

RETTSPOLITISK DRØFTELSE AV SOSIALTJENESTELOVEN § 6-2a

Kandidatnummer: 408

Veileder: Ørnulf Rasmussen

Leveringsfrist: 25. april, våren 2006

Til sammen 17984 ord

25.04.2006

INNHALDSFORTEGNELSE

1 Innledning	1
1.1 Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere	1
1.2 Hva er mitt prosjekt	2
1.2.1 Problemstilling	2
1.2.2 Avgrensninger	3
1.2.3 Kilder	4
1.2.4 Oppgavens oppbygning	4
1.2.5 Terminologi/definisjoner	5
1.1 Historikk	5
1.2 Presentasjon av temaet: Etisk vurdering av tvang kontra frivillighet	6
2 Gjeldende rett	8
2.1 Gjeldende rett i Norge	8
2.1.1 Legalitetsprinsippet	8
2.1.2 Sosialtjenesteloven § 6-2a	8
2.1.3 Praktiseringen av sotjl. § 6-2a	9
2.1.4 Sosialtjenesteloven § 6-2	10
2.2 Gjeldende rett i Sverige	11
2.2.1 Lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870)	11
2.2.2 Gravide rusmiddelmissbrukere	12
2.2.3 SOU2004:3	12
3 Argumenter for en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmissbrukere	14
3.1 Innledning	14
3.2 Medisinske konsekvenser for barn skadet av rusmidler under svangerskapet	14
3.2.1 Skadepotensialet	14

3.2.2	Rusmisbruk	15
3.2.3	Narkotiske stoffer	15
3.2.4	Alkohol	16
3.2.5	Beroligende midler	18
3.3	Hensynet til fosteret	18
3.3.1	Fosteret og moren	18
3.3.2	Abortlovgivningen ikke et argument som taler mot sotjl. § 6-2a	20
3.4	Kvinnen befinner seg i en tvangssituasjon	21
3.5	Hjelpetiltak som et rettslig vilkår for tvang etter sotjl. § 6-2a	23
3.5.1	Hovedregel: Tvang bare når hjelpetiltak "ikke er tilstrekkelig"	23
3.5.2	Hvor reell kan vi si frivilligheten egentlig er?	25
4	Argumenter mot en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmissbrukere	27
4.1	Innledning	27
4.2	Kvinnens rett til frihet	27
4.2.1	Selvbestemmelsesrett og menneskeverd/autonomi	27
4.2.2	Tvangsbehandlingen i utgangspunktet basert på frivillighet	29
4.3	De fleste kvinner ønsker å føde et friskt barn	30
4.4	Kvinner tar abort for å unngå tvangsinnleggelse	32
4.4.1	Abortlovgivningen	32
4.4.2	Etisk dilemma	34
4.4.3	Tvangsvedtak og abortlovgivningen	34
4.4.4	Forvaltningsskjønn	35
4.4.5	Hvordan utøve skjønn?	35
4.5	Kvinnen unnlater å oppsøke helsevesenet	39
4.5.1	Frykt for tvangsinnleggelse	39
4.5.2	Taushetsplikten	40
4.5.3	Helsepersonelloven og barnevernloven	40
4.5.4	Taushetsplikt kontra opplysningsplikt	41
4.5.5	Svenskenes standpunkt	43

4.6 Det frivillige hjelpetilbudet	44
4.6.1 Ressurssituasjonen	44
4.6.2 Kostnader ved tvangsvedtak	45
4.6.3 Kvaliteten på institusjonene	46
4.7 Kvinnens rettssikkerhet	47
4.7.1 Tvangsbestemmelser i et rettssikkerhetsperspektiv	47
4.7.2 Materiell rettssikkerhet	48
4.7.3 Prosessuell rettssikkerhet	50
4.7.4 Rettsriktige avgjørelser/ Kvalitativ minstestandard	51
4.7.5 Rettskrav på tvang	51
4.8 Vern av fosteret med hjemmel i sotjl. § 6-2 og LVM § 4	53
4.8.1 Fosterets vern etter sotjl. § 6-2 og LVM § 4	53
4.8.2 Graviditet ikke et vilkår for tvang	54
4.8.3 Problemer knyttet til disse bestemmelsene	55
4.9 SOU 2004:3	55
5 Oppsummering	56
5.1 Sammenligning av norsk og svensk lovgivning	56
5.2 Forholdet til sotjl. § 6-2	57
5.3 Avsluttende bemerkninger	57

1 Innledning

1.1 Tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere

Det klare utgangspunktet i norsk rett er at tvang er ulovlig og straffbart hvis det ikke foreligger en særskilt hjemmel. Ingen skal utsettes for tvangsbruk, med mindre den er legitimert i norske lovregler. Straffelovens¹ § 223 setter fengselsstraff i inntil 5 år for ” den som ulovlig berøver en anden Friheden eller medvirker til saadan Frihedsberøvelse”.

Tidligere var tvang overfor rusmisbrukere hjemlet i edruskapsloven. Formålet bak denne tvangshjemmelen var dobbeltsidig. For det første skulle bestemmelsen sørge for at den enkelte fikk nødvendig behandling for sitt rusmisbruk. Dernest skulle den fungere som et vern for samfunnet; omgivelsene skulle beskyttes mot plagsomme rusmisbrukere. Det var særlig dette sistnevnte formålet som kom til uttrykk i lovens vilkår. Hjemmelen for inngrep var omfattende, i tillegg til at lengstetiden for tvangsanbringelse var lang. Når bestemmelsen skulle revideres var det særlig inngrepskriteriene og tidsperspektivet som ble kritisert. Det ble funnet uhensiktsmessig at det var et selvstendig vilkår for tvangsinngrep at vedkommende mottok sosialhjelp eller forsømte sin forsørgingsplikt på grunn av rusmisbruk. I tillegg fant man ikke å kunne rettferdiggjøre innleggelse på opp til to år ut fra et behandlingsformål.

