



Kompetansesenter rus - region sør

Borgestadklinikken - Blå Kors Sør

RAPPORT nr.2 – 2015

# Gravide innlagt på Borgestadklinikken

etter HOT § 10-3 i perioden 2011-2014  
- sammenlignet med funnene fra 1996-2010

**Av Rosanne Kristiansen**

Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken

**KoRus - Sør** er ett av syv kompetansesentre på rusfeltet som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vårt hovedansvar er å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og iverksette og implementere statlige føringer på rusområdet. Vi skal styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier til de 83 kommunene i region sør: Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. I tillegg skal vi bidra overfor spesialisthelsetjenesten i helseregion Sør.

Våre kjerneoppdrag er på følgende hovedområder:

- Rusmiddelforebygging/folkehelsearbeid
- Tidlig Intervensjon
- Rusbehandling

Vår visjon er «KoRus - Sør, en bro mellom kunnskap og praksis».

Vi skal være en tjeneste for tjenestene som bidrar til vedvarende kompetanse med et særlig fokus på familie- og generasjonstenkning. Vårt arbeid skal bidra til:

- Vedvarende kompetanse
- Kvalitativt gode tjenester
- Samhandling og helhetstenkning
- Folkehelsestenkning

KoRus - Sør er tilknyttet Borgestadklinikken Blå Kors.

For mer informasjon om tilbudene våre, se

[www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)

## Utgiver

Kompetansesenter rus - region sør,  
Borgestadklinikken (KoRus - Sør)  
Kongensgate 33  
Postboks 1, 3701 Skien  
Tlf. 35 90 47 00

E post: [korus@borgestadklinikken.no](mailto:korus@borgestadklinikken.no)

Alle bilder: © KoRus - Sør

## Tittel

Gravide innlagt på Borgestadklinikken  
Utgitt september 2015

ISBN: 978-82-999733-4-2

# Forord

Borgestadklinikken har hatt gravide innlagt mot eget samtykke siden lovparagrafen trådte i kraft 1. januar 1996.

Denne rapporten bygger på kartlegginger i perioden 2011-2014, og sammenligner også funnene med data fra 1996 og fram til 2011. Rapporten er den 4. i rekka som omhandler gravide innlagt mot eget samtykke ved Borgestadklinikken.

Borgestadklinikken er den institusjonen i Norge som har hatt flest kvinner innlagt mot eget samtykke, og vi har kartlagt pasientene siden de første pasientene kom i 1996. Målsettingen med kartleggingene er å framskaffe mer systemisert kunnskap om denne pasientgruppen. KoRus - Sør har visjon om å være brobygger mellom kunnskap og praksis. Vi håper denne rapportrekken gir økt innsikt i et vanskelig felt, og at den kan bidra til ytterligere forståelse av problematikken og videre utvikling av arbeidet med gravide rusmiddelavhengige kvinner.

I tillegg til å rapportere på funnene fra kartleggingene, har vi i år med historier og bilder fra avdelingen, som vi har fått gjennom prosjektet «Fotostemmer gravid». Prosjektet tar utgangspunkt i metoden Photovoice, som er en kreativ metode for medvirkende samfunnsutvikling. Hensikten med Photovoice er at deltakerne gjennom bilder og fotografering engasjeres og myndiggjøres, og kommer i dialog med beslutningstakerne. Ved KoRus-Sør har vi også vært opptatt av «å skape en stemme for de som ikke har» for slik å formidle til fagfolk, politikere og andre hvilke livsforhold vordende foreldre med rusmiddelavhengighet har. Historiene fra «Fotostemmer gravid» er anonymiserte og de er ikke direkte knyttet til kvinnene på bildene.

Rapporten er utarbeidet av spesialkonsulent Rosanne Kristiansen. I tillegg har Guro Brekke, Liv Siljan og Liv Drangsholt bidratt inn i rapporten.

*Rikke S. Raknes*  
*Leder*  
*KoRus-Sør*



# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1. Lovhjemmel.....	8
1.2. Behandlingstilbudet.....	12
<b>2. UNDERSØKELSE AV § 10-3-PASIENTENE PÅ BORGESTADKLINIKKEN</b> <b>14</b>	
2.1. BAKGRUNN .....	16
2.1.1. Geografisk tilhørighet .....	16
2.1.2. Pasientenes alder .....	16
2.1.3. Sivilstatus på innleggelsestidspunktet.....	17
2.1.4. Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnen?.....	17
2.1.5. Antall fødsler tidligere.....	19
2.1.6. Har kvinnene omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet?....	20
2.1.7. Innleggelser ved tidligere graviditet .....	20
2.2. TIDEN FØR INNLEGGELSE.....	20
2.2.1. Når i svangerskapet oppdaget kvinnen at hun var gravid?.....	21
2.2.2. Hvem avdekket og meldte fra til kommunen? .....	23
2.2.3. Henvisningsgrunn.....	24
2.2.4. Har den gravide før innleggelse vært til kontroll hos/ vært i kontakt med noen instanser?.....	25
2.2.5. Hvor lang tid går det mellom når kvinnen selv vet at hun er gravid og til hun legges inn etter § 10-3?.....	27
2.3. TIDEN UNDER INNLEGGELSE .....	28
2.3.1. Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet .....	30
2.3.2. Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved Borgestadklinikken? .....	31
2.3.3. Under innleggelse, har kvinnen blitt overført til en annen paragraf?.....	32
2.3.4. Legger partner seg inn i løpet av kvinnens innleggingsperiode?... 35	
2.4. TIDEN ETTER FØDSEL .....	37
2.4.1. Hva skjer med mor og barn etter fødsel? .....	37
2.4.2. Hva vet vi om barnets tilstand rett etter fødselen?.....	41
2.4.3. Fødselsvekt .....	41
2.4.4. Barselsopphold etter fødsel.....	42
<b>3. FORSKNING PÅ § 10-3</b> .....	<b>43</b>
<b>4. OPPSUMMERING</b> .....	<b>44</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>47</b>
<b>VEDLEGG 1 - KAPITTEL 10 I HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN:</b> <b>«TVANGSTILTAK OVERFOR RUSMIDDELAVHENGIGE»</b> .....	<b>49</b>
<b>VEDLEGG 2 - KARTLEGGINGSSKJEMAET SOM ER BRUKT</b> .....	<b>52</b>



APOLLO 16  
AS16-108-1901-1  
16117-19-1

APOLLO 16  
AS16-108-1901-1  
16117-19-1

APOLLO 16  
AS16-108-1901-1  
16117-19-1

APOLLO 16  
AS16-108-1901-1  
16117-19-1

## Sammendrag

I denne kartleggingsundersøkelsen har vi sett nærmere på 52 kartlegginger av kvinner innlagt etter § 10-3 på Borgestadklinikken i perioden 2011-2014, og sammenlignet disse med 157 kartlegginger av den samme pasientgruppen fra perioden 1996-2010.

I perioden 2011-2014 var gjennomsnittsalderen på kvinnene 28 år ved innleggelsestidspunktet. Over halvparten av kvinnene oppga at de var gift/samboende.

Kvinnenes rusmiddelmissbruk er preget av et blandingsmissbruk. Flertallet (37 %) svarer at de bruker «narkotika og legemidler» (ikke i kombinasjon med alkohol). Videre er det 25 % til sammen som bruker «alkohol og narkotika» og «alkohol, narkotika og legemidler».

23 (47 %) av kvinnene hadde tidligere fødsler bak seg før dette tvangsvedtaket. Andelen kvinner som har barn fra før har holdt seg stabilt på rundt 50 % helt siden 1996. Kun 1 av disse 23 kvinnene hadde omsorg for tidligere barn på innleggelsestidspunktet.

I perioden 2011-2014 endte 6 av 52 (12 %) innleggelser med provosert abort. I tillegg var det to kvinner som spontanaborterte. Hvis vi ser på gjennomsnittet i de fire tidsperiodene vi har rapporter fra, finner vi at prosentandelen som har tatt abort har ligget på 11 - 14 prosent.

Av de 39 kvinnene som fødte mens de var innlagt etter § 10-3 i årene 2011-2014, beholdt 26 (67 %) mødre omsorgen for barna sine etter fødsel. 81 % av de førstegangsfødende mødrene beholder omsorgen etter fødsel, mens det samme gjelder kun for 50 % av de som har født barn tidligere.

Antall uker som går mellom kvinnen selv vet at hun er gravid og hun legges inn ved Borgestadklinikken har sunket fra 11 uker i perioden 1996-2005, til ca. 8 uker etter 2005. Kvinnene som ble innlagt i perioden 1996-2005 var i snitt 23,5 uker gravide da de ble innlagt, mens i perioden 2011-2014 var de i snitt 17,5 uker gravide ved innleggelsestidspunktet.

29 av de 39 kvinnene (74 %) som fullførte svangerskapet mens de var innlagt på tvang ved Borgestadklinikken fortsatte videre i frivillig behandling etter fødsel. Dette 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. 85 % av kvinnene som beholder omsorgen for barnet fortsetter i behandling rett etter fødsel, og det samme gjør 46 % av de kvinnene som ikke beholdt omsorgen for barnet. Vi har ingen informasjon om hvordan det går med kvinnene og barna på sikt.

Å formidle håp, å skape gode relasjoner og å tilby gode tiltak, er viktig i all behandling. En tvangsinnleggelse er et alvorlig inngrep i en gravid kvinnes liv og hverdag. Å ta imot den gravide på en god måte, når kommunen og fylkesnemnda har fattet et tvangsvedtak, oppleves som ansvarsfullt. Likevel opplever både fagfolk og mange av pasientene at en tvangsinnleggelse er en mulighet for å starte en god utvikling både for mor, far og barn.

Innleggelsen skal bidra til å hindre eller begrense skade på barnet. Fagpersonene som arbeider med dette vet at dette oppnås best når den gravide kvinnen opplever støtte og respekt. Når kvinnen får forståelse for sin opplevelse av å bli krenket, og raskt får mulighet til å vise hva hun selv kan ta ansvar for, kan samarbeid om hvilke rammer hun trenger for å beskytte barnet sitt starte. Når hun får hjelp for sin rusavhengighet og får omsorg og oppmerksomhet knyttet til graviditeten og barnet i magen, kan muligheter for utvikling og endring oppstå.

Mange av kvinnene er i parforhold, og kontakten med partner gjennom graviditeten er like viktig som for alle andre kvinner. Vår erfaring er at det er sentralt at det legges til rette for at partner kan være innlagt sammen med den gravide når dette er mulig. Det er også viktig at partner får mulighet til å starte i rusbehandling for egen del, om det er behov for det.

Noen kvinner og deres partnere etablerer seg med tiden som rusfrie foreldre. Andre foreldre må gi fra seg barnet sitt til fosterforeldre allerede få dager etter fødsel. Alle skal likevel kunne vite at de ga barnet sitt en god start.

Vi er glade for at Kompetansesenter rus - region sør med dette presenterer den fjerde rapporten om denne pasientgruppen. Arbeid med gravide innlagt mot eget samtykke representerer et fagfelt fylt av faglige og etiske dilemmaer. Lovparagrafen er unik i internasjonal sammenheng. Dette gir fagfeltet et ekstra ansvar for å systematisere erfaringer. Systematisering av kunnskap og erfaringer er avgjørende for økt forståelse og videre fagutvikling i behandlingseenhetene. God dokumentasjon gir også et grunnlag for å kunne drøfte viktige spørsmål omkring bruk av lovparagrafen. Når vi de målgruppene vi ønsker å nå? Når vi de gravide tidlig nok i graviditeten? Virker lovparagrafen etter intensjonen?

Ved Borgestadklinikken fagsjef Guro Brekke



# 1. Innledning

Denne rapporten er en videre oppfølging av den omfattende journalstudieundersøkelsen som ble gjort på pasienter innlagt på Borgestadklinikken etter Lov om sosiale tjenester (LOST) § 6-2a i perioden 1996-2005, og oppfølgingsundersøkelsene fra 2006-2008 og 2009-2010<sup>1</sup>. Datatilfanget i denne rapporten er kvinner innlagt på tvang ved Borgestadklinikken i årene 2011-2014. Vi vil se på utviklingen i hele perioden fra 1996-2014, med et spesielt fokus på årene 2011-2014.

Fra og med 1.1.2012 ble bestemmelsene om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere flyttet fra Lov om sosiale tjenester (LOST) § 6-2a til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (HOT) § 10-3. Denne rapporten vil derfor omhandle kvinner innlagt etter begge disse lovhjemlene. Tvangsbestemmelsen i den nye helse- og omsorgstjenesteloven er nesten en ordrett videreføring av de gamle bestemmelsene i sosialtjenesteloven, og for enkelthets skyld vil vi i denne rapporten konsekvent referere til den nye bestemmelsen, selv om vi henviser til perioden forut for den nye loven.

Kjernen i § 10-3 er at gravide rusmiddelavhengige kvinner kan tilbakeholdes i institusjon mot eget samtykke, dersom rusmiddelbruken gjør at det er overveiende sannsynlig at fosteret kan ta skade, og dersom frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Da lovhjemmelen ble innført ble fosters rett til å bli beskyttet fra skader rusmiddeleksponering kan medføre, veid opp mot kvinnens rett til å bestemme over egen kropp, og beskyttelse av fosteret fikk forrang av lovgiver.

Borgestadklinikken har kartlagt kvinner innlagt etter § 10-3 siden 1996, og er den institusjonen i Norge som har hatt flest kvinner innlagt etter denne lovhjemmelen<sup>2</sup>. I perioden 1996-2014 har vi kartlagt 209 kvinner totalt. Målsettingen med kartleggingene er å framskaffe mer systematisert kunnskap om denne pasientgruppen.

## 1.1. Lovhjemmel<sup>3</sup>

I Norge kom det en lovhjemmel med virkning fra 1. januar 1996 som gav anledning til å tilbakeholde gravide rusmiddelavhengige kvinner i institusjon mot deres vilje. Dette var fram til 1.1.2012 hjemlet i Lov om sosiale tjenester, § 6-2a, og er nå hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 10-3.

---

1 Hansen og Svenkerud 2006, Grimstad og Kristiansen 2009 og Wiig og Myrholt 2012.

2 Nordlie, 2012.

3 Innholdet i dette kapitlet bygger i stor grad på en artikkel samt et foredrag av professor dr. juris Karl Harald Søvig: «Sosialtjenesteloven (LOST) blir til Helse- og omsorgsloven (HOL); artikkel på [kommuntorget.no](http://kommuntorget.no) og foredraget «Virker tvang overfor rusmiddelavhengige?», innlegg på Høstmøtet til Fylkesmannen i Hordaland, 29.10.2012

Denne lovparagrafen benevnes ofte som «tvangsparagrafen». Det er imidlertid viktig å være klar over at loven ikke hjemler rett til tvangsbehandling:

*«Paragraf 6-2a 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).*

Under vil vi beskrive de små endringene som har skjedd i innholdet i lovbestemmelsene i overgangen fra sosialtjenesteloven til helse- og omsorgstjenesteloven.

En endring er at det ikke lenger finnes en egen bestemmelse om frivillige tiltak (gml. § 6-1). Dette er begrunnet i at departementet finner at hjelpetiltak vil falle inn under reguleringen av kommunens generelle hjelpeplikt (HOT § 3-2, jf. også § 3-1(2)).

Det er heller ikke en egen bestemmelse i den nye loven om tiltaksplan. I motsetning til en «individuell plan», som bare kan vedtas med pasientens samtykke, kunne en tiltaksplan vedtas for tvangsinnlagte uten at den innlagte samtykket. Fremdeles kan likevel helse- og omsorgstjenestene og institusjonen kunne legge planer for pasienten uten at vedkommende uttrykkelig samtykker, så lenge denne er tatt med på råd og tiltaket er hjemlet i nåværende lov- og forskriftsverk.

En tredje endring er at organet som skal fremme tvangssaker og fatte midlertidige vedtak ikke lenger er «sosialtjenesten», men «kommunen». I lovverket vil «kommunen» bety kommunestyret, det vil si at de enten må fremme tvangssaken selv (noe som er urealistisk), eller gjøre et delegasjonsvedtak. Det er uklart hvor mange kommuner som har gjort et slikt delegasjonsvedtak. Det er også uklart om det formelt sett er nødvendig med en slik formell delegering, eller om tjenesten kan fatte vedtak uten et foregående delegasjonsvedtak fra kommunestyret (Søvig 2012, [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)<sup>4</sup>). I realiteten har kommunene delegert dette ansvaret til enheter i kommunen, som oftest rusomsorgen. I en undersøkelse referert til i Lundeborg, Mjåland og Søvig (2014: 38) rapporterer 77 % av kommunene at rusomsorgen er lagt til Nav. I de fleste tilfellene vil det dermed være Nav som reiser en tvangssak, men det vil også i mange tilfeller være en egen avdeling for rus og/eller avdeling for rus og psykiatri.

