vi ser altså at frivillighetstida er noe lengre i våre tall enn i Søvigs rapport, men endringen er nokså tilsvarende.

Det er ikke enkelt å si noe om det brukes for lang tid på frivillige tiltak før tvangsvedtak fattes. Om vi synes det kan ta lang tid fra første kontakt med hjelpetjenestene 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.

Innen utgangen av 12. uke hadde omtrent halvparten av kvinnene oppdaget at de var gravide.

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 ifra 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.

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.

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.

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

Det har vært et motargument mot lovparagrafen at de gravide kan ty til provosert abort for å slippe tvangsinnleggelse, eller for å hindre at tvangsvedtak ble iverksatt. Fra politisk hold ble det fryktet at en mulig bivirkning av loven ville være økning av aborttallet. Totalt har 19 av 156 kvinner tatt abort etter innleggelsen. Kanskje er dette et høyt antall? Eller er det slik at

kvinnene selv vurderer at de ikke vil være i stand til å gi barna sine et godt liv?

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 3 av 21 kvinner som valgte å ta abort etter at tvangsvedtaket var fattet. (I tillegg til en spontanabort og ett svangerskap utenfor livmoren).

Abort anses ikke som et ønsket utfall. 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.

Hva skjer med mor og barn etter fødsel?

Tabellen under viser hva som skjedde med mor og barn rett etter fødsel i de sakene som førte til innleggelse etter § 6-2a på Borgestadklinikken i perioden 1996-2010 og som vi har kjennskap til:

Hva skjer med mor etter fødsel?	Barnevernet overtar omsorgen	Mor beholder omsorgen	Far overtar omsorgen	Ikke aktuelt	Total
Utskrives til kommunen	16	19	1	3	39
Videre behandling, frivillig ved Borgestadklinikken	10	22	0	0	32
Videre behandling, frivillig annet sted	0	19	0	1	20
Ikke født	0	0	0	15	15
Ikke aktuelt	0	0	0	4	4
Total	26	60	1	23	110

Boksen «ikke aktuelt», består blant annet av opphevede tvangsvedtak og abort.

Ser vi 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. Nesten halvparten av alle de innlagte kvinnene ser ut til å fortsette i frivillig behandling

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.

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 institu-

sjonsoppholdet, mens de er på tvang? Vi har ikke grunnlagsdata for å si noe om det her, men det er en viss forskjell hvor lenge mødrene som beholder omsorgen, og mødre som mister omsorgen, har vært innlagt.

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:

Hvorfor er det flere som beholder omsorgen for barna sine?

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	65	67	132

Hvorfor er det flere som beholder omsorgen for barna sine? 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

behandlingsstilbudet til kvinnene er blitt bedre slik at oppholdet på tvang var tilstrekkelig. Det kan også skyldes at førstegangs fødende

kvinner som regel får lengre utprøving av frivillige tiltak enn de som har gjennom dette tidligere. 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.

Barnets tilstand rett etter fødselen:

Totalt har vi data fra 65 av de nyfødte barna. Av disse var det registrert symptomer på abstinens hos 30 (46%). 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 tar skade, selv om mor er innlagt tidlig i svangerskapet. Barnet vil da ikke fødes med abstinenser i nyfødtp perioden, men kan utvikle senreaksjoner, som kan komme uker/måneder etter fødsel. Noen av skadene som barna kan ha ervervet vil uansett ikke kunne være synlige ved fødselen

Fødselsvekt

Edil Nordlie (2012) har systematisert og sammenliknet fødselsvektene på barn født av tvangsinnlagte kvinner med barn født av frivillig innlagte gravide rusmid-

delmisbrukere 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. Den gjennomsnittlige fødselsvekt på barna født av tvangsinnlagte kvinner i angitte periode var 3165 gram. De frivillig innlagte mødrenes barn veide 3362 gram. Bruken av ulike rusmidler er den primære årsaken til den lave fødselsvekten, sier Nordlie. Sekundært til rusmiddelbruk nevnes ernæringsforstyrrelser, følgesykdommer og røyking.

Den gjennomsnittlig 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. De som hadde opphold kortere enn halve svangerskapet fikk barn med en signifikant lavere fødselsvekt. For frivillig innlagte kvinner kunne den samme tendensen sees.

På tross av utbredt bruk av alkohol, med risiko for store skadevirkninger hos bar-

net, var det få kvinner som ble innlagt på grunn av alkoholmisbruk. Dette gjaldt både tvangsinnlagte og frivillig innlagte.

Frivillig behandling etter fødsel

Omtrent 70 % av de kvinnene som har vært tvangsinnlagt i svangerskapet i 2009 og 2010 fortsetter i frivillig behandling etter fødselen, enten ved Borgestadklinikken eller annen institusjon. Det er verdt å merke seg at en del av de som mister omsorgen ved fødsel også fortsetter i frivillig behandling.

Det at såpass mange frivillig velger å komme tilbake til institusjon 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. At en så stor del av pasientene velger å fortsette i behandling kan 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.

Om forfatteren:

Eli Marie Wiig ph.d.stipendiat og spesialkonsulent ved KoRus-Sør, Borgestadklinikken. Hun har allsidig bakgrunn fra helsevesenet og fra skoleverket, og har jobbet både med forebygging og folkehelseinnsatser ved KoRus – Sør. Hennes pågående forskning dreier seg om hva rusmiddelavhengige mødre tenker om rollen som mor.

Referanser:

- Flaaterud, S. (2000). Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere – 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 sosiale tjenester (sosialtjenesteloven): <http://www.lovdatab.no/cgi-wifit/wifitdles?doc=/usr/www/lovdatab/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 Rokansenteret
- 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 rusmiddelmissbrukere. Evaluering fra akuttinstitusjonen Ullevål, 01.01.94 - 30.04.98. Oslo kommune, rusmiddelstaten.
- Wiig, E.M, Myrholm, R. (2013): Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST 6-2a i perioden 2009-2010. Skien. Borgestadklinikken