Tvang overfor rusmiddelmisbrukere er nå hjemlet i sosialtjenesteloven². I hovedsak er motivasjonen bak disse reglene å dempe de skadevirkninger rusmidler påfører misbrukernes helse. Bestemmelsene søker å beskytte rusmiddelmisbrukernes fysiske og psykiske helse gjennom tvangsinnleggelse i institusjon. Ved en lovendring i 1995 ble det

¹ Lov av 2. mai 1902 nr. 10

² Lov av 13. desember 1991 nr. 81

vedtatt en ny interesse som kunne begrunne bruk av tvang. Lov av 23.juni 1995 nr.41 innførte en ny bestemmelse i sosialtjenesteloven, § 6-2a. Bestemmelsen trådte i kraft 1.januar 1996. Denne paragrafens første ledd lyder:

”Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov av 2.juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m. m § 2-1a annet ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig.”

Bestemmelsens andre ledd angir at formålet med tvangsinnleggelsen er ”å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade”. Det er med andre ord hensynet til fosteret som ligger bak regelen. Det fremheves i samme ledd at under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk, og for å bli i stand til å ta vare på barnet. Morens velferd er ikke utelatt fra bestemmelsen, men hovedvekten ligger på å forhindre eventuelle skadevirkninger på fosteret som følge av rusmisbruk.

1.2 Hva er mitt prosjekt

1.2.1 Problemstilling

Denne oppgaven vil i hovedsak inneholde en rettspolitisk drøftelse av hensynene for og imot å innføre en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmissbrukere. Kvinnene som tas under tvang etter sotjl. § 6-2a ville også i stor utstrekning kunne vært tatt under sotjl. 6-2. Spørsmålet i denne avhandlingen er hvorvidt det er hensiktsmessig å gjøre graviditet til et eget vilkår for tvangsinnleggelse. I hovedsak vil jeg her bygge på de synspunkter som har vært oppe under lovforberedelsen. I tillegg til å se på hensyn for og imot en tvangsbestemmelse, vil oppgaven inneholde rettsdogmatiske innslag for å illustrere rettspolitikken. Jeg ser på hvordan lovgiver har søkt å avhjelpe forskjellige hensyn som taler mot tvang gjennom lovtekniske løsninger. I en viss utstrekning vil derfor rettslige vilkår for tvang bli behandlet i oppgaven.

En viktig del av oppgaven vil være å sammenligne med rettstilstanden i Sverige. I vårt naboland har de valgt å ikke innføre en egen tvangsbestemmelse rettet mot gravide rusmiddelmisbrukere, til tross for at forslaget har vært utredet flere ganger. Dette er et interessant perspektiv med tanke på de grunnleggende likheter som våre to land har. Både for - og motargumentene har i hovedsak vært de samme, men ulike avveininger har medført at vi har forskjellige rettslige reguleringer.

Et eget avsnitt i avhandlingen vil behandle de skadelige effektene fosteret blir utsatt for ved rusmisbruk under svangerskapet. Dette er en viktig del av oppgaven nettopp fordi den belyser behovet for et vern av fosteret. Skadevirkningene er store, og det er viktig å sette et fokus på hvilke lidelser barna blir påført ved rusmisbruk. En økt oppmerksomhet rundt dette var også hovedårsaken til at vi fikk bestemmelsen i § 6-2a. Selv om dette i hovedsak er en medisinsk redegjørelse føler jeg at den er særdeles viktig for oppgaven.

1.2.2 Avgrensninger

Opgaven vil ikke redegjøre for materielle og prosessuelle regler, bortsett fra i de tilfellene hvor det vil være hensiktsmessig ut fra oppgavens problemstilling. Jeg vil i tillegg foreta noen begrensninger sett i forhold til den redegjørelsen Karl Harald Søvig har gjort i sin doktorgradsavhandling³. Under avsnitt 4: "Bør personer med rusmiddelproblemer kunne tvangsinnlegges?" tar Søvig opp en rekke hensyn, hvor jeg finner at noen av dem ikke er så relevant i forhold til tvang overfor gravide mht min problemstilling⁴. Dette er en naturlig følge av at hans doktorgradsavhandling ikke bare omfatter sotjl. § 6-2a, men også §§ 6-2 og 6-3. Hensynet bak regelen i sotjl. § 6-2a er å beskytte barnet mot å bli påført skader på grunn av morens stoffmisbruk under svangerskapet. Hensynet bak reglene i sotjl. §§ 6-2 og 6-3 er beskyttelse av rusmisbrukeren egen helse. Regelen i § 6-2a er i så måte nyskapende, og jeg tror å dra inn mange flere hensyn for å begrunne tvang vil være problematisk. Jeg vil derfor ikke behandle hensyn for tvang begrunnet i de skader rusmisbruk påfører andre

³ Tvang overfor rusmiddelmisbrukere sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 s.51-103

⁴ Flere av argumentene kan imidlertid ha betydning for forvaltningens skjønnsutøvelse

personer eller samfunnet. Jeg vil heller ikke gå noe inn på pårørendes rolle eller hensynet til faren til barnet. Tvang overfor en gravid er allerede en sterk begrensning i kvinnens frihet, og jeg kan ikke se at hensyn til andre enn barnet selv bør være relevant i så måte. Jeg tror det vil være å trekke utviklingen for langt. Hensynet til allmennprevensjon, og straff og renovasjon føler jeg også er mindre relevante i forhold til bestemmelsen.