Man har også gjort en endring i begrepene som er brukt i lovhjemmelen, og i kapitteloverskriften er «rusmiddelmissbruker» byttet ut med «rusmiddelavhenging», selv om begrepet «misbruk» fortsatt forekommer i lovteksten, både i § 10-2 og § 10-3. Søvig skriver:

---

<sup>4</sup> <http://www.kommunetorget.no/Halvards-hjerne/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Sosialtjenesteloven-LOST-blir-til-Helse-og-omsorgstjenesteloven-HOL/>

*«Departementet foretok denne endringen av betegnelser for å bringe ordvalget i takt med dagens språkbruk. (...) Problemet er at 'rusmiddelavhengig' og 'rusmiddelmisbruker' ikke er identiske begrep. I diagnosesystemet ICD-10 er dette to ulike kategorier. Særlig for tvangstiltak overfor gravide kan det sies å være en realitetsforskjell med hensyn til om kvinnen 'misbruker' rusmidler, eller om hun skal karakteriseres som avhengig. Etter mitt skjønn må loven derfor forstås ut fra intensjonen, nemlig at endringen ikke skulle medføre realitetsforskjeller. Bestemmelsene i hol. Kap. 10 må derfor leses som om det sto 'rusmiddelmisbruk'» (Søvig 2012, kommunetorget.no).*

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 omhandler «særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere». I tillegg til § 10-3 er det også en rekke andre paragrafer som anvendes. Lovhjemlene for tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige kan leses i sin helhet i vedlegg 1.

Det primære målet med § 10-3 er vern av fosterets helse, og dette blir av og til referert til som preventiv tvang (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014: 53). Det innebærer at beskyttelse av kvinnens helse, eller hensynet til hennes personlige frihet, i denne sammenheng er av mindre betydning. Likefullt står hensynet til kvinnen sentralt, og 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. Pasienten kan legges inn for hele svangerskapet, men vedtaket må revurderes minst hver 3. måned. Bestemmelsen i § 10-3 er særpreget for Norge (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014).

Innholdet i § 10-4 er en videreføring av den tidligere sosialtjenestelovens § 6-3, og kalles av Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) regelen om «avtalt tvang». Her samtykker pasienten til innleggelse, samtidig som tilbakeholdelse om nødvendig kan skje med tvang dersom pasienten ønsker å trekke seg ut før avtalen går ut.

I tillegg til lovparagrafene det er vist til over, redegjør Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014: 190) for det de kaller «inaktiv» bruk av § 10-3 eller «inaktiv» tvang. Dette innebærer at den gravide kvinnen blir forespeilet tvang som løsning dersom hun ikke går inn i frivillig behandling eller «avtalt tvang» etter § 10-4. For en del gravide rusmiddelavhengige vil det virke motiverende for et rusfritt svangerskap å ha trusselen om innleggelse etter § 10-3 hengende over seg. Her vil kvinnen kunne fullføre svangerskapet hjemme med jevnlig oppfølging med blant annet urinprøvekontroller. Dette blir da regnet som frivillig behandling, eller «avtalt» tvang dersom kvinnen legger seg inn etter § 10-4, men vet at dersom hun bryter avtalen/samarbeidet, så vil det overveiende sannsynlig ende i et tvangsvedtak.

Når det gjelder Lov om barneverntjenester (barnevernloven) kommer denne først til anvendelse når barnet blir født, og før fødsel avhenger samarbeid med barnevernstjenesten av at den gravide samtykker til dette. Barnevernet kan før fødsel starte undersøkelse hvis den gravide samtykker, og legge til rette for tiltak etter fødsel. De kan da forberede innleggelse i familiesenter eller andre frivillige tiltak i hjemmet.



Jeg har vært tvangsinnlagt sikkert 40 ganger - men da har det alltid vært for kort tid. Det har mest vært i psykiatrien. Jeg har alltid reist hver gang tvangen har gått ut. Jeg har bare vært opptatt av å komme meg ut igjen. Det var ikke noe vits i at jeg ble i behandling. Jeg hatet meg selv over alt på denne jord. Jeg var ikke noe å ta vare på.

Nå er det annerledes. Nå har jeg fått mye mer selvrespekt. Jeg er viktig. Jeg skal bli mamma. Det blir en jente. Hun skal hete Ida. Jeg er ikke noe dårligere mamma selv om jeg har den historien jeg har. Jeg skal bli en god mor for Ida.

Nå ville jeg ha blitt her selv om de opphevet tvangen. Alt er annerledes når en er gravid. Nå må jeg tenke på barnet. Nå må jeg ta ansvar. Hadde det ikke vært for Ida så hadde jeg stukket - garantert.

## 1.2 Behandlingstilbudet <sup>5</sup>

Borgestadklinikken har en egen skjermet enhet for gravide rusmiddelmissbrukere plassert etter HOT § 10-3. Målsetting for dette tilbudet er:

- Å skjerme det ufødte barnet mot rus
- Støtte og veilede den gravide kvinnen
- Motivere til behandling for rusproblematikken
- Forberede kvinnen på fødsel
- Tilrettelegge for prosesser som kan gjøre henne i stand til å ivareta barnet
- Gi tett tverrfaglig oppfølging under oppholdet

Skjermet enhet har totalt syv plasser. Gjennom avtale med Helse Sør-Øst RHF har Borgestadklinikken ansvar for innleggelse av denne gruppen pasienter i regionen. Helseforetaket har avtale om 5 plasser. De resterende 2 plassene er salgs plasser og kan også benyttes av andre helseforetak. Det er kommunen som fatter vedtak om innleggelse etter HOT § 10-3.

Personalet på skjermet enhet består av miljøterapeuter, behandlere, psykolog, jordmor og lege. Behandlingsansvarlig er koordinator for pasienten og utarbeider behandlingsplan. Dersom pasienten ønsker det utarbeides individuell plan. Samarbeid med hjelpeapparat og familie/nettverk er en viktig del av arbeidet.

Enheten har miljøterapeuter som har utdanning som sykepleier/vernepleier/barneverns-pedagog. Miljøterapeutene inngår i det tverrfaglige teamet rundt pasientene. Lege har det medisinske ansvaret og jordmor har svangerskapsoppfølging. I tillegg har enheten psykolog tilgjengelig.

Det legges videre vekt på et nært samarbeid med kommunen/barneverntjenesten under oppholdet. Sykehuset Telemark er samarbeidspartner om fødsel og barseltid.

Behandlingsideologien ses i forhold til lovparagrafens innhold. Tvang er et alvorlig inngrep i et menneskes liv, og det settes store krav til ivaretagelse av den gravide ved innleggelse og under oppholdet.

Vi møter den gravide med samme grunnholdning som vi møter de frivillig innlagte gravide. Kunnskap og kompetanse i det å arbeide med gravide rusmisbrukere kombineres med kunnskap om rusmiddelavhengighet og erfaring med det å jobbe i motstand.

Det fokuseres på tre områder:

1. Den gravidens forhold til barnet; tilknytning, ansvar og kjærlighet
2. Kvinnens forhold til seg selv; verdighet, håp og tro på mulighet til endring
3. Kvinnens forhold til behandlere og til institusjon; tillit og allianse og samarbeid

---

<sup>5</sup> Dette kapittelet er utarbeidet av seksjonsleder ved skjermet enhet og familieenheten ved Borgestadklinikken, Liv Siljan.

Kvinnene deltar i individuelle samtaler og gruppesamtaler, og det blir lagt spesiell vekt på rusbehandling, forberedelse til fødsel og foreldrerollen. Kvinnene deltar i kreative aktiviteter og fysisk trening, og kan være med på fellesaktiviteter utenfor institusjonen. Noen har fri utgang alene, dette vurderes individuelt etter spesielle kriterier.

Det stilles stort krav til tett samarbeid med kommunen før innleggelse og i løpet av oppholdet. Kommunen er innleggende instans og det er de som fatter vedtak på § 10-3. Det skal være telefonisk kontakt mellom kommunen og Borgestadklinikken før anbringelse av den gravide, og representanter fra kommunen skal følge med kvinnen på innleggelsesdagen.

Den gravide legges inn via avgiftsenhet, og får medisinsk oppfølging av lege. Jordmor ivaretar allerede her oppfølging av svangerskapet, og behandler/miljøterapeut fra skjermnet tar kontakt for å starte en allianseoppbygging og påbegynne en relasjon.

Foruten behandlerens overordnede ansvar for behandlingen, skal den miljøterapeutiske tilnærmingen legge vekt på engasjement, kommunikasjon, respekt og anerkjennelse. Det skal legges til rette for forhold som kan bidra til forandring og utvikling for pasientene gjennom døgnsstruktur, ernæring, ferdighetstrening, plikter, forventninger, ukeprogram med undervisning og aktiviteter.

Samtaler med behandler, ruskartlegging og undervisning i rustemaer danner grunnlag for den rusbehandling som den gravide skal tilbys. Det tilbys psykologisk bistand, gruppebehandling og parsamtaler.

Kvinnens tilknytning til det ufødte barn vektlegges. Det kreves en grunnlagsforståelse for å forstå kvinnene og hva som hemmer og fremmer tilknytning til barnet. Hvordan denne tilknytningen utvikles, avhenger av kvinnens personlige historie og erfaring. Disse aspekter skal ivaretas og bearbeides dersom det er mulig under oppholdet.

Undervisning om graviditet og oppfordring til et godt samarbeid med barnevernet er et viktig tema under oppholdet.

Det legges stor vekt på tett samarbeid med partner og familie dersom den gravide ønsker det.

Det er åpning for at partneren kan legges inn sammen med den gravide på slutten av svangerskapet. Dette vurderes ut fra en helhetlig vurdering av situasjonen på enheten.

For øvrig åpnes det opp for besøk på enheten, etter nærmere avtale, under hele oppholdet.

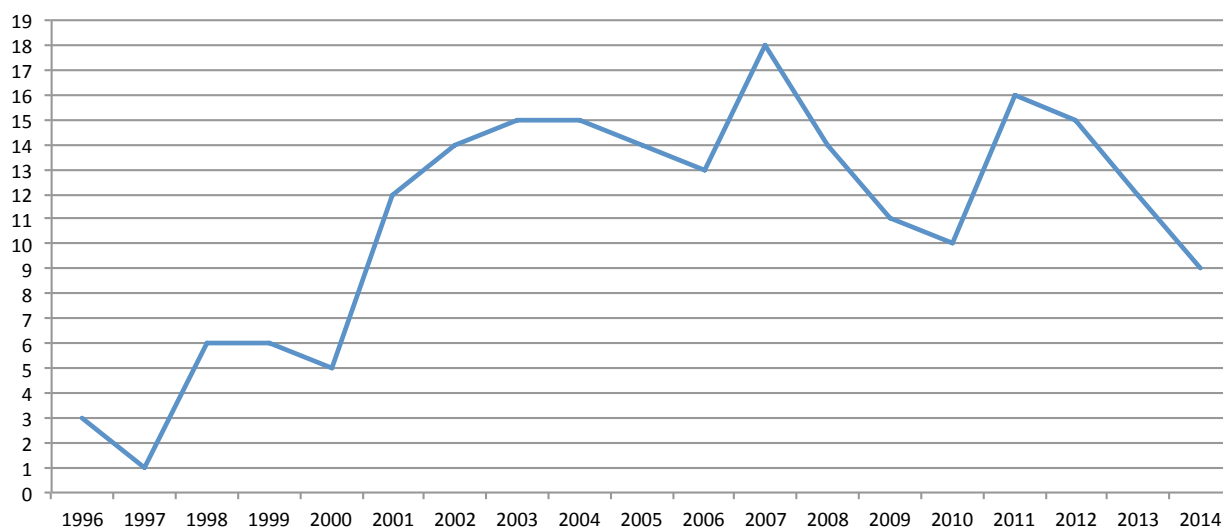
Det er i noen tilfeller mulighet for barselopphold på enheten med eller uten barn. Dette vurderes i forhold til situasjonen på enheten til en hver tid. Oppholdet varer normalt 1-4 uker.

## 2. Undersøkelse av § 10-3-pasientene på Borgestadklinikken <sup>6</sup>

Tallene fra denne rapporten bygger på kartlegginger av 52 kvinner innlagt i perioden 2011-2014. Data er samlet inn ved hjelp av et kartleggings skjema<sup>7</sup>, og funnene vil sammenlignes med funnene fra tidligere journalstudier og kartlegginger av denne pasientgruppen ved Borgestadklinikken, slik de foreligger i tre tidligere rapporter (Hansen og Svenkerud 2006, Grimstad og Kristiansen 2009 og Wiig og Myrholt 2012).

Seksjonsleder har stått ansvarlig for utfylling. Informasjonen er hentet direkte fra pasienten og fra journalregistreringer underveis i innleggelsesperioden.

I årene 1996-2000 var det mellom 1 til 6 innleggelser i året, mens fra 2001 har antall innleggelser ligget mellom 9-18 pasienter per år. Gjennomsnittlig antall innleggelser fra 2001-2014 har vært 13,4, mens det i årene 1996-2000 var 4,2 innleggelser i året. Til sammen er det kartlagt 209 kvinner innlagt etter § 10-3 i perioden 1996 til 2014.



Figur 1. Antall innleggelser etter § 10-3 på Borgestadklinikken pr. år i årene 1996-2014

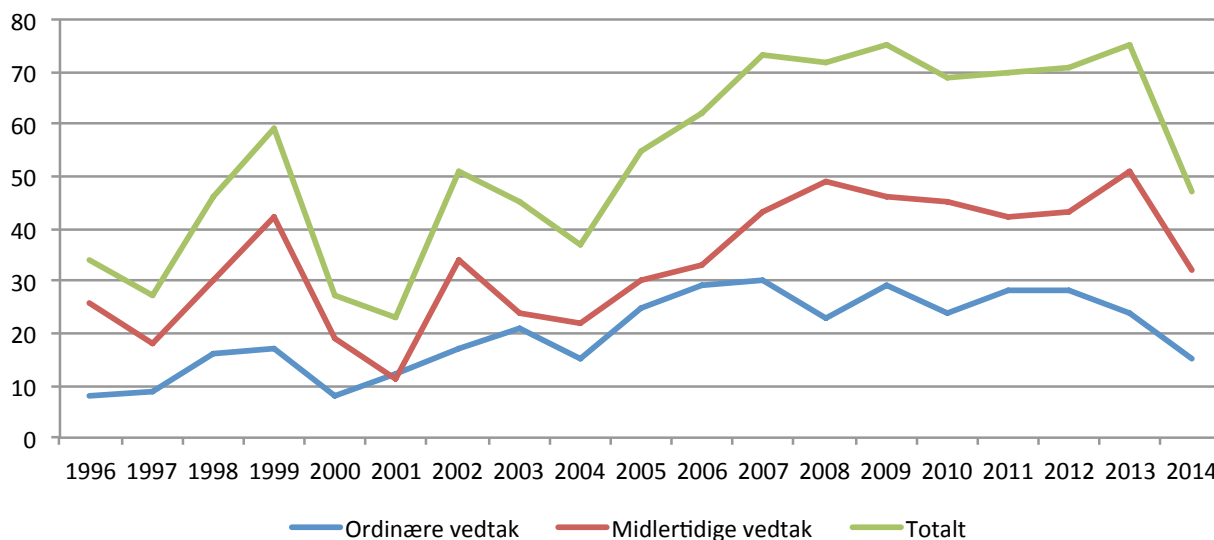
Vi vet ikke hva økningen i innleggelser etter år 2000 skyldes, og det kan finnes mange forklaringer. Det kan være at lovhjemmelen ble bedre kjent, at holdningen til tvangstiltakene endret seg både innen hjelpeapparatet og hos kvinnene selv, at det reelt sett er flere kvinner i fruktbar alder som ruser seg, at helse- og omsorgstjenestene har blitt flinkere til å avdekke gravide med et rusmiddelproblem, eller en blanding av alle disse (og eventuelt andre) forklaringer. Nordlie (2012) viser også til at Borgestadklinikken har fått et mer tilfredsstillende tilbud til denne pasientgruppen med årene. Dette på grunn av bedre bemanning, tettere svangerskapsoppfølging og endrede holdninger overfor kvinnene i form av mer frihet innenfor trygge rammer. Kjennskap til at det finnes et tilfredsstillende tilbud kan også føre til at kommunene finner det lettere å reise et tvangsvedtak.

<sup>6</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1.1.2012, så pasientene til og med 2011 er innlagt etter gamle § 6.2 a i Lov om sosiale tjenester.

<sup>7</sup> Se vedlegg 2.

Vi vet heller ikke hva nedgangen de siste par årene skyldes, men mye kan skyldes økning i antall frivillig innlagte gravide. Klinikken har mange henvendelser fra kommuner hvor de vurderer tvang, men ender opp med frivillig innleggelse. I tillegg er det mange kommuner som jobber godt og kommer tidlig inn og kan hjelpe den gravide slik at en innleggelse kan unngås. Blant annet har en del store kommuner gode team som kan gi tverrfaglig hjelp i graviditeten. Dette kan medføre at det blir færre pasienter innlagt mot eget samtykke.

Hvis vi ser på de nasjonale tallene for antall vedtak etter § 10-3 i årene 1996-2014, ser vi at de følger et lignende mønster som vi finner ved Borgestadklinikken.



Figur 2. Antall midlertidige og ordinære vedtak etter § 10-3 i årene 1996-2014<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Disse tallene har vi fått fra Harald Søvig i privat korrespondanse, og de er samlet inn via fylkesnemndene eller basert på hans innsamlede data. Statistikk til og med 2013 er publisert i Ingrid Lundeberg m.fl., «Tvang i rusfeltet» (Gyldendal 2014) s. 18 og s. 114, mens tallene for 2014 er tidligere upubliserte. Merk at tallene viser antall vedtak av nemndene, og viser ikke om vedtaket ble iverksatt.

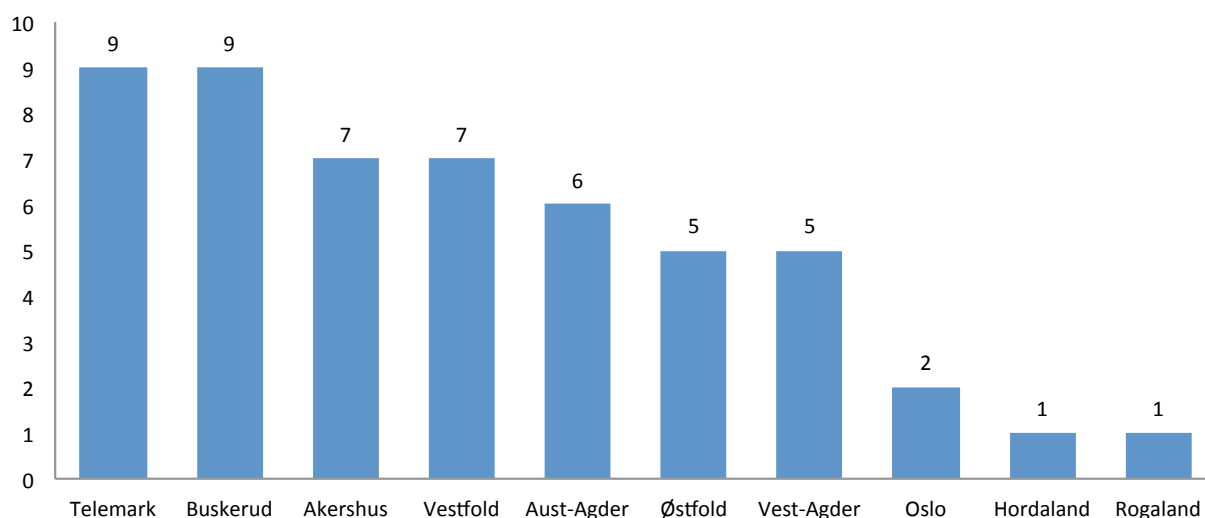


## 2.1. Bakgrunn

Innledningsvis vil vi trekke fram noen bakgrunnsvariabler om pasientene. Vi har kartlagt hvor pasientene kommer fra, hvilken alder de er i, sivilstatus, hvilke typer rusmidler de har misbrukt, om de har født barn tidligere, om de har vært innlagt etter § 10-3 tidligere og om de hadde omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet.

### 2.1.1. Geografisk tilhørighet

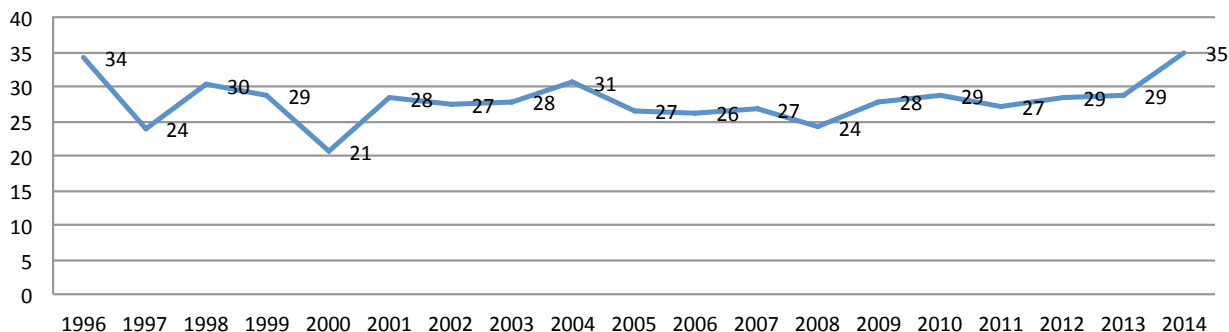
Pasientene som har blitt innlagt etter § 10-3 ved Borgestadklinikken i årene 2011-2014 har kommet fra 10 fylker, og de fordeler seg slik:



Figur 3. Geografisk tilhørighet

### 2.1.2. Pasientenes alder

Alderen på de innlagte etter § 10-3 i årene 2011-2014 varierer mellom 15 og 43 år. Gjennomsnittsalderen over hele denne perioden er 28 år<sup>9</sup>. Denne gjennomsnittsalderen er identisk med den Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014: 82) finner i sitt større datamateriale på kvinner innlagt etter § 10-3 nasjonalt. I figuren under ser vi hvordan gjennomsnittsalderen varierer pr. år i perioden 1996-2014.



Figur 4. Gjennomsnittsalder for kvinnene som legges inn etter § 10-3, 1996-2014

<sup>9</sup> En av kvinnene som ble lagt inn i 2014 mangler vi alder på.

### 2.1.3. Sivilstatus på innleggelsestidspunktet

På innleggelsestidspunktet var 27 (54 %) av kvinnene gift/samboende, 21 (42 %) var ugifte og 2 (4 %) var skilt/separert. For 2 av kvinnene var dette feltet ikke fylt ut.

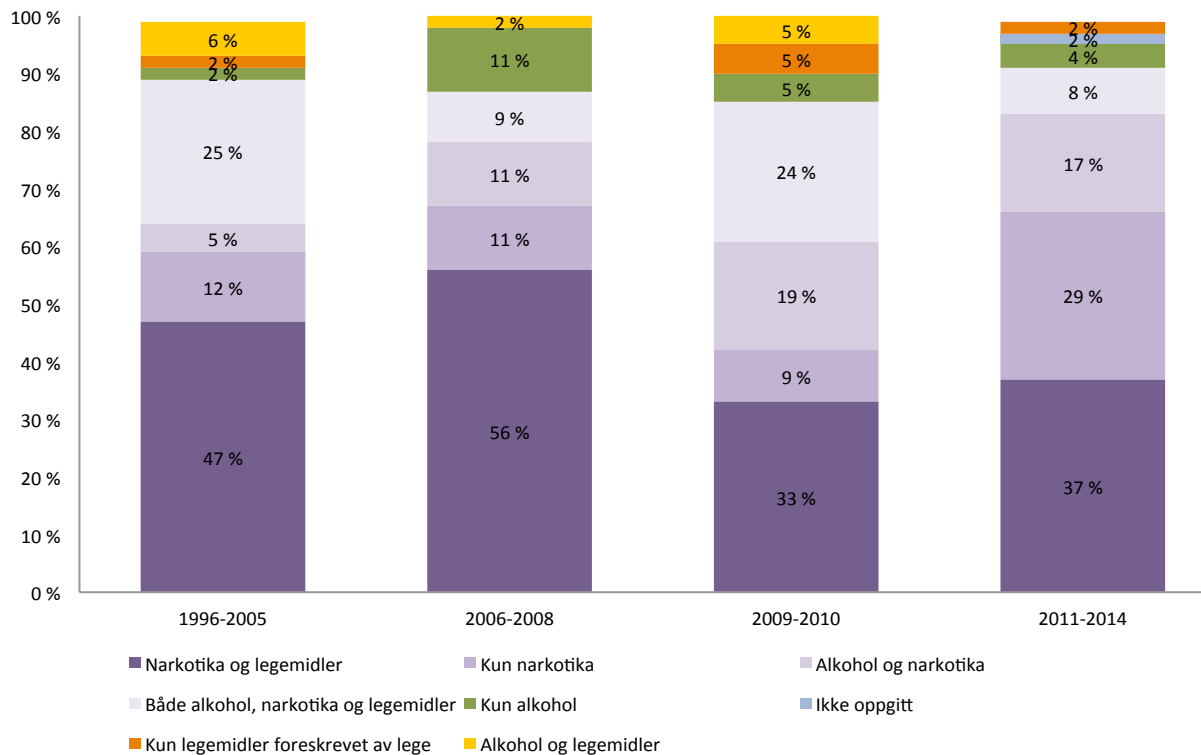
Vi vil senere se (kapittel 2.3.4.) at 2 av dem som er registrert som ugift og 1 en av dem som er registrert som skilt/separert også er registrert med at partneren har lagt seg inn i løpet av kvinnens behandlingsperiode. Dette kan tyde på at kategoriene ved kartlegging av sivilstatus har vært for dårlige, de fanger blant annet ikke opp kjæresteforhold hvor partene ikke er gift eller samboende. Det er ukjent hvor mange av kvinnene som var i et forhold med barnets far ved innleggelsestidspunktet.

### 2.1.4. Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnen?

Søvig's doktorgradsarbeid (2004), som dekker gravide innlagte etter § 6-2a i Norge i tidsperioden 1996-2003, viser at 81 % av de tvangsinnlagte kvinnene misbrukket narkotika.

Vårt materiale fra perioden 1996-2014 bekrefter denne tendensen. Kvinnene som innlegges etter § 10-3 ved Borgestadklinikken har i stor grad det vi kaller et blandingsmisbruk, med klar overvekt av illegale stoffer.

Vi ser av figur 3 at flertallet av kvinnene som ble lagt inn etter § 10-3 i perioden 1996-2014 misbrukket narkotika, enten alene eller sammen med andre rusmidler:



Figur 5. Hvilke(t) rusmiddel benytter kvinnene innlagt etter § 10-3

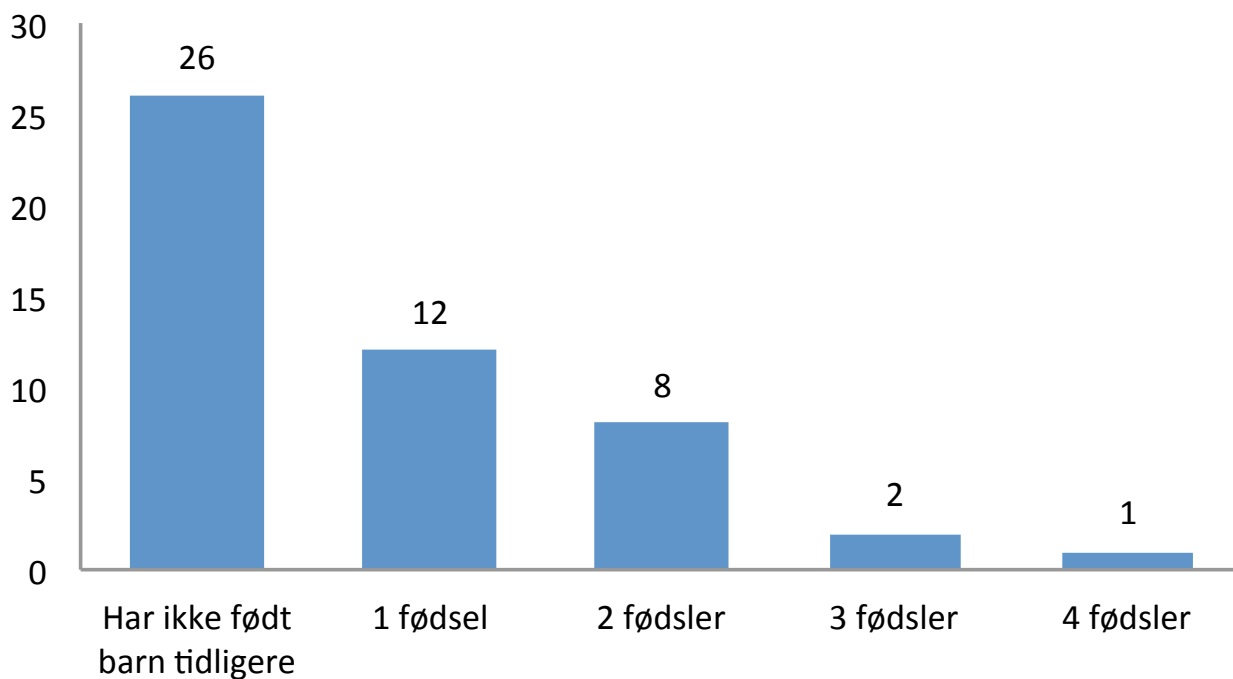
Når vi vet antallet som bruker narkotika sammenlignet med antallet som bruker alkohol (alene eller sammen med andre rusmidler) nasjonalt sett, er det en rimelig antagelse at det er en klar underidentifisering og underhenviing i hjelpeapparatet av kvinner som misbruker «kun alkohol» og «alkohol og legemidler». Dette støttes også opp av en rapport fra KORFOR som anslår at det kommunale hjelpeapparatet bare kjenner til omtrent 20 % av dem som har et alkoholproblem (KORFOR 2014). Nordlie (2012) kommenterer også at det er bemerkelsesverdig at relativt få kvinner med alkoholmisbruk som hovedproblem var tvangsinnlagte når vi vet at alkoholkonsumet hos kvinner er økende og alkohol er det mest giftige rusmiddelet for fosteret. Til sammen er det 29 % i årene 2011-2014 som rapporterer om bruk av alkohol, enten alene eller sammen med andre rusmidler.

I årene 2011-2014 er 2 av pasientene lagt inn for «kun alkohol» (4 %), 1 for «kun legemidler foreskrevet av lege» (2 %) og ingen for «alkohol og legemidler». Kun 6 % er dermed innlagt uten at det har vært illegale rusmidler involvert. De fleste kvinnene er blandingsmisbrukere (62 %). Misbruk av både «narkotika og legemidler» er det som forekommer hyppigst. 20 av kvinnene (37 %) oppgir å benytte disse rusmidlene. Det som skiller seg noe ut i årene 2011-2014 er andelen som har svart at de bruker «kun narkotika», som i denne perioden er på hele 29 %, mot høyest 12 % i de foregående periodene.

Tendensen til at det stort sett er forbruk av illegale rusmidler som fører til innleggelse er uendret gjennom alle årene vi har kartlagt pasienter innlagt etter § 10-3. Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) fant den samme tendensen i sine studier. De viser til at det generelt er flere som legges inn på tvang som følge av narkotikamisbruk, både etter §§ 10-2 og 10-3. Når det gjelder § 10-3 kan en forklaring være at kvinner med narkotikamisbruk i større grad har en relasjon med hjelpeapparatet enn kvinner som misbruker alkohol. De viser også til generelle holdninger hos hjelpeapparatet og hos omgivelsene for øvrig, om at skadepotensialet er større ved narkotikamisbruk enn ved rent alkoholmisbruk; at det framstår som mer truende. I boka til Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014: 233-235) er det foretatt intervjuer med kommune-ansatte, blant annet om denne problematikken, og de viser til at alkohol er mer kulturelt akseptert, det er lettere å skjule misbruk og de vegrer seg for å kartlegge alkoholvanene til sine brukere. Det vises også til at misbrukere av alkohol ikke er like stigmatisert, og sosialt og økonomisk marginalisert, som mennesker som har et opiatdominert misbruk.