Jeg vil ikke redegjøre for EMK sett i forhold til regelen i sotjl. § 6-2a. Dette ville i større grad ha sin plass i en de lege lata fremstilling, og ville ta alt for stor plass i forhold til den oppgaven jeg skal skrive.

1.2.3 Kilder

Jeg vil i oppgaven i hovedsak bygge på Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 nr.81 § 6-2a og forarbeider til denne paragrafen⁵: Høringsnotat § 6-2a (datert 8. februar 1995), Ot.prp. nr. 48 (1994-95) Om lov om endring i lov om sosiale tjenester mv og Innst. O. nr.68 (1994-95) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v og i visse andre lover. I forhold til det svenske perspektivet vil SOU 1987:11 Skydd för det väntade barnet. Åtgärder vid missbruk m.m under graviditet, og SOU 2004:3 Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll og eftervård, være de viktigste kildene.

Karl Harald Søvig har i sin bok ”Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere” 1999 og doktorgradsavhandlingen ”Tvang overfor rusmiddelmissbrukere – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3” 2004 behandlet problemstillinger rundt tvang og rusmisbrukere inngående. Mitt perspektiv er noe annerledes enn hans, men jeg vil vise til hans arbeider gjennom oppgaven. Dette er en viktig kilde på rettsområdet.

1.2.4 Oppgavens oppbygning

Jeg vil i oppgavens første del ta for meg gjeldende rett mht tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere. Først tar jeg for meg regelen i sotjl. § 6-2a. Her vil jeg si litt om de

⁵ I tillegg: NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester m.v.

materielle vilkårene, samtidig som jeg tar for meg praktiseringen av bestemmelsen. Deretter vil jeg redegjøre for rettstilstanden i Sverige. Til tross for at de ikke har en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmissbrukere, foreligger det hjemmel for tvangsinnleggelse i Lag om vård av missbrukere i vissa fall (1988:870). Hoveddelen av oppgaven tar for seg argumenter for og mot å innføre en egen tvangsbestemmelse overfor gravide. Ettersom vi i Norge har vedtatt en slik bestemmelse vil det være naturlig å behandle pro- argumentene først. Oppgaven avsluttes med et avsnitt hvor jeg oppsummerer og trekker konklusjoner fra oppgaven.

1.2.5 Terminologi/ definisjoner

Med foster mener jeg det potensielle menneske på ethvert stadium av utviklingen mellom befruktningsøyeblikket og fødselen og som ernæres gjennom moren⁶. Ved fødselen går skillet mellom foster og barn. Etter fødselen brukes begrepet barnet eller den nyfødte. Med abort menes i denne oppgaven provoserte legale aborter, dvs at helsepersonell i henhold til abortlovens regler avbryter pågående svangerskap. Begrepene abort og svangerskapsavbrudd vil bli benyttet synonymt.

1.3 Historikk

Det ble under lovforberedelsen til sosialtjenesteloven av 1991 drøftet hvorvidt det skulle innlemmes en bestemmelse om tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere. Skadevirkningene av rus under svangerskapet var vel dokumenterte, og man drøftet hvordan en slik bestemmelse kunne være med å redusere eventuelle skadevirkninger. Det ble likevel ikke fremmet noe forslag om en slik bestemmelse. Lovkonsipistene fant den foreslåtte § sotjl. 6-2 som tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag, og ønsket ikke en egen bestemmelse for gravide rusmiddelmissbrukere. I de tilfeller hvor morens misbruk var til skade for fosteret ville hun selv tilfredstille vilkårene for tvangsinnleggelse.

⁶ Dette er samme definisjon som Aslak Syse benytter seg av i sin bok ” Abortloven”

I 1994 ble Regjeringen i Stortingets vedtak av 10. november bedt om å legge fram et forslag til endring i lov om sosiale tjenester slik at det ble adgang til å benytte tvangsbehandling overfor gravide rusmiddelmissbrukere i hele svangerskapet. Forslaget gikk ut på at det ble innført en ny § 6-2a i lov om sosiale tjenester. Forslaget ble sendt ut på høring, og en klar overvekt av høringsinstansene ga sin tilslutning til forslaget. Dette ble fulgt opp av Ot.prp. nr 48 (1994-1995) og Inn.st.O.nr.68 (1994-1995). Bestemmelsen trådte i kraft 1.januar 1996.

1.4 Presentasjon av temaet: Etisk vurdering av tvang kontra frivillighet

Utgangspunktet for moderne menneskeverdstenkning er at alle mennesker har samme verd. FNs menneskerettighetserklæring fra 1948 slår i første artikkel fast:

”Alle mennesker er født frie og like i verdighet og rettigheter. De er ustyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd.”

Retten til å bestemme over eget liv er en av de verdiene vårt samfunn setter aller høyest. Personlig frihet og selvbestemmelse er grunnleggende rettigheter gitt til oss i egenskap av å være mennesker. I dagens samfunn er vi selvsagt så opplyste at vi vet at disse godene ikke er en realitet for alle. Likevel er personlig frihet utvilsomt en rettighet som bør tilstrebes i alle land og til alle tider. Det bør i stor utstrekning være individets rett å bestemme over eget liv, selv om vi også til en viss grad må innrette oss etter samfunnets fellesnormer

Friheten til å bestemme over eget liv må også anerkjennes i de tilfeller hvor den enkeltes livsførselen strider mot det som ellers oppfattes som normalt. Friheten til å velge, må også innebære en frihet til å være annerledes. I respekten for menneskenes iboende verd ligger også en respekt for individets valg. Tranøy sier dette om selvbestemmelsesretten⁷:

⁷ Tranøy, Medisinsk etikk s.43

”Vi kan ikke godt bekjenne oss til autonomi, til moralsk selvbestemmelsesrett som grunnleggende verdi, uten samtidig å bekjenne oss til toleransen som moralsk prinsipp. Om vi sier til en voksen og myndig person at visst skal du få gjøre deg opp din egen mening i spørsmål som for deg er moralsk viktige, bare de stemmer med de meninger vi har, da fremstår vi som både intolerante og selvmotsigende.”