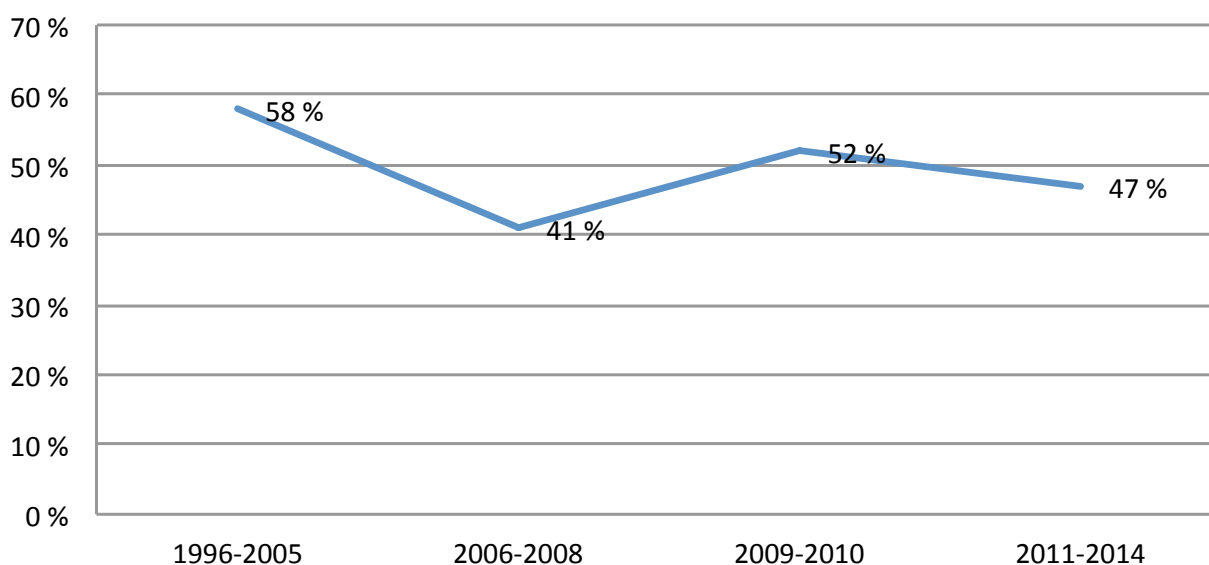
### **2.1.5. Antall fødsler tidligere**

26 kvinner (53 % av materialet) er førstegangsfødende. For 3 av kvinnene var det ikke opplysninger om tidligere fødsler. 25 % av kvinnene har født en gang tidligere, 16 % har født to ganger tidligere og 6 % har 3 eller flere fødsler bak seg før dette tvangsvedtaket. Den kvinnen som har flest tidligere fødsler, har født 4 ganger før. Det vil si at 23 av de 49 som har svart på dette spørsmålet har en eller flere fødsler bak seg fra før.



Figur 6. Antall tidligere fødsler.

Figuren under viser prosentandelen av kvinner som har født tidligere i de fire tidsepokene hvor vi har kartlagt gravide innlagt etter § 10-3.



Figur 7. Prosentandelen som har født tidligere i de fire tidsepokene gravide innlagt på tvang har blitt kartlagt ved Borgestadklinikken.

### 2.1.6. Har kvinnene omsorg for barn ved innleggelsestidspunktet?

Over så vi at 23 av pasientene har en eller flere fødsler bak seg før det svangerskapet de nå legges inn for.

Det er imidlertid kun én av kvinnene som svarer at hun har omsorg for barn på innleggelsestidspunktet. Kvinnen som oppga at hun hadde omsorg for barn ved innleggelse,

mistet omsorgen for sitt nye barn ved fødsel. Vi har ingen opplysninger om hva som skjedde med det barnet hun allerede hadde omsorg for.

### **2.1.7. Innleggelser ved tidligere graviditet**

For 51 av kvinnene er det registrert opplysninger om de tidligere har vært innlagt i rusbehandling ved graviditet. 38 pasienter (74 %) svarer at de ikke har vært innlagt tidligere. 6 kvinner (12 %) svarer at de har vært innlagt frivillig tidligere, og 7 kvinner (14 %) svarer at de har vært innlagt på tvang tidligere.

## **2.2. Tiden før innleggelse**

Det spesielle med pasientgruppen som er innlagt etter § 10-3 er at de, av hensyn til tredjepart, kan tilbakeholdes i institusjon mot eget samtykke. Barnets (fosterets) beste er den overordnede verdi, og mors rusmiddelbruk anses ikke forenlig med barnets beste. Samtidig ligger det innbakt i loven at frivillige tiltak skal være vurdert utilstrekkelige før vedtak kan fattes. I dette kapittelet ser vi nærmere på når i svangerskapet kvinnen selv oppdaget at hun var gravid, hvem som meldte bekymring om kvinnen til kommunen, hva henvisningsgrunnen var, hvilke instanser kvinnen har vært i kontakt med før innleggelse og hvor lang tid det går mellom når kvinnen selv vet at hun er gravid og når hun legges inn etter § 10-3.

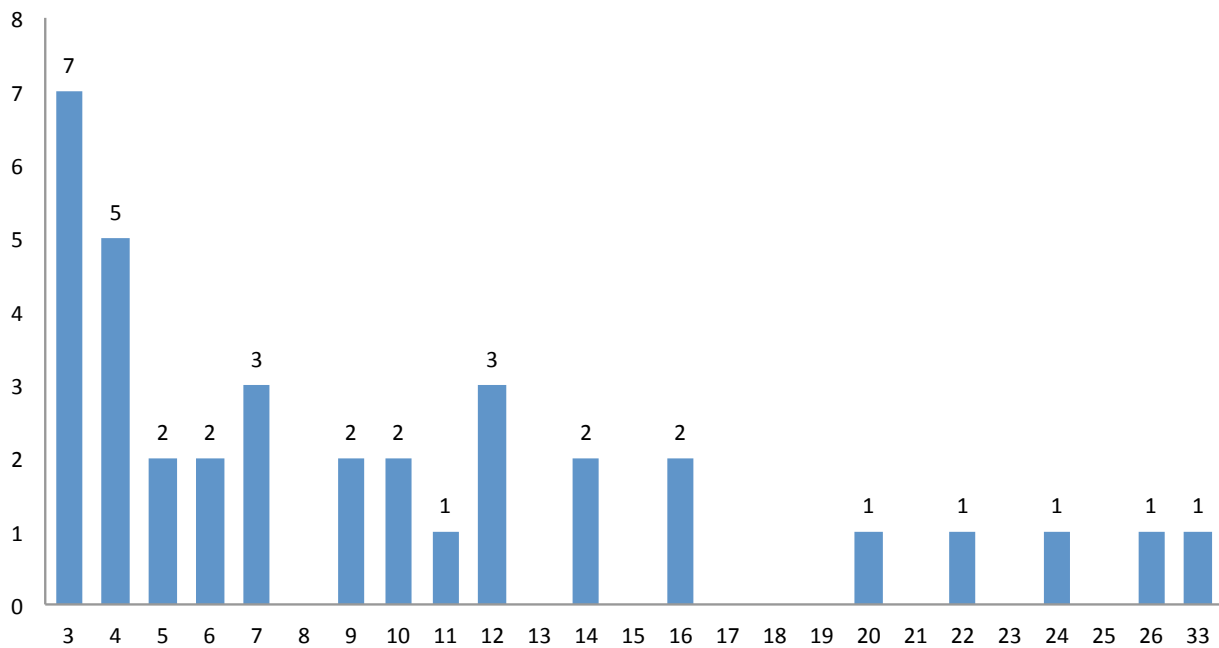
### **2.2.1. Når i svangerskapet oppdaget kvinnen at hun var gravid?**

For 36 kvinner er det registrert opplysninger om når de oppdaget graviditeten. Av dem spenner oppdagelsen av graviditeten fra uke 3 til uke 33. Gjennomsnittet for når disse kvinnene oppdaget de var gravide var svangerskapsuke 10.

Av de 36 kvinnene som har svart på dette spørsmålet, oppdaget kvinnene graviditeten slik:

- 14 av kvinnene oppdaget graviditeten innen uke 5 (29 %)
- 7 av kvinnene oppdaget graviditeten mellom uke 6 og uke 9 (13 %)
- 8 av kvinnene oppdaget graviditeten mellom uke 10 og uke 14 (15 %)
- 3 av kvinnene oppdaget graviditeten mellom uke 15 og uke 19 (8 %)
- 3 av kvinnene oppdaget graviditeten mellom uke 20 og uke 24 (6 %)
- 1 av kvinnene oppdaget graviditeten i uke 26 (2 %)
- 1 av kvinnene oppdaget graviditeten i uke 33 (2 %)
- For 25 % av kvinnene er det satt «ukjent» på i hvilken svangerskapsuke den gravide var da hun oppdaget graviditeten

Innen utgangen av 12. uke hadde 27 kvinner oppdaget at de var gravide, dette utgjør 52 % av alle kvinnene og 75 % av de kvinnene vi har kjennskap til når oppdaget egen graviditet.



Figur 8. Uker gravid da kvinnen selv oppdager at hun er gravid.



*Det er lettere for de som ikke har rusproblemer. Da er ungen som oftest planlagt. Jeg klarer ikke planlegge når jeg ruser meg.*

*- Jeg planla i to dager at jeg skulle ha unge - men det er rusen som styrer. Etter to dager tok rusen over. Jeg glemte å sjekke. Alt går liksom i en sus.*

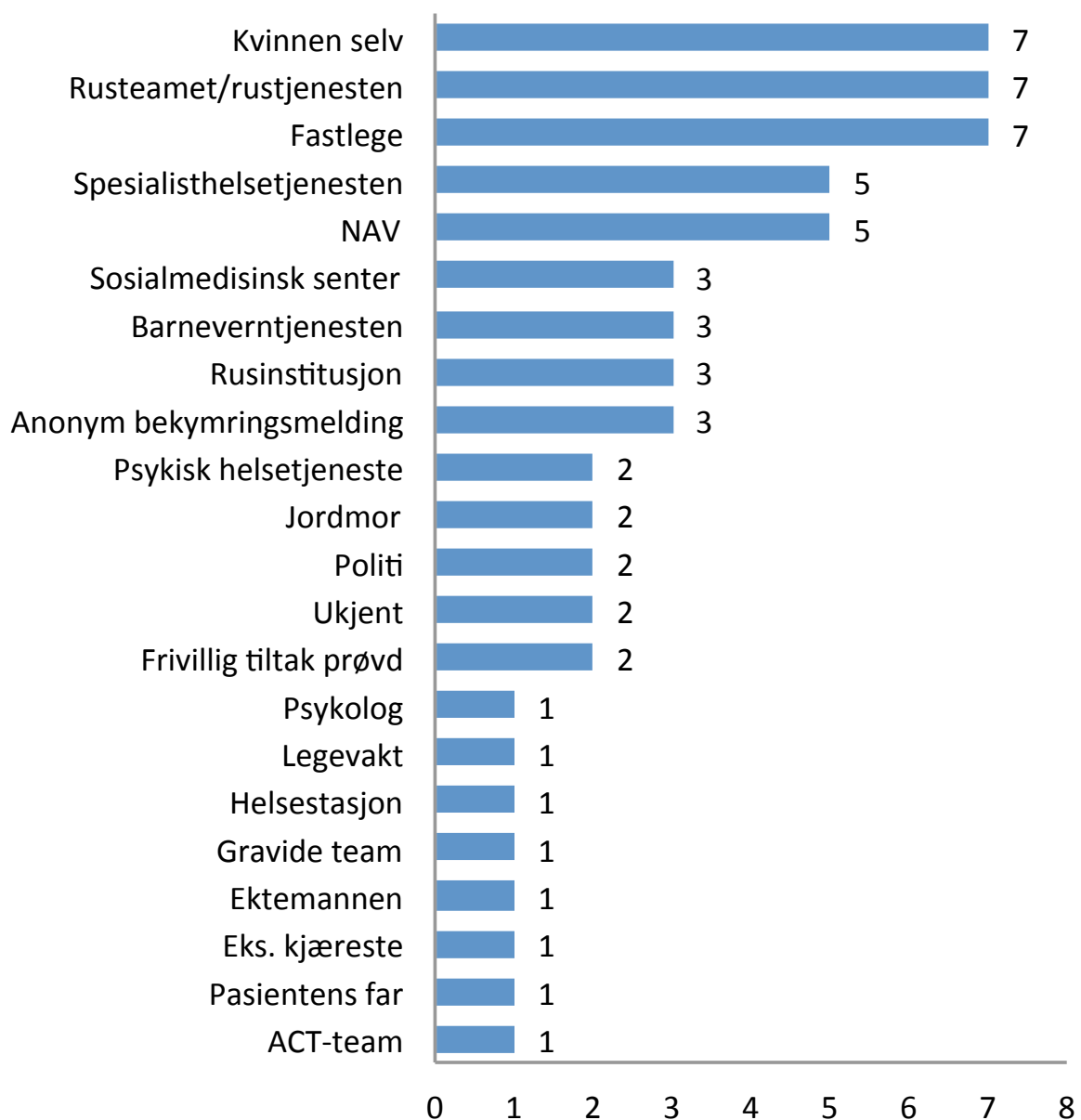
*Jeg kan gjøre en avtale om at jeg skal komme om to timer - og så kommer jeg ikke. Rusen tar så over. Sånn var det å sjekke om jeg var gravid også.*

*Det tok meg 9 uker. Det bare surra og gikk.*

### 2.2.2. Hvem avdekket og meldte fra til kommunen?

I kartleggingsskjemaet registreres det hvem som avdekket rusmisbruket under graviditeten og meldte bekymring. I følge Lov om helsepersonell mv. § 32, annet avsnitt, skal helsepersonell uavhengig av taushetsplikt gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne bruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade.

For 51 av kvinnene var det registrert hvem som meldte bekymring til kommunen. For flere var det registrert mer enn en instans, for eksempel «eks-kjæreste, politi», i disse tilfellene har vi registrert begge, slik at totalantallet her er høyere enn antall innleggelser.

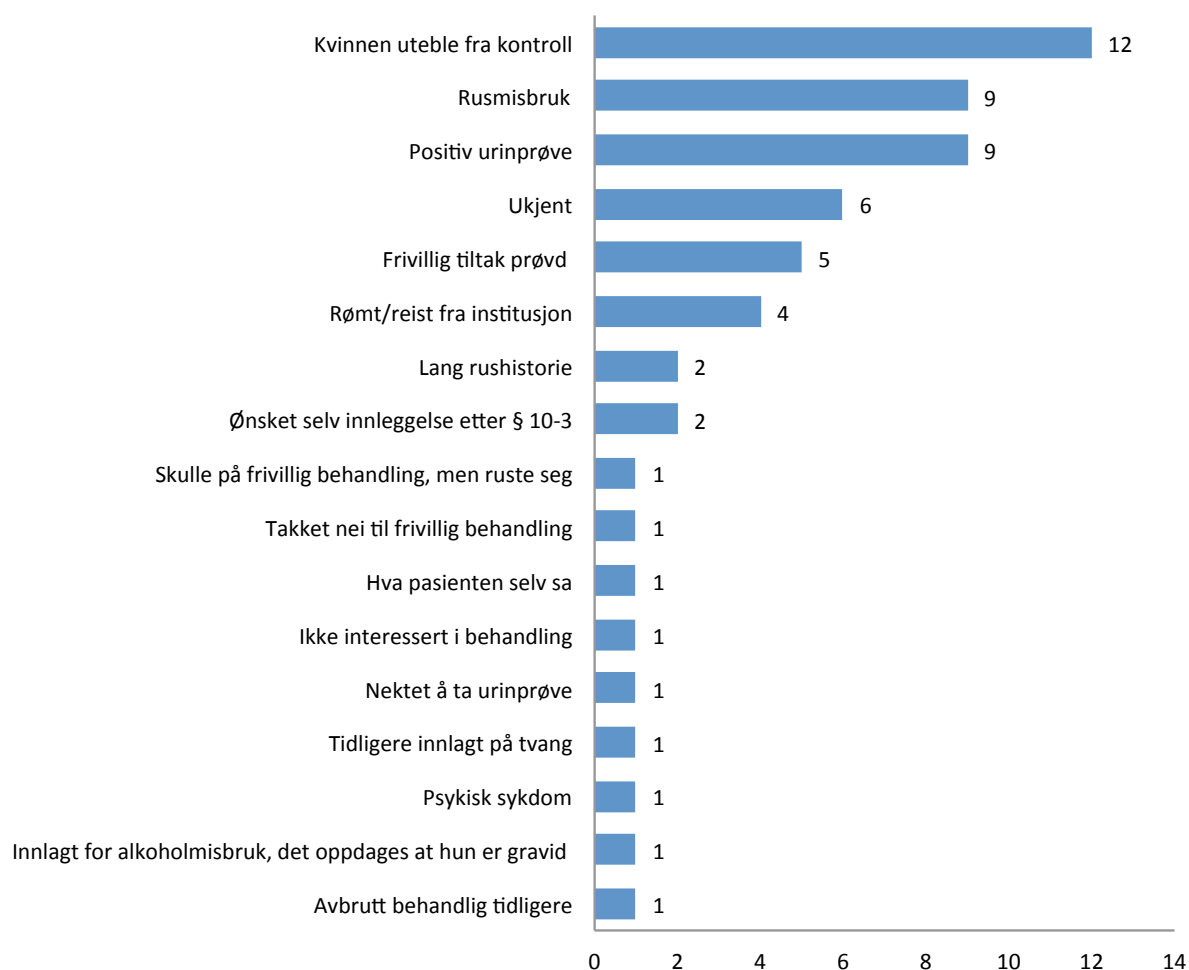


Figur 9. Hvem avdekket og meldte fra til kommunen?

Vi ser at 7 kvinner meldte fra selv. Tallene her må tolkes med forsiktighet, siden spørsmålet er formulert som «hvem avdekket og meldte fra til kommunen». En potensiell mulighet kan være at kvinnen selv sa ifra til for eksempel en lege om at hun var gravid, og forventet at han fulgte opp videre, noe som dermed ville bli registrert som om legen avdekket og meldte ifra.

### 2.2.3. Henvisningsgrunn

Henvisningsgrunn var registrert for 51 av kvinnene. For flere var det registrert mer enn en henvisningsgrunn, for eksempel «positiv urinprøve og rushistorie». Vi har forsøkt å kategorisere de ulike henvisningsgrunnene under, og i de tilfellene hvor kvinnene har mer enn en henvisningsgrunn har vi registrert begge/alle, slik at totalantallet er høyere enn antall innleggelseser.



Figur 10. Henvisningsgrunn.

I denne listen ser vi at uteblivelse fra kontroll nevnes som innleggelsesgrunn i 12 av tilfellene, og positiv urinprøve i 9 av tilfellene. I 5 av tilfellene står det eksplisitt at frivillige tiltak er prøvd, men også i flere av de andre begrunnelsene nevnes det forhold som tyder på at frivillige tiltak er forsøkt, men vurdert som utilstrekkelige. Dette er i samsvar med lovverket, som sier at frivillige tiltak skal være vurdert utilstrekkelige før vedtak kan fattes.

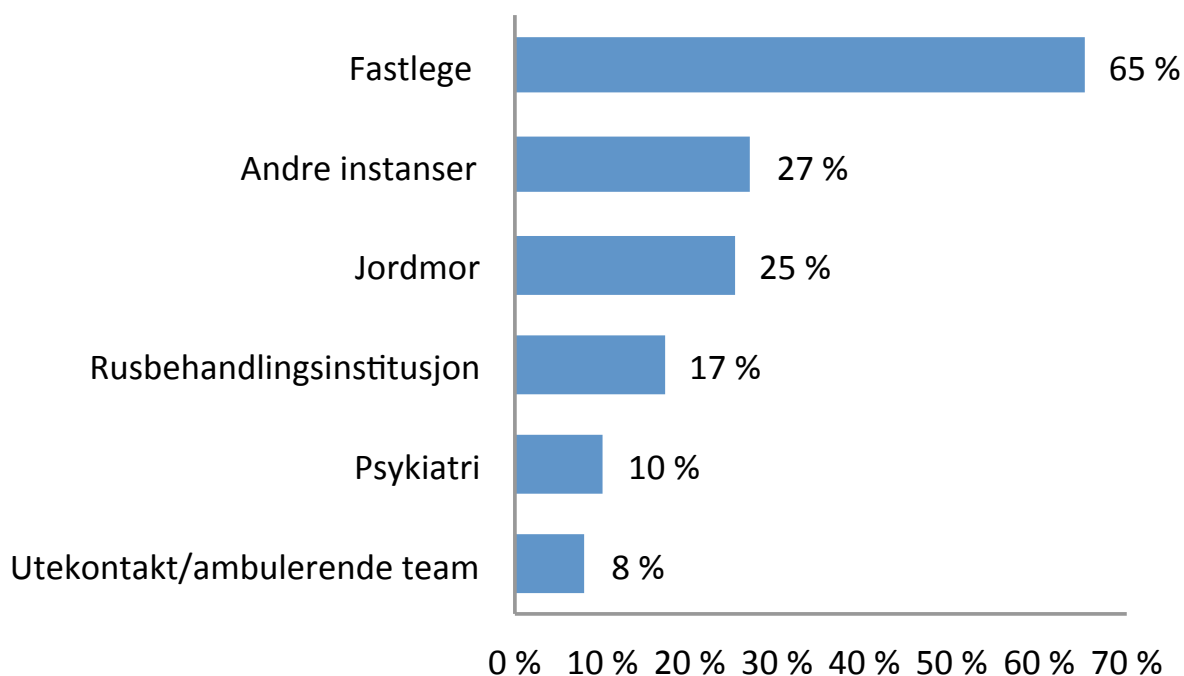


Nordlie (2012:128) viser også til at det er avgjørende for et tvangsvedtak at rusmiddel-misbruket i svangerskapet er av «et slikt omfang at det er overveiende sannsynlig at barnet kan ta skade. Skade i denne sammenheng oppfattes som alvorlige reaksjoner og følgetilstander hos barnet som teratogene skader, betydelige abstinenssymptomer, vekstretardasjon, risiko for funksjonelle avvik, m.m.».

Dette kan også føre til en lengre periode hvor man vurderer hvordan mor håndterer sin rusavhengighet i svangerskapet, før man reiser tvangvedtaket.

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

Det kartlegges også hvorvidt kvinnene har vært i kontakt med hjelpeapparatet/helse-tjenestene i forbindelse med graviditeten, i forkant av innleggelse etter § 10-3. I de tilfellene hvor kvinnene har vært i kontakt med mer enn en instans, har vi registrert begge/alle.



Figur 11. Har den gravide før innleggelse vært til kontroll hos/ vært i kontakt med hjelpeapparatet/helsetjenestene?

- 34 kvinner (65 %) har vært i kontakt med fastlege før innleggelse
- 13 kvinner (25 %) har vært i kontakt med jordmor
- 9 kvinner (17 %) har vært i kontakt med annen rusinstitusjon
- 5 kvinner (10 %) har vært i kontakt med instanser for psykiatri
- 4 kvinner (8 %) har vært i kontakt med utekontakt/ambulerende tjeneste
- 14 kvinner (27 %) har vært i kontakt med andre instanser. Disse har vært i kontakt med følgende instanser: LAR, NAV, rustjenesten, spesialisthelsetjenesten, vernet bolig, politiet

Flere av kvinnene har vært i kontakt med flere av instansene i tiden før innleggelse, men for 9 av kvinnene var ikke dette feltet fylt ut. Dette kan bety at de ikke har vært i kontakt med

hjelpeapparatet i forkant av innleggelsen, men det kan også være at feltet ikke er fylt ut av andre grunner.

Det er kartlagt når i graviditeten kvinnen var i kontakt med en eller flere av disse instansene første gang. Dette er kun fylt ut for 12 av kvinnene. Av disse var:

- 6 i kontakt med en av instansene 1-4 uker etter graviditet.
- 4 i perioden 5-9 uker etter graviditet.
- 1 i perioden 10-14 uker etter graviditet.
- 1 i perioden 15-19 uker etter graviditet.

Hvis vi ser nærmere på disse 12, finner vi at for de aller fleste gikk det kort tid fra den gravide kvinnen selv visste at hun var gravid til hun hadde kontakt med hjelpeapparatet. Seks av kvinnene var i kontakt med hjelpeapparatet samme uke som de fikk kjennskap til egen graviditet. For en av kvinnene gikk det en uke fra hun visste om egen graviditet til hun var i kontakt med hjelpeapparatet, for to av kvinnene gikk det to uker og for en kvinne gikk det fire uker.

For 11 av kvinnene har vi både informasjon om i hvilken uke de var i kontakt med hjelpeapparatet for første gang etter graviditet og i hvilken uke de ble innlagt etter § 10-3. Her finner vi at tiden mellom kvinnen var i kontakt med hjelpeapparatet og hun legges inn etter § 10-3 varierer mellom 1-23 uker. Gjennomsnittlig tar det 10 uker mellom første gangen kvinnen var i kontakt med hjelpeapparatet etter oppdaget graviditet og hun legges inn på Borgestadklinikken etter § 10-3. Men her må vi være klar over at vi mangler data for de fleste av kvinnene – vi har kun data for 11 av de 52 kvinnene vi har kartlagt i perioden 2011-2014.

Ved innføring av «tvangsparagrafen» var det særlig to forhold man bekymret seg for. Det ene var om en tvangsbestemmelse kunne føre til at gravide unnlot å oppsøke hjelpeapparatet, og det andre var om muligheten for å bli lagt inn på tvang ville framprovosere flere aborter. Dette siste skal vi se på seinere. Av våre 52 kartlagte gravide kvinner finner vi at 43 kvinner (83 %) hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet før innleggelse. Vi har ingen informasjon om hvor mange som unngår tvangsinnleggelse ved å unngå å være i kontakt med hjelpeapparatet.

For at en kvinne skal kunne legges inn etter § 10-3 må hun være gravid, og lovverket mangler en hjemmel for å ta graviditetstest av kvinnen uten hennes samtykke (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Det vil også være variasjoner i hvor langt den enkelte kommune/rustjeneste vil strekke seg i utprøvingen av frivillige tiltak før en tvangssak reises. I tillegg viser Lundeberg, Mjåland og Søvig til at fastleger og helsestasjoner ikke ivaretar meldeplikten sin i tilfeller hvor de mistenker rusmiddelbruk hos sine gravide pasienter på en god nok måte.

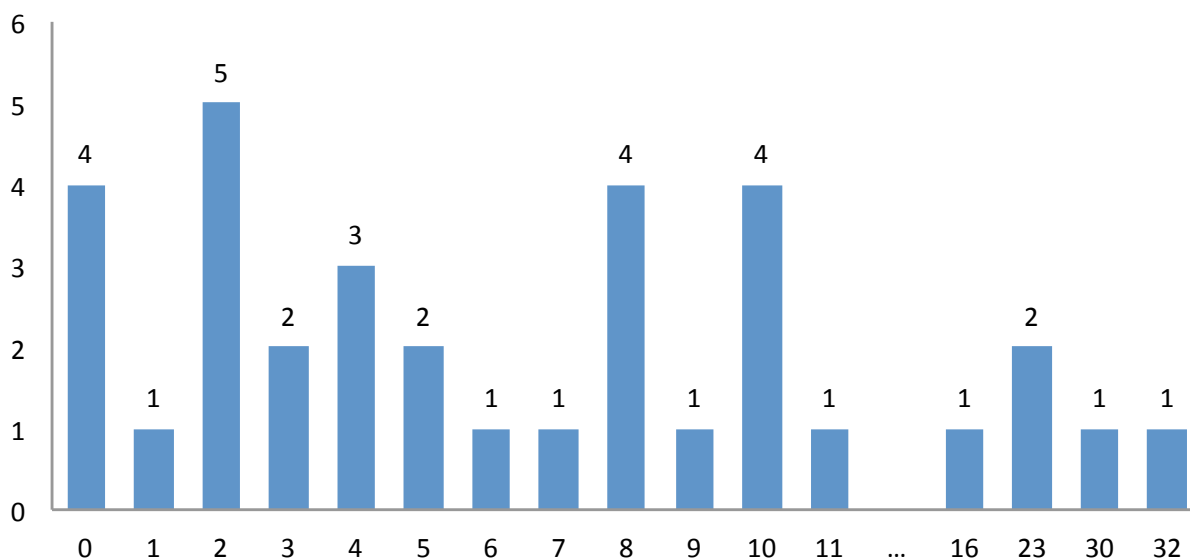
Det første kommunen skal gjøre ved bekymring om en gravid rusmiddelmissbruker er å iverksette frivillige tiltak rundt kvinnen, og som regel vil det inngås en avtale om rutinemessig urinprøvekontroll, i tillegg til annen oppfølging (som polikliniske samtaler, forsterket helsestasjon, mv.). Frivillige innleggelse kan også prøves. Kommunene har ulik praksis når det gjelder hvordan de gjør dette:

«Det store skjønsspørsmålet ved § 10-3 handler derfor i realiteten om hvor mange positive eller uteblitte prøver som kan aksepteres før man iverksetter hardere tiltak» (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014: 129).

### 2.2.5. Hvor lang tid går det mellom når kvinnen selv vet at hun er gravid og til hun legges inn etter § 10-3?

Vi har data fra 34 av kvinnene på både når de selv oppdaget at de var gravide og når de ble innlagt etter § 10-3.

Under har vi sett på differansen i tid mellom når kvinnen oppdager at hun er gravid og innleggelsesdato, og her finner vi at tiden når mellom kvinnen selv vet at hun er gravid og når hun legges inn etter § 10-3 varierer mellom 0-32 uker. Vi ser i figuren under at 4 av kvinnene ble lagt inn samme uke som de oppdaget graviditeten. Gjennomsnittlig tar det 8 uker fra kvinnen selv vet at hun er gravid til hun legges inn på Borgestadklinikken. Halvparten av kvinnene vi har opplysninger om (17 kvinner) ble lagt inn 5 uker eller tidligere etter at de selv oppdaget graviditeten.



Figur 12. Uker differanse mellom når kvinnen vet at hun er gravid og innleggelse etter § 10-3.

I tabellen under ser vi at gjennomsnittstiden det tar fra kvinnen oppdager at hun er gravid til innleggelse etter § 10-3 har ligget ganske stabilt i årene 2006-2014, mens det i den første perioden, 1996-2005, gikk noe lengre tid fra hun oppdaget graviditeten til innleggelse.

Årsperiode	Antall uker mellom kjent graviditet og innleggelse
1996-2005	11
2006-2008	8
2009-2010	9
2011-2014	8

Tabell 1. Gjennomsnittlig antall uker differanse mellom kvinnen vet at hun er gravid og innleggelse etter § 10-3.

Det var tungt å komme hit. Jeg har bare vært innlagt for kortere perioder før. Jeg synes det var vanskelig å bli kjent. Fra begynnelsen var det var tøft å være så tett på folk som har vært narkomane i 15 år. Det var ikke jeg vant med. Det tok tid – men nå går det greit.

Det er veldig spesielt å leve så tett på hverandre. Det er mye hormoner her – bare damer – personalet også. Har aldri vært så opptatt av menn før – men nå ser jeg frem til når det kommer en mann på nattevakt.

Små ting kan bli store her når vi lever så tett. Har noen smakt på brusen din så blir det et kjempekaos. Kan av og til bli litt svett. Men det er bra også at vi kan dele opplevelser.

Det beste med hele oppholdet er når jeg er hos jordmor. Det er bare fantastisk. Barnet blir så virkelig. Jeg blir så stolt. Hun vokser så fint og alt er bra. Vi kommer ofte til jordmor. Det er bra.

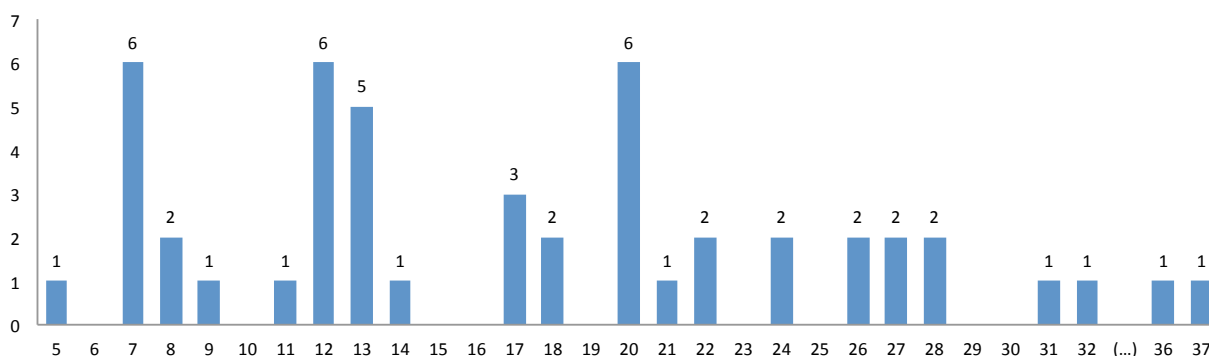
## 2.3. Tiden under innleggelse

I dette kapittelet ser vi nærmere på når i graviditeten tvangsvedtaket blir fattet, om kvinnen tar abort etter innleggelse, om hun under innleggelsen overføres til en annen paragraf og om partneren også legger seg inn hvis hun er i et forhold.

Vi ser ikke 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, siden dette krever helt andre datatilfang.

### 2.3.1. Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet

For perioden 2010-2014 har vi data når det gjelder svangerskapsuke ved innleggelsestidspunktet for 49 av 52 pasienter. Kvinnene ble innlagt etter § 10-3 alt fra 5. til 37. svangerskapsuke.



Figur 13. Antall uker gravid ved innleggelsestidspunktet.

Gjennomsnittlig var kvinnen 17,5 uker gravid ved innleggelse. I Hansen og Svenkeruds (2006) rapport var kvinnen gjennomsnittlig 23,5 uker gravid. I tabellen under ser vi gjennomsnittlig antall uker gravid på innleggelsestidspunktet i de ulike periodene, og vi finner at den siste perioden vi har kartlagt har det laveste gjennomsnittet. Dette betyr også at den gjennomsnittlige varigheten på oppholdet har økt fra den første perioden og fram til nå.

Årstall for innleggelse på Borgestadklinikken	Antall innleggelser i dette tidsrommet	Gjennomsnitt antall uker gravid på innleggelsestidspunktet
År 1996-2005	84	23,5
År 2006-2008	45	19
År 2009-2010	22	22
År 2011-2014	52	17,5

Tabell 2. Gjennomsnittlig antall uker gravid på innleggelsestidspunktet.