Men hvor skal så grensene gå, når kan det ikke lenger være opp til den enkelte selv å bestemme? Når skal samfunnet gripe inn å styre den enkeltes liv, og hvem skal ta den avgjørelsen? Vi står her i et etisk grenseland. Vi må veie verdier opp mot hverandre. Hvilke verdier skal og må settes høyere enn retten til selvbestemmelse/ personlig autonomi?

Tvangsbehandling er et av de områdene hvor disse spørsmålene kommer på spissen. Ved å beslutte behandling mot den enkeltes vilje tilsidesetter vi en grunnleggende rettighet. Kan vår ideologi om humanisme og respekt for individets rettigheter, være forenlig med en lovgivning som hjemler bruk av tvang? Skal vi la kvinnen beholde retten til å bestemme over sitt eget liv, og dermed også over det ufødte barnet, eller er vi som samfunn og medmennesker forpliktet til å gripe inn for å verne barnet og kvinnen mot det som vi tror er en selvdestruktiv handling? Det er vanskelig å skulle enes om hvor disse grensene skal trekkes. Spørsmålene har stor prinsipiell interesse fordi dette er faktiske avgjørelser som betyr mye for det enkelte menneske. Det handler om hvilke rettigheter borgerne skal ha, og hvor grensene for samfunnets mulighet til å gripe inn skal gå.

2 Gjeldende rett

2.1 Gjeldende rett i Norge

2.1.1 Legalitetsprinsippet

Tvang kan ikke benyttes uten særskilt hjemmelsgrunnlag. Legalitetsprinsippet, som er et rettsprinsipp av konstitusjonell rang, og som gir direktiver til lovgiver, domstoler og forvaltning, krever at det foreligger rettsgrunnlag for tvangsbruk. Tvang er et så inngripende tiltak i privatlivet til den enkelte, at avgjørelser ikke kan baseres på andre hjemmelsgrunnlag. Hvor hjemmelsgrunnlag ikke foreligger, vil en bruk av tvang stride mot bestemmelser i straffeloven. Rettsgrunnlag for slik tvangsbruk kan i prinsippet være lovhjemmel, og nødverge eller nødrett etter straffelovens §§ 47 og 48. Reglene for tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere i sosialtjenesteloven er imidlertid så omfattende at rommet for bruk av straffelovens bestemmelser er meget begrenset. Disse bestemmelsene vil derfor ikke bli behandlet i selvstendig i denne oppgaven.

2.1.2 Sosialtjenesteloven § 6-2a

I Norge har vi valgt å innføre en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmissbrukere. For å kunne treffe vedtak etter § 6-2a må flere materielle vilkår være oppfylt. Det grunnleggende kravet er at kvinnen må være gravid. Hva som ligger i dette skulle ikke skape problemer. Dersom kvinnen ikke er gravid, vil alternativ hjemmel for innleggelse være § sotjl. 6-2, dersom misbruket fører til skader på kvinnens egen helse. Regelen i sotjl. § 6-2 kommer jeg tilbake til senere. Kvinnen må i tillegg være ”rusmiddelmissbruker”. Det stilles her krav til at kvinnen må misbruke bestemte rusmidler, og at bruken må være av en slik art at den kan klassifiseres som misbruk. Misbruket må også føre til skade på fosteret. Det stilles her et krav om årsakssammenheng mellom rusbruken og skaden; det må være overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Hjelpetiltak etter § 6-1 må ha blitt funnet utilstrekkelig. Det er i tillegg krav om utøvelse av

et forvaltningskjønn i forhold til hvorvidt et vedtak skal settes i verk. Sosialtjenesten ”kan” bestemme å ikke sette et vedtak i verk dersom forholdene tilsier det.

Jeg vil ikke gå noe nærmere inn på de materielle vilkårene. Her finnes det flere gode kilder. Regelen i sotjl. § 6-2a er utførlig behandlet i både Karl Harald Søvig`s arbeider⁸ og i lovforarbeidene⁹. Jeg nøyer meg med å vise til disse.

2.1.3 Praktiseringen av sotjl. § 6-2a

Det var ved vedtakelsen av sotjl. § 6-2a usikkert hvor mange saker lovforslaget ville føre til. Sosial- og helsedepartementet gikk i sin vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene ut fra et antall på om lag 10 saker årlig på landsbasis¹⁰. I praksis har det vist seg å være et noe høyere antall saker pr. år. Tallene har imidlertid variert etter kildene¹¹.

Jeg vil her bygge på de tall Søvig legger frem i sin doktoravhandling. Fra bestemmelsen ble innført i 1996 frem til 2003 har det vært 108 fylkesnemndsvedtak etter sotjl. § 6-2a. Tallene fordeler seg slik: 1996:8, 1997:9, 1998:16, 1999:17, 2000:8, 2001:12, 2002:17 og 2003:21.

Tvangsvedtakene har som hovedregel blitt iverksatt sent i kvinnens svangerskap. Til tross for at rusmisbruk i et tidlig stadium i graviditeten medfører stor risiko for skader, er det ikke før i siste trimester av svangerskapet at flerparten av kvinnene har blitt innlagt. Dette innebærer at fostrene har blitt utsatt for et skadelig misbruk i lengre tid før vedtak iverksettes. Søvig fant i sin gjennomgang av fylkesnemndsvedtakene at det i gjennomsnitt var 100 dager igjen til termin når sosialtjenesten traff et midlertidig vedtak¹².

⁸ ”Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 (2004)” og ”Tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere (1999)”

⁹ Ot.prp. nr.48 (1994-95)

¹⁰ Ot.prp. nr 48 (1994-95) s. 6

¹¹ Se også SIRUS, rusmidler i Norge 2004 s.68

¹² Karl H. Søvig i Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 s. 384

Dette stemmer godt overens med de funn som er gjort i undersøkelser av innlagte rusmisbrukere både ved akuttinstitusjonen Ullevål¹³ og Tyrili¹⁴.

Vedtakene iverksettes også i hovedsak mot kvinner med narkotikamisbruk. Dette selv om forskning viser at et høyt alkoholkonsum generelt sett medfører en høyere skaderisiko for det ufødte barnet enn bruk av narkotika. I henhold til Søvig sitt materiale utgjør kvinner med et ”rent” narkotikaforbruk 81 % etter sotjl. § 6-2a¹⁵. I en undersøkelse av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere gjennomført ved akuttinstitusjonen Ullevål i perioden 1.1.94-30.4.98¹⁶, finner man at det ikke er gjort noe vedtak etter sotjl. § 6-2a overfor kvinner med et alkoholmisbruk. I alt var 13 kvinner innlagt i denne perioden. Så lenge bestemmelsen i sotjl. § 6-2a gir hjemmel til å tvangsinnlegge ved alkoholmisbruk må dette være et stort tankekors.

2.1.4 Sosialtjenesteloven § 6-2

Etter sotjl. § 6-2 første ledd kan en rusmisbruker tvangsinnlegges i institusjon for ”undersøkelse og tilrettelegging av behandling”, og holdes tilbake der i opptil tre måneder. Vilkåret er at vedkommende utsetter sin ”fysiske eller psykiske helse for fare” ved ”omfattende og vedvarende misbruk”. Denne paragrafen kan også benyttes overfor gravide rusmiddelmisbrukere, men det må være misbrukeres egen helse som er skadelidende. Kvinner kan ikke innlegges etter denne regelen med bakgrunn i hensyn til fosteret. I disse tilfellene vil hjemmel være sotjl. § 6-2a. Tidligere var sotjl. § 6-2 eneste hjemmel for tvangsinnleggelse også overfor gravide rusmisbrukere.

¹³ Tvang i behandling av rusmisbrukere – Evaluering fra akuttinstitusjonen Ullevål 1.1.94-30.4.98 av Gabrielle Welle-Strand s. 38: hvor kvinnene gjennomsnittlig var i 31. svangerskapsuke jfr. 1997-undersøkelsen og 27. svangerskapsuke jfr. 1998-undersøkelsen

¹⁴ Tvang i Tyrili av Anders Sandvig s.40-41: hvor kvinnene gjennomsnittlig var mellom 4 og 8 svangerskapsmåned.

¹⁵ Søvig, Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 s.234-235

¹⁶ Av Gabrielle Welle-Strand

2.2 Gjeldende rett i Sverige

2.2.1 Lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870)

I Sverige ble det på slutten av 1980-tallet, som en del av en utredning¹⁷ om vern av det ufødte barnet, gjennomført en egen delbetenkning om problemer knyttet til rusmisbruk og graviditet¹⁸. Det ble overveid hvorvidt det var hensiktsmessig å gjøre endringer i de daværende tvangslovene, slik at en tvangsinnleggelse av den gravide kvinnen kunne skje til beskyttelse av fosteret. Utredningen kom imidlertid fram til at en slik utvidelse av gjeldende lovgivning ikke burde finne sted¹⁹. Årsakene til dette standpunktet var flere, men disse skal vi komme tilbake til senere i oppgaven.

I ”lag om vård av missbrukare i visse fall” (1988:870), forkortet LVM, foreligger det i dag egne regler om tvang overfor rusmisbrukere. I forhold til denne oppgaven er den mest sentrale bestemmelsen § 4:

”Tvangsvård skall beslutas om,

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tilgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård hindrar dette ikke ett beslut om tvångsvård enligt denna lag. Lag (2005:467).

¹⁷ Utredningen om det ofödda barnet (1984:36)

¹⁸ SOU 1987:11

¹⁹ Spørsmål om tvang overfor gravide har også vært behandlet tidligere: Ds S 1981:6 ”Åtgärder mot missbruk under graviditet

Loven er preseptorisk og tvangsinnleggelse skal vedtas dersom vilkårene i bestemmelsen er oppfylt. Det er likevel klart at loven er en unntakslov, og det er i første rekke gjennom frivillige tiltak misbrukeren skal forsøkes å nås, jfr. LVM § 1. Loven skal komplettere Socialtjenstlagen (2001:453) dersom personer med missbruksproblemer ikke kan hjelpes gjennom frivillige tiltak.

Formålet bak tvangsinnleggelsen er etter LVM § 3 å motivere misbrukeren slik at han blir i stand til å medvirke til fortsatt frivillig behandling, og ta i mot hjelp for å komme ut av sitt misbruk. Tvangsinnleggelsen skal opphøre så snart hensikten bak innleggelsen er oppnådd, og senest når innleggelsen har vart i 6 måneder, jfr LVM § 20.

2.2.2 Gravide rusmiddelmissbrukere

Det foreligger ingen egen indikasjon rettet mot gravide rusmiddelmissbrukere. Fosteret er bare vernet gjennom tvangsbestemmelsen i de tilfeller hvor mor og foster har sammenfallende interesser. Fosterets selvstendige stilling er uten betydning.