Det primære mål i § 10-3 er å beskytte fostret slik at det ikke fødes med skade. Det sekundære målet, som vektlegges sterkt i lovens andre ledd, er at kvinnen skal tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelproblem og for å bli i stand til å ta vare på barnet. Det at kvinnene kommer tidligere inn til behandling, er positivt både med tanke på oppfyllelsen av det primære og det sekundære målet. Nordlie (2012) viser også til at gjennomsnittlig varighet av oppholdet har økt over tid, og at dette har en positiv effekt blant annet på barnets fødselsvekt.

### 2.3.2. Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved Borgestadklinikken?<sup>10</sup>

Som nevnt tidligere har det vært diskutert særlig to mulige uønskede konsekvenser ved § 10-3. Den ene omhandler hvorvidt den gravide rusmiddelmissbrukeren vil unngå hjelpeapparatet på grunn av trusselen om tvangsinnleggelse. Og den andre omhandler hvorvidt den gravide vil velge abort for å unngå tvangsinnleggelse eller avbryte en iverksatt innleggelse.

I høringsnotatet ved innføring av gamle § 6-2a ble det skrevet:

*«Det er ikke ønskelig at lovforslaget skal føre til et press mot flere aborter. Kvinnen blir på mange måter stilt overfor et valg mellom å beholde barnet og dermed bli plassert på institusjon og å ta abort for å unngå tvangsbruk».*<sup>11</sup>

Kerstin Söderström (2011) har også gitt uttrykk for den samme bekymringen i en seinere vitenskapelig artikkel, hvor hun ser på de etiske dilemmaene ved at myndighetene med et ønske om å beskytte barnet fra skader ved ruseksponering i svangerskapet, kan drive moren mot en abort for å slippe unna en tvangsinnleggelse. Hun skriver:

*«Although the paragraph is grounded on the ethical principle of non-maleficence, there has been raised concern for the unintended negative effects such as increased abortion rates and reluctance to seek health services».*<sup>12</sup>

Muligheten for at den gravide rusmiddelmissbrukeren vil foreta en abort istedenfor å bli tvangsinnlagt er en aktuell problemstilling, men vi har ikke belegg for å si noe om hvorvidt dette skjer med pasientene gjennom vår kartlegging, hvor vi kun har data for de kvinnene som allerede er lagt inn etter § 10-3. Men vi kan se på hvilken andel av de som legges inn på tvang som tar abort.

I Norge er det selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. Etter uke 12 kan abort innvilges av en nemd dersom a) det er fare for kvinnens fysiske eller psykiske helse, b) kvinnen har en vanskelig livssituasjon, c) det er stor fare for sykdom hos barnet, d) graviditeten er et resultat av voldtekt eller incest eller e) mor har psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming. Etter 18 uker er abort ikke tillatt, «med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det»<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> I kartleggingsskjemaet er spørsmålet stilt slik: «Har kvinnen tatt abort etter innleggelse ved BK (ifbm dette tvangsvedtaket)?». Spørsmålet er formulert som «tatt abort» hvilket bør vise til provosert abort og ikke spontanabort, men i og med at noen har krysset ja, og skrevet spontanabort ved siden av rubrikken, må vi også ta høyde for at noen kan ha krysset her for spontanabort uten at de har spesifisert dette.

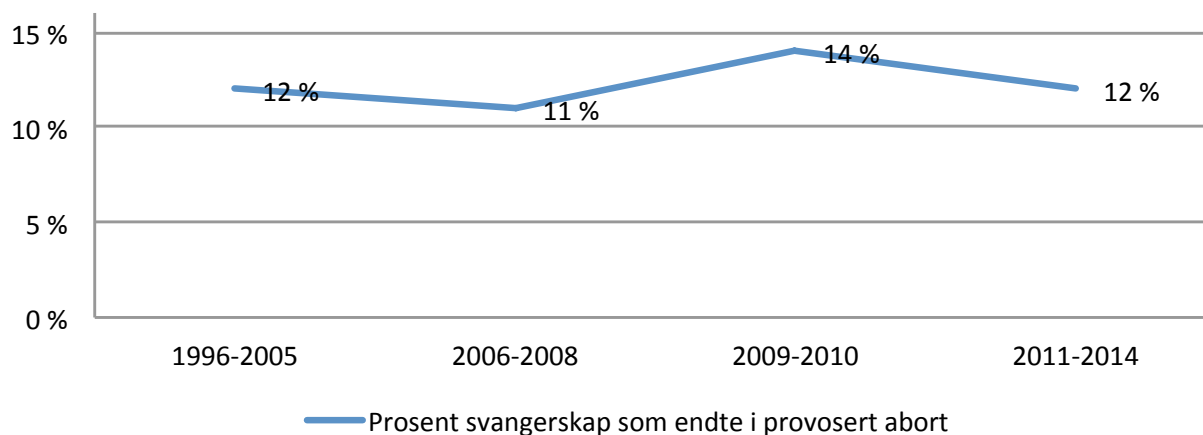
<sup>11</sup> Høringsnotat § 6-2a s. 4, sml Ot.prp.48 (1994-95) s. 9. i Thomson, Mette. "Tvangsinnleggelse av gravide rusmiddelmissbrukere: Sosialtjenesteloven § 6-2a." (2006).

<sup>12</sup> Söderström og Skolbekken (2011).

<sup>13</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

I perioden 2011-2014 endte 6 av 52 (12 %) innleggelser etter § 10-3 ved Borgestadklinikken med abort. I tillegg var det to kvinner som spontanaborterte. Av de kvinnene som tok abort ble 3 innlagt før uke 12, 1 ble innlagt i uke 18 og en i uke 20. For en av kvinnene som tok abort mangler vi informasjon om svangerskapsuke ved innleggelse.

I 1996-2005 endte 11 av 91 svangerskap (12 %) med abort (Hansen og Svenkerud, 2006), i 2006-2008 endte 5 av 44 svangerskap (11 %) med abort og i 2009-2010 endte 3 av 21 svangerskap (14 %) med abort.



Figur 14. Prosentander av svangerskapene som endte med provosert abort i de fire ulike tidsperiodene.

Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014: 65) viser til tidligere kartlegginger ved Borgestadklinikken, som viser at ca. 12 % av de gravide innlagt etter § 10-3 tar abort, og skriver:

«Selv om antallet er lavt, og det ikke er grunnlag for å trekke slutninger om årsakssammenhenger mellom tvangsinnleggelse og svangerskapsavbrudd, viser tallene at problemstillingen kan være reell».

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

For § 10-3 fattes det nesten alltid midlertidige vedtak i påvente av at fylkesnemnda<sup>14</sup> skal treffe endelig vedtak. Fylkesnemnda er også klageinstans når det gjelder vedtakene om tilbakeholdelse i institusjon mot eget samtykke.

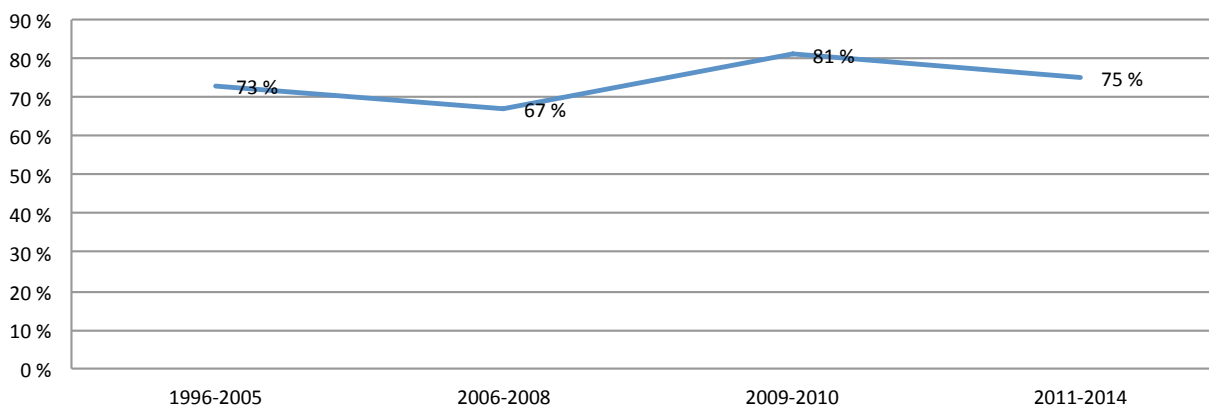
Når gravide legges inn etter § 10-3 har det i de aller fleste tilfellene vært prøvd ut ulike frivillige tiltak først. Hvis disse ikke viser seg å være tilstrekkelige, fattes et tvangsvedtak og da ofte et hastevedtak:

«I disse tilfellene regner kommuneansatte som regel med at det haster å skjerme fosteret for ruspåvirkning og kommunen velger derfor å forskuttere avgjørelsen ved å fremme et midlertidig vedtak som gjør at kvinnen kan legges inn umiddelbart» (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014: 256).

<sup>14</sup> Fylkesnemnda er et statlig organ som i faglige spørsmål har en uavhengig stilling overfor departement og fylkesmann. Fylkesnemndas vedtak kan bare overprøves av domstolene. Administrativt er fylkesnemndene underlagt Sentralenheten for fylkesnemndene. Etatstyringen av fylkesnemndene ligger under Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (<https://www.regjeringen.no/no/dep/bld/org/etater-og-virksomheter-under-barne--likestillings--og-inkluderingsdepartementet/fylkesnemndene-for-sosiale-saker/id418110/>).

For innleggelse etter § 10-3 gjelder også at «Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse». Et vedtak om tilbakeholdelse på institusjon etter § 10-3 kan dermed oppheves i løpet av institusjonsoppholdet.

I tabellen under ser vi andelen som forblir innlagt etter § 10-3 fram til fødsel.



Figur 15. Prosentander av kvinnene som forblir innlagt etter § 10-3 under hele svangerskapet.

Kartleggingene av de som forblir innlagt etter § 10-3 er ført litt forskjellig i de ulike tidsepokene fra 1996, så her må sammenligningen gjøres med forbehold.

For perioden 2011-2014 er det 39 kvinner (75 %) som forblir innlagt etter § 10-3 under hele svangerskapet. Av de 13 kvinnene som ikke forblir innlagt er det 6 provoserte aborter og 2 spontanaborter. Videre er det 2 som overføres til § 10-4, 2 som får vedtaket opphevet (uten at dette er ytterligere beskrevet) og 1 som overføres til frivillig behandling.

For de fleste endres altså ikke lovhjemmelsgrunnlaget under institusjonsoppholdet. Det er mellom 19 % og 33 % av pasientene i årene 1996-2014 som får gjort om sine vedtak underveis.





*De fortalte meg om Borgestadklinikken. Jeg tenkte at jeg gjør det jeg må gjøre. Det var det samme for meg om det var tvang. Så jeg var her en stund på tvang.*

*Men så fikk jeg en telefon en dag. De foreslo en avtale. Hvis jeg forpliktet meg til å bli til 25. mai, og alt gikk bra, så skulle jeg få reise hjem da.*

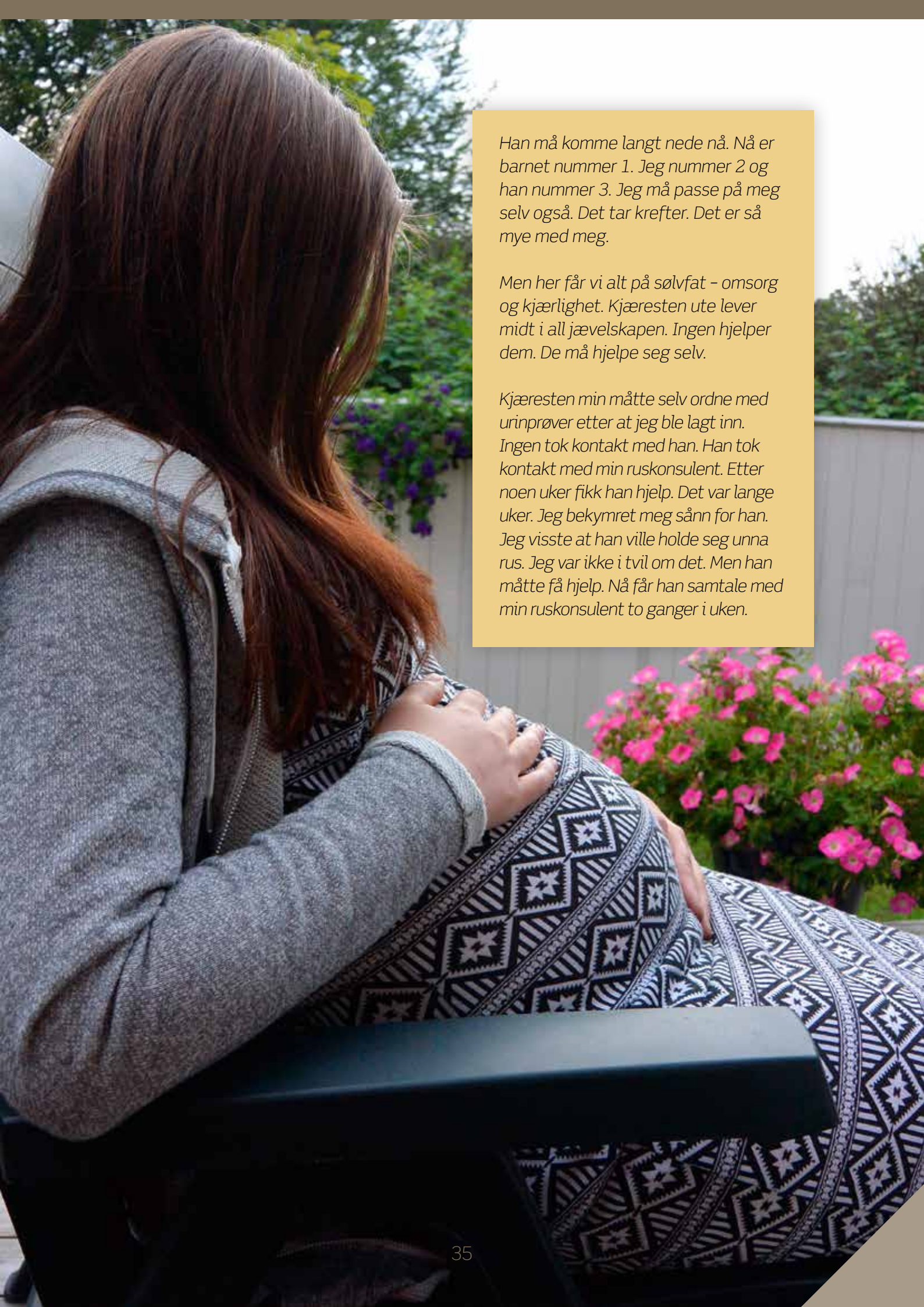
*Klart jeg ble glad. Nå har jeg fått vise at jeg kan endre meg. Det har skjedd mye med meg disse månedene.*

*Nå nærmer det seg at jeg skal hjem. Jeg har fått leilighet. Jeg har selv ordnet med avtaler med den faste kontakten min, helsesøster og barnevernet. Jeg trenger hjelp - men det er nydelig at jeg har fått ordnet det selv. Jeg har fått vist at jeg klarer det frivillig også.*

*Jeg får kontakt med de som kjenner meg hjemme. Det er trygt. Da kan de gi meg tilbakemelding. De vil merke hvis jeg endrer meg igjen. De tar signalene og jeg vet at de vil være direkte med meg. Det er trygt.*

Kategoriene som skal kartlegge sivilstatus ved innleggelsestidspunktet er sannsynligvis noe misvisende, siden disse 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 i løpet av kvinnens innleggelsesperiode, finner vi at for 2 av kvinnene som er registrert som ugifte, er det registrert at mannen også la seg inn til behandling. For en av kvinnene er det registrert skilt/separert på sivilstatus, men også registrert at mannen la seg inn i løpet av hennes innleggelsesperiode.

Vi har ikke hentet inn informasjon om lengden på mannens innleggelsesperiode i denne undersøkelsen.



Han må komme langt nede nå. Nå er barnet nummer 1. Jeg nummer 2 og han nummer 3. Jeg må passe på meg selv også. Det tar krefter. Det er så mye med meg.

Men her får vi alt på sølvfat - omsorg og kjærlighet. Kjæresten ute lever midt i all jævelskapen. Ingen hjelper dem. De må hjelpe seg selv.

Kjæresten min måtte selv ordne med urinprøver etter at jeg ble lagt inn. Ingen tok kontakt med han. Han tok kontakt med min ruskonsulent. Etter noen uker fikk han hjelp. Det var lange uker. Jeg bekymret meg sånn for han. Jeg visste at han ville holde seg unna rus. Jeg var ikke i tvil om det. Men han måtte få hjelp. Nå får han samtale med min ruskonsulent to ganger i uken.

## 2.4. Tiden etter fødsel

Behandlingsinstitusjonens formelle ansvar for den gravide innlagt etter § 10-3 oppheves ved fødsel. Av den grunn mangler det 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 på fødeavdelingen. Noen overføres direkte til andre hjelpetiltak, enten innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller til andre spesialisthelsetjenester enn Borgestadklinikken. Noen kommer tilbake til Borgestadklinikken til barselsopphold og/eller frivillig behandling.

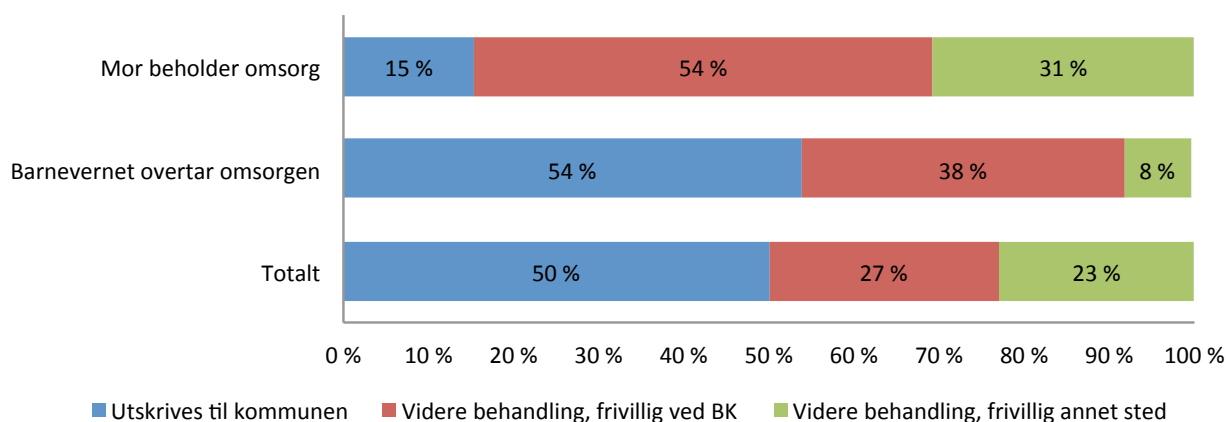
Vi har ingen juridisk rett til å få opplysninger om hva som skjer med mor og barn etter fødsel, der mor og barn ikke kommer tilbake til klinikken. De data vi har er derfor på de kvinnene som kommer tilbake til Borgestadklinikken, samt opplysninger som er godkjent gitt til oss av kvinnene.

### 2.4.1. Hva skjer med mor og barn etter fødsel?

Vi har data på spørsmålet om hva som skjer med barnet etter fødsel fra 40 av de 52 kvinnene i utvalget vårt. Av de 40 vi har data fra, beholdt mor omsorgen i 26 av tilfellene (65 %) og barnevernet overtok omsorgen i 14 av tilfellene (35 %).

Når det gjelder hva som skjer med mor etter fødsel har vi data fra de samme 40 kvinnene. Her finner vi at 20 av kvinnene (50 %) fortsetter videre behandling frivillig ved Borgestadklinikken, 11 kvinner (27 %) utskrives til kommunen og 9 kvinner (23 %) fortsetter videre frivillig behandling et annet sted.

Av de kvinnene som beholder omsorgen, som er flertallet, fortsetter de aller fleste videre behandling enten ved Borgestadklinikken (54 %) eller ved annet sted (31 %). Av de kvinnene som ikke beholder omsorgen, fortsetter også nesten halvparten (46 %) videre behandling i institusjon etter fødsel.



Figur 16. Prosentander av kvinnene som beholder/mister omsorgen sett opp mot videre behandling.

Ser vi på sekundærmålet ved tvangsparagrafen - hvor kvinnen skal motiveres til å ta imot frivillig behandling, tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk, og å 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. 29 av de 40 kvinnene vi vet noe om i perioden 2011-2014 fortsetter videre i frivillig behandling etter at barnet er født - dette utgjør 73 %. 85 % av kvinnene som beholder omsorgen for barnet fortsetter i behandling, og det samme gjør 46 % av de kvinnene som ikke beholdt omsorgen for barnet.

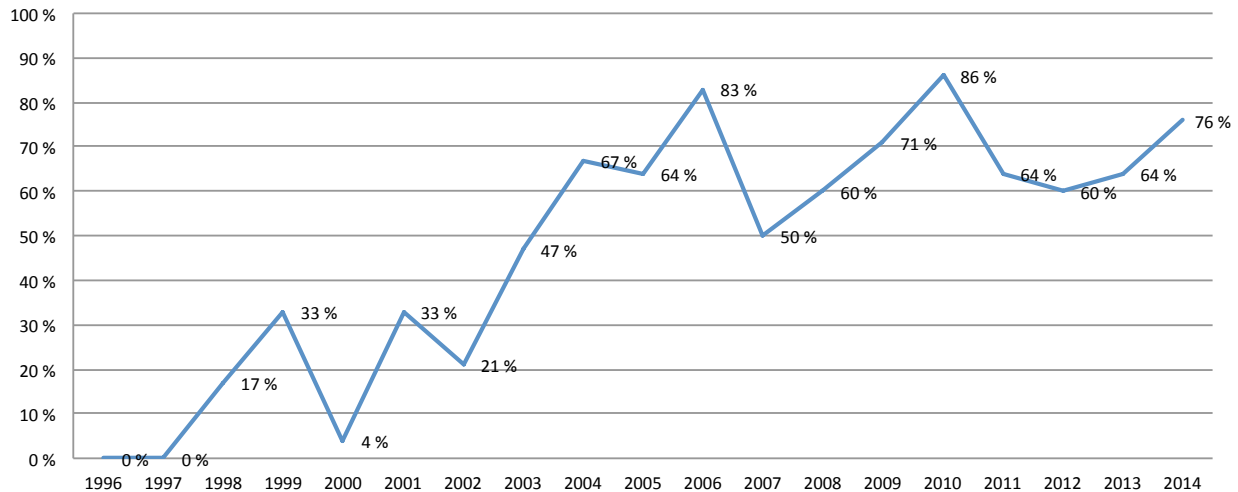
Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014: 186) viser til prioriteringsveilederen for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, hvor Helsedirektoratet skriver at dersom pasienten ønsker videre helsehjelp etter opphørt tvang, er hovedregelen at pasienten er å anse som rettighetspasient inntil vedkommende er behandlet ut av sin tilstand. Det er derfor ikke behov for ny henvisning og ny vurdering før videre frivillig behandling etter et tvangsopphold. Lundeberg, Mjåland og Søvig (ibid.) viser også til betydningen av at også de som mister omsorgen for barnet får gode og tilrettelagte tilbud i den kritiske fasen i etterkant av fødselen.

Vi så tidligere at kun 1 av de 23 kvinnene vi har data på som hadde barn fra før, fortsatt hadde omsorgen for barnet ved innleggelse. Av disse 22 kvinnene som hadde barn fra tidligere, men som hadde mistet omsorgen for disse barna, er det nå 9 kvinner som beholder omsorgen etter fødsel. 2 av kvinnene har tatt provosert abort, en har spontanabortert, en ble overført til 6.3 og en ble utskrevet.

Når det gjelder de som har beholdt omsorgen; har det skjedd noe med dem som har bedret deres omsorgsevne? Er det slik at de kvinnene som beholder omsorgen for barnet er de som har nyttiggjort seg behandling under institusjonsoppholdet, mens de var på tvang? Og hvor mange kvinner beholder omsorgen for barnet sitt på sikt? Vår kartlegging kan ikke svare på disse spørsmålene. Og i følge Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) finnes det heller ikke noen andre som kan svare på dette spørsmålet, for det er ikke forsket på hvordan det går med disse barna over tid.

I de tre foregående rapportene har de kvinnene som har beholdt omsorgen for barnet rett etter fødselen i snitt kommet til behandling 5-6 uker tidligere enn dem som ikke beholdt omsorgen. I vår undersøkelse finner vi ikke denne sammenhengen, men i perioden 2011-2014 har kvinnene i snitt også kommet til behandling tidligere enn vi har sett i de andre rapportene.

Har andelen kvinner som beholder omsorgen for barna endret seg i løpet av den tiden vi har hatt innlagte på § 10-3 ved Borgestadklinikken? Når vi ser på hvor mange som beholder omsorgen ut fra hvilket år de ble innlagt ser det ut til at det er en tendens til at flere beholder omsorgen nå. I figuren under ser vi prosentvis utvikling i andelen som beholder omsorgen for barnet rett etter fødsel i årene 1996-2014.

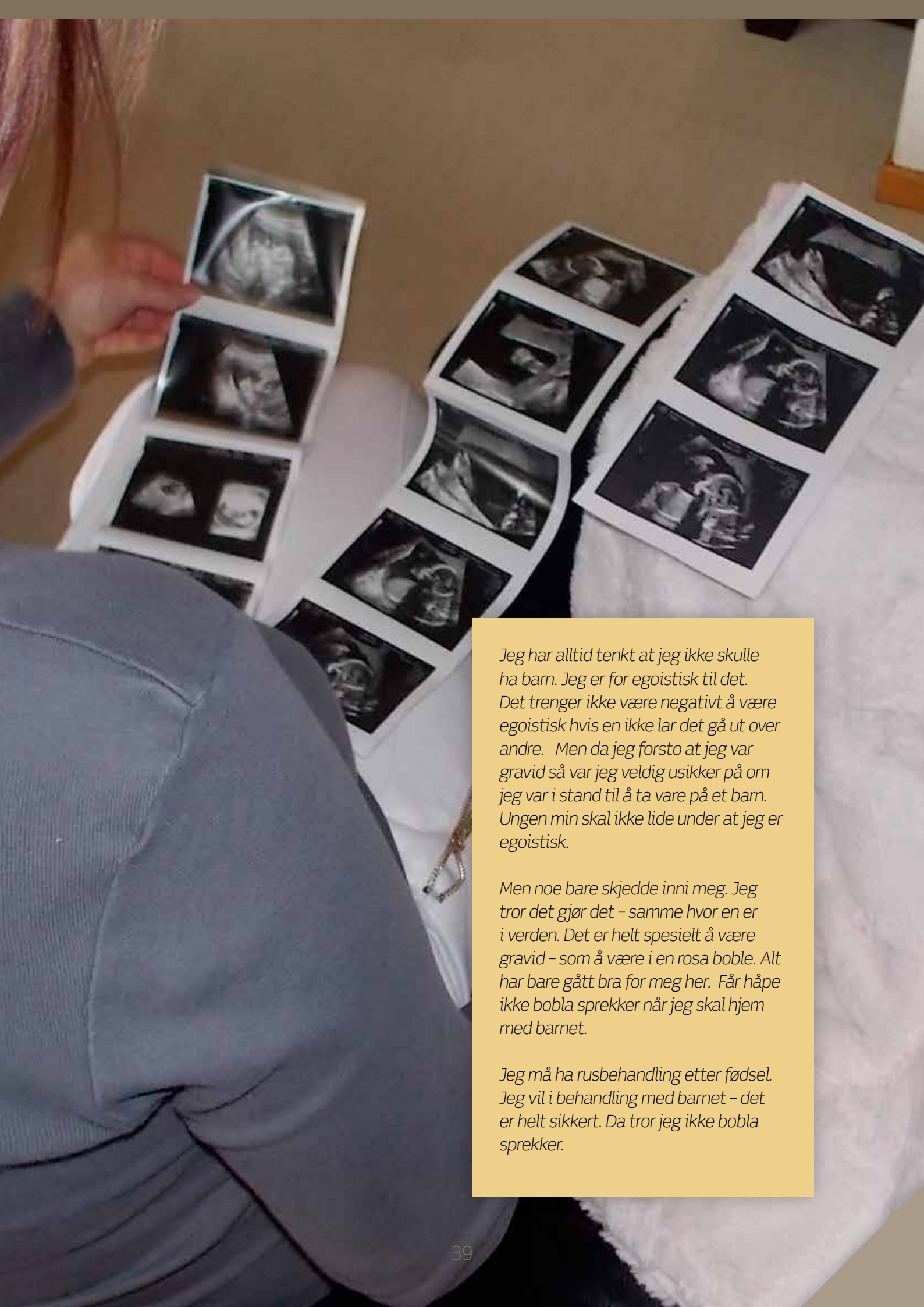


Figur 17. Prosentander av kvinnene som beholder omsorgen rett etter fødsel.

Vi har tidligere (figur 1) sett at bruken av § 10-3 har hatt en økning, særlig fra og med år 2001. Særlig etter 2003/2004 finner vi at det er en stor andel kvinner som beholder omsorgen for barna etter fødsel. I figuren over ser vi prosentandelen av kvinner som føder mens de er lagt inn på av § 10-3 og som beholder omsorgen for barna etter fødsel. De kvinnene som har fått vedtaket opphevet eller har abortert er ikke inkludert i dette utvalget.

Grunnen til at flere beholder barna nå kan henge sammen med svært mange ting. For førstegangsfødende kan barnevernlovens prinsipp om at omsorgsovertagelse ikke kan iverksettes dersom andre tiltak blir vurdert som tilfredsstillende, slå inn, og en kan tenke seg at for nye foreldre må foreldreskap med ekstra støttetiltak prøves ut før en eventuell omsorgsovertakelse. Vi finner at i vårt utvalg beholdt 81 % førstegangsfødende omsorgen etter fødsel, mens det samme gjelder kun for 50 % av de som har barn fra tidligere<sup>15</sup>. 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. Vi vet som sagt heller ingenting om hvor mange som beholder omsorgen for barna på kort eller lang sikt, bare hvor mange som beholder omsorgen rett etter fødsel.

<sup>15</sup> Her har vi informasjon fra 18 av de 23 kvinnene som hadde født barn tidligere. 3 har abortert, har blitt overført til 6.2 og en har blitt utskrevet.



*Jeg har alltid tenkt at jeg ikke skulle ha barn. Jeg er for egoistisk til det. Det trenger ikke være negativt å være egoistisk hvis en ikke lar det gå ut over andre. Men da jeg forsto at jeg var gravid så var jeg veldig usikker på om jeg var i stand til å ta vare på et barn. Ungen min skal ikke lide under at jeg er egoistisk.*

*Men noe bare skjedde inni meg. Jeg tror det gjør det - samme hvor en er i verden. Det er helt spesielt å være gravid - som å være i en rosa boble. Alt har bare gått bra for meg her. Får håpe ikke bobla sprekker når jeg skal hjem med barnet.*

*Jeg må ha rusbehandling etter fødsel. Jeg vil i behandling med barnet - det er helt sikkert. Da tror jeg ikke bobla sprekker.*

### 2.4.2. Hva vet vi om barnets tilstand rett etter fødselen?

I perioden 2011-2014 ble det født 39 barn mens mor var innlagt etter § 10-3 ved Borgestadklinikken.

For de øvrige 13 kvinnene finner vi 6 provoserte aborter, 2 spontanaborter, 2 som overføres til § 10-4, 2 som får vedtaket opphevet (uten at dette er ytterligere beskrevet) og 1 som overføres til frivillig behandling.

Av de 39 fødslene i perioden, ble det født 20 gutter og 19 jenter. 26 (67 %) ble født på vanlig måte, og 13 (33 %) ble født med keisersnitt.

Hansen og Svenkerud fant i sin undersøkelse at av de 26 barna de hadde data på, var det registrert skader som kan skyldes ruspåvirkning i fosterlivet hos 18 av dem (Hansen og Svenkerud 2006: 40). De legger vekt på at det er viktig å være klar over at symptomene som beskrives kan skyldes 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. Noen av skadene som barna kan ha ervervet vil ikke kunne være synlig ved fødselen. Vi må ha i minnet at vi her har kartlagt skader som oppdages rett etter fødsel.

I vår undersøkelse (2011-2014) har vi kartlagt om det er registrert abstinenser/skader hos barnet rett etter fødsel. Det er registrert 6 tilfeller av mulige abstinenser/skader hos de 39 barna. Under siterer vi de tilbakemeldingene vi har fått på abstinenser/skader:

- Utreddes videre i familieenheten grunnet mistanke om skade
- Ingen foreløpig, men abstinenser er forventet på grunn av Subutex
- Ja, morfinbehandling
- Sitringer
- Utslag på neonatalt abstinens syndrom, ingen medisiner

I tillegg meldes det om et «metadonbarn» og at et barn er for tidlig født. Dette barnet er født ca. 7 uker før termindato. Ved gjennomgang av kartleggings skjemaene, hvor det er registrert termindato og fødselsdato, finner vi at ytterligere tre barn er født ca. 1 måned før termin.