Helseindikasjonen i LVM § 4 litra a og b retter seg bare mot kvinnens egen fysiske og psykiske helse. Fosteret omfattes heller ikke av persongruppen ”nærstående”, jfr. LVM § 4 litra c.

2.2.3 SOU 2004:3

I Sverige ble det nylig gjennomført en utredning av LVM-loven; ”Tvång och förändring” SOU 2004:3. En av hovedoppgavene var å analysere hvordan loven ble anvendt på 1990-tallet. En del av utredningen tar for seg spørsmål knyttet til graviditet og misbruk²⁰. Det gis her en omfattende redegjørelse for de skadelige virkninger bruk av rusmidler kan påføre fosteret, samt en fremstilling av tidligere statlige utredninger om emnet, og en fremstilling av gjeldende rett. Et eget avsnitt tar for seg den norske lovgivningen. Det blir her redegjort for de materielle vilkårene i sotjl. § 6-2 a, samt at det foretas en evaluering av bestemmelsens ulike virkninger. Det legges særlig vekt på de negative effektene denne bestemmelsen har medført. Utredningen kommer frem til at det i Sverige på nåværende

²⁰ SOU 2004:3 s. 243-261

tidspunkt ikke er grunnlag til for å vedta en egen tvangsbestemmelse rettet mot gravide rusmiddelmisbrukere. De finner at LVM - loven er det beste hjemmelsgrunnlaget også overfor denne persongruppen. De ulike hensyn bak dette standpunktet vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven.

3 Argumenter for en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmisbrukere

3.1 Innledning

Stortinget har i Norge valgt å innføre en egen bestemmelse om tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere. Hovedargumentet for å innføre en slik regel lå i de omfattende skadevirkninger fosteret ble påført ved rusmiddelmisbruk under svangerskapet. Dette var også hovedargumentet i den svenske utredningen. De valgte likevel å ikke gjøre endringer i sin tvangslovgivning.

3.2 Medisinske konsekvenser for barn skadet av rusmidler under svangerskapet

3.2.1 Skadepotensialet

Bruk av rusmidler under svangerskapet kan gi skader på fosteret. Dette er et veldokumentert faktum, og det ble utover på 1990-tallet satt et stort fokus på dette problemet. I Norge syntes behovet for en egen tvangsparagraf for gravide rusmiddelmisbrukere å være sterkt. Det var ikke lenger et tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag i § 6-2 når man tok de medisinske skadevirkningene for fosteret i nærmere øyesyn. Også i den svenske utredningen ble det lagt et stort fokus på konsekvensene av rusmiddelmisbruk under svangerskapet. Skadevirkningene ville være et av de sterkeste momentene som talte for innføringen av en egen tvangsbestemmelse. Skadepotensialet bestrides ikke i verken de norske forarbeidene eller i den svenske utredningen, og nyere medisinsk forskning blir stadig sikrere på dette. Den følgende redegjørelsen baserer seg på opplysninger fra

forarbeidene til sotjl. § 6-2a og den svenske utredningen om det ufødte barnet²¹. I tillegg vil nyere kunnskap på området bli behandlet.

3.2.2 Rusmisbruk²²

Det er vanlig å dele rusmisbruk inn i tre ulike typer misbruk:

1. Misbruk av narkotiske stoffer (for eksempel: heroin, kokain, crack, amfetamin, cannabis)
2. Misbruk av alkohol (herunder beregnes også sniffing av løsemidler)
3. Misbruk av beroligende midler (benzodiazepiner, sovemidler) og psykofarmaka.

Disse tre hovedkategoriene av misbruk for gravide ble også benyttet av dr.med. Rolf Lindemann i forbindelse med tilføyelsen av sotjl. § 6-2a²³.

3.2.3 Narkotiske stoffer

Narkotikamisbruk vil gi ulike skadevirkninger avhengig av hvilket rusmiddel som brukes. Det enkelte rusmidlets skadevirkninger må derfor behandles separat. Problemet er imidlertid at de fleste misbrukerne har et blandingsmisbruk. De forskjellige stoffene blandes for å oppnå en spesiell rus. Fosteret kan som resultat av dette bli utsatt for en rekke forskjellige skadeeffekter, og det kan ofte være vanskelig å se hva som har påført de enkelte skader.

Ved misbruk av amfetamin foreligger det en betydelig risiko for abort eller prematur fødsel. Inntak av større mengder amfetamin under svangerskapet kan føre til at det nyfødte barnet får overirritabilitet og abstinenssymptomer i forbindelse med avvenningen. Dette kan vise seg som økt uro eller unormal sløvhet. Langtidsstudier har dokumentert redusert IQ og problematferd.

Ved undersøkelser av gravide kokainbrukere har en påvist en rekke komplikasjoner under svangerskap og fødsel. Risikoen for spontanabort, misdannelser og dødefødsel øker betydelig. De nyfødte barna har ofte lavere fødselsvekt og lengde. De har også ofte misdannelser som

²¹ SOU 1987:11 "Skydd för det väntade barnet" s. 33-45

²² Dette er også behandlet i Søvig`s doktorgradsavhandling: Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 og i boken: Tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere: sotjl. § 6-2a

²³ Vedlegg til Ot.prp.nr.48: Brev av 2.januar 1995 fra overlege dr. med Rolf Lindemann, Ullevål sykehus, til Statens helsetilsyn.

microcephali (lite hode), og misdannelser i urinveiene. Hyppige hjerteinfarkt og hjerneblødning er også dokumentert.

Det er påvist betydelige komplikasjoner under svangerskap og fødsel hos kvinner som er heroinmisbrukere (opioidmisbrukere). Spontanabort og for tidlig fødsel er ikke uvanlig, og det må derfor ofte utføres keisersnitt. Dødefødsel er også en betydelig risiko. Ved fødsel vil mange av barna lide av kraftige abstinenssymptomer; skjelvinger, sitringer, respirasjonsproblemer, sugeproblemer, gjesp, nys og også krampeanfall. Metadonbruk vil gi de sterkeste abstinenssymptomene. De nyfødte barna vil som regel ha en lav fødselsvekt og en mindre hodeomkrets enn andre barn. De vil i tillegg ofte være oversensible for sanseintrykk, lyd, lys eller berøring. Etter hvert som barna blir eldre vises en hyppighet av konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet.

Vi vet foreløpig mindre om effektene av bruk av cannabis under svangerskapet. Det er imidlertid påvist redusert fødselsvekt og abstinenssymptomer. Det er foreløpig usikkert om det fører til misdannelser.

3.2.4 Alkohol

Ved bruk av alkohol under graviditeten oppnår fosteret samme promille som moren. Fra morens blod via morkaken overføres alkoholen til fosteret. Fordi alkohol er et giftig stoff, kan dette føre til varige skader på det ufødte barnet. Fosteret klarer ikke å skille ut alkoholen like fort som voksne mennesker, og kan derfor gå med rus i mye lengre tid. Det har vært stor uenighet om hvor stort inntak av alkohol som fører til skader. Det har opp til nå ikke vært uvanlig at helsepersonell har godkjent et glass vin eller to i uka. Effektstudier har påvist ulike konklusjoner. Noen viser at 1-2 alkoholenheter pr. uke ikke gir fosterskade. Andre hevder å ha funnet bevis for økt atferdsavvik, herunder utagerende og aggressiv atferd ved samme konsumert mengde. Fokus er blitt skiftet fra skadevirkninger ved betydelig inntak, til effekten av relativt moderate til små mengder.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet ble det i 2004 nedsatt en ekspertgruppe²⁴ for å vurdere muligheter for skader pga. alkoholbruk i svangerskapet. Gruppen skulle også se på utredning og behandling av slike skader. Gruppen har i sitt arbeid gjennomgått relevant litteratur, som har strenge krav til vitenskapelig bevisstyrke, og andre lands rapporter om emnet. Ekspertgruppens rapport ble fremlagt i 2005; heftets tittel er: ”Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe”. Den konkluderer entydig med at det ikke finnes noen nedre grense for alkoholinntak i svangerskapet. Selv små mengder alkohol kan ha en langvarig negativ innflytelse på atferd og kognitiv utvikling hos barnet. Alkohol kan skade fosteret i alle faser av svangerskapet, skadevirkningene er livsfarlige og gir et bredt spekter av konsekvenser. Det anbefales nå totalavhold gjennom hele svangerskapet.

Hvilke skadevirkninger vil så alkohol under svangerskapet medføre. I sin mest alvorlige konsekvens kan barnet bli født med FAS (føtalt alkohol syndrom). Dette er et spesielt syndrom karakterisert ved et signifikant utseende (smal overleppe, manglende leppefure, kort øyespalte, og flat og bred neserot), veksthemming både før og etter fødselen og skader i sentralnervesystemet. Gjennomsnittlig fødselsvekt er ca. 2000gr. og hodeomkretsen vil være 1,5-3 cm under normalen. Mange av barna er mentalt tilbakestående og har generelt en forsinket utvikling. FAS er den viktigste årsak til mental retardasjon som kan forebygges. Etter hvert som barna vokser opp vil de ofte lide under læringsproblemer, atferdsforstyrrelser og oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Gjennom barndommen vil det være behov for spesialskoler og hjelpeforanstaltninger for å takle hverdagslivets utfordringer. Problemene vil i mange tilfeller vare livet ut. En annen effekt av alkoholbruk i svangerskapet er FAE (føtale alkohol effekter). Disse barna vil ikke ha det karakteristiske utseende som barn født med FAS, men vil ha samme problemer med sentralnervesystemet. Det er bruk av alkohol tidlig i svangerskapet som påvirker den utseendemessige utviklingen. Barn født med FAE vil derfor ofte være vanskeligere å diagnostisere enn barn født med FAS. Det finnes ingen offisiell statistikk over antall fødte med skader. Det er estimert at et eller annet sted mellom 60-114 fødes med FAS hvert år. Så mange som 180-342 kan

²⁴ Ekspertgruppen ble ledet av professor Ann-Mari Brubakk, NTNU. De øvrige medlemmene har vært barnenevrolog Liv Marie Lægreid, Haugeland Universitetssykehus, dr.med. Kari Klungsøyr Melve, Medisinsk fødselsregister, overlege Egil Nordlie, Borgestadklinikken, overlege Jon Skranes, Aust-Agder sentralsykehus, dr. psychol. Kari Slinning, Folkehelseinstituttet og fagsjef Kristin Tømmervik, Lade behandlingssenter.

være født med FAE. I tillegg til FAS og FAE vil barna lide av abstinens dersom moren har et større forbruk av alkohol i perioden før fødselen. Det foreligger også en økt risiko for fosterdød.

3.2.5 Beroligende midler

Det vil ofte være vanskelig å finne en balansegang i medisineringsen av gravide kvinner med psykiske lidelser. I disse tilfellene må det tas hensyn til kvinnens mentale helse, samtidig som det må være fokus på eventuelle skadevirkninger på fosteret som følge av preparatene. Det vil i tillegg ofte være problematisk å fastslå hvilke fosterskader som følger av medikamentbruken, og hvilke som kan relateres til kvinnes psykiske problemer. Undersøkelser viser at bruk av benzodiazepiner under svangerskapet kan medføre at barna bli født med et spesielt syndrom kalt "The Floppy Infant Syndrome". De nyfødte vil da være slappe, ha lavt blodtrykk, dårlig temperaturregulering og dårlig sugeevne. De kan også vise tegn på benzodiazepinabstinens. Nyere studier har også vist at det er dobbelt så stor risiko for leppe- og ganespalte ved bruk av dette rusmidlet. Ved bruk av psykofarmaka har vi ingen sikker dokumentasjon på skadeeffekter, men mye tyder på at abstinens og økt grad av uro kan være resultater.