### 2.4.3. Fødselsvekt

Fødselsvekt er en indikator på både morens og barnets helsemessige status i svangerskapet, og fødselsvekt har en sammenheng med personens helse videre i livet. Vi vet også at blant annet ernæring, sykdom, genetiske faktorer og ikke minst røyking kan påvirke fødselsvekten.

Nordlies studie (2012) finner følgende: Den gjennomsnittlige fødselsvekt på barn født av tvangsinnlagte kvinner i perioden 1.1.1996 til 31.12.2009 (110 barn er inkludert i studien) var 3165 gram. Barna i Nordlies studie har 470 gram lavere fødselsvekt enn hva som er



gjennomsnittsvekten for nyfødte barn i Norge (3500 gram<sup>16</sup>). Nordlie viser til at bruken av ulike rusmidler er den primære årsaken til den lave fødselsvekten, og sekundært til rusmiddelbruk nevnes ernæringsforstyrrelser, sekundærsykdommer og røyking hos mor.

Et interessant funn i Nordlies undersøkelse er fødselsvekt sett i sammenheng med hvor lang tid kvinnen var tvangsinnlagt i forkant av fødsel. 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 (3029 gram ved fødsel). 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. Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014: 227) kommenterer funnet på følgende måte: «*Dette viser viktigheten av at de mest belastende gravide kvinnene innlegges så tidlig som mulig i svangerskapet*».

I vår undersøkelse hadde de 39 barna en gjennomsnittsvekt på 3308 gram; 198 gram lavere enn gjennomsnittlig fødselsvekt. Det minste barnet veide 2160 gram ved fødsel, og det største veide 4550 gram<sup>17</sup>.

Vi har ikke data på hvilken uke kvinnene var i da de fødte, men dersom vi tar utgangspunkt i at kvinnene fødte til termin i uke 40, var 19 av kvinnene innlagt i 20 uker eller mindre (med et spenn på innlagt fra svangerskapsuke 21 til svangerskapsuke 37). For barna deres var den gjennomsnittlige fødselsvekten på 3203 gram. Når det gjelder de resterende 18 barna, hvor mødre hadde et opphold på mer enn 20 uker før fødsel (med et spenn innlagt fra svangerskapsuke 7 til svangerskapsuke 18), hadde disse en gjennomsnittlig fødselsvekt på 3437 gram, altså 234 gram mer.

#### 2.4.4. Barselsopphold etter fødsel

Alle kvinnene som har vært lagt inn etter § 10-3 på Borgestadklinikken får tilbud om opphold på barsel etter fødsel. 16 av kvinnene (31 % av totalen på 52) i perioden 2011-2014 tok imot tilbud om barselopphold ved Borgestadklinikken etter fødsel. Av disse kom 9 kvinner sammen med barnet, 6 kvinner kom selv om barnevernet hadde overtatt omsorgen for barnet og 1 kvinne kom etter abort. Formålet med barseloppholdet for dem som blir fratatt omsorgen for barna umiddelbart etter fødsel er både av behandlingmessig og omsorgsmessig karakter.

---

16 <http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsels-og-spedbarns-helse/fodselsvekt>

17 I rapportene til Hansen og Svenkerud (2006) og Wiig Myrholt (2012) er ikke gjennomsnittlig fødselsvekt oppgitt, men i Grimstad og Kristiansen sin (2009) er gjennomsnittlig fødselsvekt oppgitt til å være 3 172 gram (N=24), altså betydelig lavere enn i denne siste perioden.



### 3. Forskning på § 10-3

Foreløpig finnes det ikke mange studier på denne gruppen pasienter, og vi vil på samme måte som Nordlie (2012: 133) oppfordre til at det gjøres flere og større studier av gravide som er innlagt på tvang:

*«Fordi det dreier seg om alvorlige konsekvenser i starten på et menneskeliv og at tiltakene forårsaker frihetsberøvelse for kvinnene burde landsomfattende prosjekter ha belyst dette».*

Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014:70) oppfordrer også til mer forskning på tematikken:

*«Tvangsinnleggelse er et av velferdssamfunnets mest inngripende virkemidler, og da bør myndighetene følge opp, både kvalitativt og kvantitativt, om virkemiddelet når målsettingen».*

De skriver også at det er et alvorlig rettssikkerhetsproblem at det ikke forskes mer på tvangsbestemmelsenes virkning (2014: 221):

*«Det foreligger ingen robuste effektstudier av tvangsbestemmelsene; de få studiene som finnes, er oppfølgingsstudier basert på ulike metodiske design og foretatt av institusjonene selv på egne pasienter. (...) En av årsakene til at det ikke foreligger norske effektstudier, er at det med noen få hederlige unntak ikke føres noen systematisert dokumentasjon og statistikk over kjennetegn ved tvangspasientene, hva som skjer under tvangsoppholdene, hva pasientene skrives ut til, og hvordan det går med dem på sikt. Vi mener dette er et alvorlig rettssikkerhetsproblem, tatt i betraktning hvor alvorlig tvangsinngrep er».*

Som en konsekvens av denne etterspørselen etter mer kunnskap om denne pasientgruppen pågår det nå forskning under ledelse av Siv Merete Myra ved Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo, hvor man sammenligner det å bli innlagt på tvang med frivillig innleggelse av gravide rusmisbrukere. Myra har intervjuet pasienter innlagt etter § 10-3 ved de institusjonene i Norge som tilbyr slik behandling, deriblant Borgestadklinikken. Første vitenskapelige artikkel fra dette arbeidet ble sendt til publisering sommeren 2015, og er en beskrivelse av hvordan kvinnene opplever det å være innlagt under § 10-3, og hvilken betydning paragrafen har for kvinnenes tilknytning til det ufødte barnet. Artikkelen forventes publisert høsten 2015.

Denne rapporten her har ikke det datatilfanget som skal til for å gjøre dette til anerkjent forskningsarbeid, og vi vil på samme måte som Nordlie (2012) og Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) oppfordre til mer forskning på § 10-3, både når det gjelder hva som skjer under innleggelse og hvordan det går med mor og barn på sikt etter fødsel.



## 4. Oppsummering

I denne kartleggingsundersøkelsen har vi sett nærmere på 52 kartlegginger av kvinner innlagt etter § 10-3 på Borgestadklinikken i perioden 2011-2014, og sammenlignet disse med 157 kartlegginger av den samme pasientgruppen fra perioden 1996-2010.

Antall tvangsinnleggelser økte kraftig etter år 2000, men holdt seg så ganske stabilt til og med 2008. Fra sommeren 2009 så vi en nedgang i antall innleggelser. Denne endringen ble synlig samtidig med at NAV-reformen ble innført i Norge. I årene 2011-2012 var det på nytt en oppgang, mens i 2013 og særlig i 2014 har det igjen vært en nedgang i antall pasienter. I årene 2011-2014 var det i snitt 13 kvinner innlagt etter § 10-3 per år.

I perioden 2011-2014 var gjennomsnittsalderen på kvinnene 28 år ved innleggelsestidspunktet. Over halvparten av kvinnene oppga at de var gift/samboende.

Kvinnenes rusmiddelmissbruk er preget av et blandingsmissbruk. Flertallet (37 %) svarer at de bruker «narkotika og legemidler» (ikke i kombinasjon med alkohol). Videre er det 25 % til sammen som bruker «alkohol og narkotika» og «alkohol, narkotika og legemidler». Det er kun 2 kvinner som er innlagt på grunn av alkoholmissbruk alene. Det som skiller seg mest ut fra tidligere år den høye andelen som melder om at de bruker «kun narkotika» (29 %). Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) finner det samme mønsteret i sitt store datamateriale, og oppsummerer med at en stor målgruppe for lovbestemmelsen med det ikke inkluderes av den, nemlig de som kun misbruker alkohol alene. De peker på at det er viktig å se nærmere på dette ved videre evalueringer av § 10-3.

23 (47 %) av kvinnene hadde tidligere fødsler bak seg før dette tvangsvedtaket. Andelen kvinner som har barn fra før har holdt seg stabilt på rundt 50 % helt siden 1996. Kun 1 av disse 23 kvinnene hadde omsorg for barn på innleggelsestidspunktet. Av de 22 kvinnene som hadde barn fra tidligere, men som hadde mistet omsorgen for dette/disse barna, er det 9 kvinner som beholder omsorgen etter denne fødselen.

I perioden 2011-2014 endte 6 av 52 (12 %) innleggelser med provosert abort. I tillegg var det to kvinner som spontanaborterte. 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 § 10-3 som endte i abort, mens det fra 2001-2008 var 19 av 156 (12 %) vedtak etter § 10-3 som endte i abort. 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 tidligere etter år 2000. Hvis vi ser på gjennomsnittet i de fire tidsperiodene vi har rapporter fra, finner vi at prosentandelen som har tatt abort ligger fra 11 - 14 prosent.

Av de 39 kvinnene som fødte mens de var innlagt etter § 10-3 i årene 2011-2014, beholdt 26 (67 %) mødre omsorgen for barna sine etter fødsel. 81 % av de førstegangsfødende mødre beholder omsorgen etter fødsel, mens det samme gjelder kun for 50 % av de som har født barn tidligere. I de tre foregående rapportene har de kvinnene som har beholdt omsorgen for barnet rett etter fødselen kommet til behandling 5-6 uker tidligere enn dem

som ikke beholdt omsorgen. For årene 2011-2014 finner vi ikke denne sammenhengen, kanskje fordi kvinnene stort sett kommer tidligere inn til klinikken.

Antall uker som går mellom når kvinnen selv vet at hun er gravid og når hun legges inn ved Borgestadklinikken har sunket fra 11 uker i perioden 1996-2005, til ca. 8 uker etter 2005. Vi finner også at kvinnene i perioden 2011-2014 i snitt var 17,5 uker gravide da de ble lagt inn, mens i perioden 1996-2005 var de i snitt 23,5 uker gravide. Når tvangsvedtak er nødvendig, er det viktig for fosterets helse at det skjer så fort som mulig.

I siste kartleggingsperiode ser vi at 34 av kvinnene (69 %) kom til innleggelse innen halvgått svangerskap (innen uke 20). I Hansen og Svenkeruds (2006) rapport kom under 30 % av kvinnene til innleggelse innen halvgått graviditet. Nordlie (2012: 132) har pekt på betydningen av innleggelsestidens lengde for fødselsvekt, og finner i sin studie:

*«Gjennomsnittlig fødselsvekt på barn født av mødre som var tvangsinnlagt i lengre tid enn halve svangerskapet var hele 483 gram høyere enn for barn av mødre som var tvangsinnlagt kortere enn halve svangerskapet ( $p=0,001$ )».*

I perioden 2011-2014 ble det født 39 barn mens mor var innlagt etter § 10-3 ved Borgestadklinikken. For 33 av barna har vi både informasjon om fødselsvekt og hvilken uke mor var i da hun ble innlagt. Vi har ikke informasjon om hvilken uke kvinnene var i da de fødte, men hvis vi tar utgangspunkt i at kvinnene fødte til termin i uke 40, var 15 av kvinnene innlagt i 20 uker eller mindre før fødsel. For barna deres var den gjennomsnittlige fødselsvekten på 3203 gram. Når det gjelder de resterende 18 barna, hvor mødrene hadde et opphold på mer enn 20 uker før fødsel, hadde disse en gjennomsnittlig fødselsvekt på 3437 gram. De som var innlagt i over halve svangerskapet i perioden 2011-2014 fikk altså barn med en fødselsvekt som var 234 gram høyere enn for dem som var innlagt under halve svangerskapet. Nordlie (2012: 132) konkluderer i sin studie:

*«Å være lenge innlagt på tvang ved Borgestadklinikken har altså en positiv betydning for fødselsvekten, noe som indikerer god kvalitet på behandlingen og at hensikten med tvangsinnleggelsen er oppnådd. Intervensjonen bør følgelig skje tidligst mulig i svangerskapet».*

Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) viser også til at der hvor mor har et rusmisbruk har tidlig innleggelse en positiv effekt, og mener at kommunens reaksjonstid fra en mistanke finner sted til en tvangssak reises er for lang. Samtidig som vi vet at det er viktig med innleggelse så tidlig som mulig, vet vi også at lovverket sier at frivillige tiltak skal være vurdert utilstrekkelige før tvangsvedtak kan fattes og at det skal anses som overveiende sannsynlig at barnet kan ta skade av mors rusmiddelmisbruk.

29 av de 39 kvinnene (74 %) som fullførte svangerskapet mens de var innlagt på tvang ved Borgestadklinikken fortsatte videre i frivillig behandling etter fødsel. Dette 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. 85 % av kvinnene som beholder omsorgen for barnet fortsetter i behandling rett etter fødsel, og det samme gjør 46 % av de kvinnene som ikke beholdt

omsorgen for barnet. Vi har ingen informasjon om hvordan det går med disse kvinnene på sikt.

Det finnes noe informasjon om hvem de gravide som legges inn etter § 10-3 er og hvordan det går med dem under behandling og rett etter fødsel, men vi oppfordrer til at det gjøres mer forskning på denne pasientgruppen i framtiden.





## Referanser

- Flaaterud, Stian (2000): «Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere – noen erfaringer og synspunkter fra ansatte i sosialtjenesten». Skien: Borgestadklinikken.
- Hansen, Frid A. og Svenkerud, Siri (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.
- KORFOR (2014): «Rusmiddelmissbruk i Norge – BrukerPlan – Statistikk 2013», Helse Stavanger, Stavanger universitetssykehus
- Lov om barneverntjenester (barnevernloven): <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19920717-100.html&emne=lov+om+barneverntjenester&>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (HOL): <https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) (LOST): (utgått)
- Lundeberg, I.R., Mjåland, K., Søvig, K.H. (2014): «Tvang i rusfeltet. Regelverk, praksis og erfaringer med tvang», Gyldendal Juridisk, Oslo
- 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 (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 (2012): «Sosialtjenesteloven (LOST) blir til Helse- og omsorgsloven (HOL); artikkel på [kommuntorget.no](http://kommuntorget.no)
- Søvig, Karl Harald (2012): «Virker tvang overfor rusmiddelavhengige?», foredrag på Høstmøtet til Fylkesmannen i Hordaland, 29.10.2012
- Søvig, Karl Harald (2004). «Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven § 6-2 til § 6-3». Bergen: UiB, Dr.grads rapport.
- Wiig, E. M. og Myrhol, R. (2012): «Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2009-2010», Skien: Borgestadklinikken.

## Vedlegg 1 – Kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven: «Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige»

### **§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende**

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

### **§ 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke**

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

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

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

### **§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige**

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

Inntaketets 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 rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

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

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

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

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

#### **§ 10-4. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.**

Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom den rusmiddelavhengige rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før den rusmiddelavhengige gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at den rusmiddelavhengige før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

### **§ 10-5. Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3**

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Forhandlingsmøte for saker etter §§ 10-2 og 10-3 skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

### **§ 10-6. Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3**

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse.

Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

### **§ 10-7. Overprøving i tingretten**

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

### **§ 10-8. Ansvar for å reise tvangssak**

Ansvar for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der den rusmiddelavhengige oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommunene kan ansvaret overføres til en annen kommune som den rusmiddelavhengige har tilknytning til.

Den kommunen som har reist saken, har ansvaret for iverksetting av vedtaket. Endring i den rusmiddelavhengiges tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke blir inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

## Vedlegg 2 - Kartleggings skjemaet som er brukt

### Kartleggings skjema benyttet:

Pasientnummer \_\_\_\_\_

Innlagt på BK (år:) \_\_\_\_\_

Pasientens alder \_\_\_\_\_

Fylke \_\_\_\_\_

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

Antall fødsler tidligere \_\_\_\_\_

### Tidligere innleggelser ved graviditet

Ja, frivillig	
Ja, «frivillig tvang» § 6-3/ § 10-4	
Ja, tvang § 6-2a/ § 10-3	
Nei	
Ikke oppgitt	

### 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	

**Meldeinstans ved dette tvangsvedtaket** (hvem avdekket og meldte fra til sosialtjenesten/NAV/rustjenesten?)

---

---

---

---

**Henvisningsgrunn** (hva utløste anvendelsen av tvang § 6-2a/ § 10-3 nå, ikke tidligere/ikke senere):

---

---

---

---

---

---

---

---

Når i svangerskapet oppdaget kvinnen at hun var gravid? \_\_\_\_\_ Uke

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		
Psykiatri		
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 Borgestadklinikken (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	

Etter lovendringen pr. 1.1.2012 erstattet denne rubrikken under rubrikken over:

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

Nei	
Ja, fra § 10-4 til § 10-3	
Ja, fra § 10-3 til § 10-4	

**Hvis gift/ samboende: legger mannen seg inn i løpet av kvinnens innleggelsesperiode?**

(ja/nei): \_\_\_\_\_

**Om barnet:**

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	

**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 barselsopphold 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](mailto:info@borgestadklinikken.no)  
[www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)