3.3 Hensynet til fosteret

3.3.1 Fosteret og moren

Mellom kvinnen og fosteret er det et helt spesielt bånd. Fosteret lever inne i kvinnen og er helt avhengig av henne i forhold til å kunne leve opp. I romerretten ble kvinnen og fosteret ansett som en enhet. Dette ble uttrykt slik:

"Foetus semper pars viscerum ets – fosteret er alltid en del av kroppen"

Fosteret selv har ingen valgmuligheter. Moren og fosteret er uløselig knyttet til hverandre, og en bestemmelse som regulerer den enes liv reflekteres også på den andre. Dette gjør en problemstilling i forhold til tvang vanskelig. I forhold til kvinnen vil retten til frihet og selvbestemmelse være et av de viktigste argumentene mot tvang. Det må primært være opp til den enkelte kvinne selv å bestemme hvordan hun vil leve sitt liv, også når hun er gravid. Med dette som utgangspunkt må vi se på hensynet til fosteret. Det ufødte barnets behov for

vern kan tilsi at det må gjøres unntak. Kvinnens rett til selvbestemmelse, må ses i forhold til det krav fosteret har på beskyttelse mot skader av rusmiddelbruk under svangerskapet.

Skadevirkningene et foster utsettes for ved rusmiddelmisbruk under svangerskapet er mange og alvorlige. Barnas lidelser både under svangerskapet og etter fødsel kan på ingen måte fremheves for sterkt. Morens rusmiddelmisbruk gir barna en verst tenkelig start på livet. Allerede fra første time må de leve med konsekvensene av det livet moren valgte å føre. Barna har ingen valg i dette; de velger ikke sine foreldre. Konsekvensene for barna vil ofte vare livet ut. Problemene de opplever som nyfødte er ofte bare en forsmak på alle de vanskelige situasjoner de må leve med opp gjennom livet f. eks både i skole og arbeidsliv. Dette er et viktig perspektiv i verdikonflikten. Er kvinnens rett til frihet så sterk at vi må godta en livsstil som medfører slike omfattende skader på fosteret?

En institusjonsinnleggelse innebærer en frihetsberøvelse for kvinnen. Kvinnen må tilpasse seg de regler og rutiner som gjelder på vedkommende institusjon. Reglene vil i hovedsak være motivert av formålet bak et tvangsvedtak etter § 6-2a; å hindre skader på fosteret som følge av rusmisbruk. Ser vi i forhold til de omfattende følger et rusmisbruk under svangerskapet har på et foster, virker dette som en liten oppofring. De fysiske følger er på ingen måte komparative. Den gravides utsettes ikke for noen fysiske lidelser ved et institusjonsopphold.

Ser vi på denne problemstillingen i et tidsperspektiv får vi også to ganske forskjellige situasjoner. Et tvangsvedtak overfor en gravid rusmiddelmisbruker etter § 6-2a kan vare gjennom hele svangerskapet. Frihetsberøvelsen kan etter dette være maksimalt 8-9 måneder. Selv om dette i et kort perspektiv kan virke lenge, er det ikke så omfattende sett i forhold til et menneskes gjennomsnittlige levetid. Tvangen er tidsbegrenset. Etter disse månedene står kvinnen fritt til å gjenoppta sitt tidligere liv. De skadevirkningene barna utsettes for kjenner ingen tidsgrense. Mange av de skadene fostrene påføres må de leve med hele livet. Det kan derfor synes vanskelig å sette disse forholdene opp mot hverandre.

De restriksjoner som kan innføres i forhold til en gravid rusmisbruker må som tidligere sagt bero på en inntresseavveining. At fosteret har tilhold i kvinnens kropp er et moment som tilsier at vi utviser forsiktighet i forhold til bruk av tvang. Likevel må det stå klart at friheten ikke kan være altomfattende dersom kvinnen ikke tar det ansvaret et svangerskap innebærer. Etter min mening må det være en forsvarlig løsning å legge forpliktelser på kvinnen i den grad at hun må avstå fra bruk av rusmidler når dette kan føre til alvorlige helseskader på fosteret. Dette blir da også lagt til grunn av Stortinget og er bakgrunnen for innføringen av § 6-2a. I forarbeidene sies dette klart²⁵; hensikten med forslaget er å beskytte barnet ved å hindre eller begrense at det påføres betydelig skade på grunn av morens rusmisbruk.

3.3.2 Abortlovgivningen ikke et argument som taler mot sotjl. § 6-2a

Det kan virke som et paradoks at på samme tid som lovgivningen gir oss rett til å tvangsinnlegge en kvinne for å beskytte fosteret, gir lovgivningen kvinnen rett til å avbryte svangerskapet, jfr abortloven. Fosteret er gitt et vern mot å bli utsatt for skader som følge av rusmiddelmisbruk, men ikke gitt et vern til å leve opp. Før retten til selvbestemt abort ble innført, ville en tvangsregel som § 6-2a være helt i tråd med resten av lovgivningen. Fosterets krav på beskyttelse var fullstendig. Regelverket står nå i ”strid” til hverandre.

Bak abortloven ligger det grundige overveielser av morens og fosterets rettsstilling. Retten til selvbestemt abort kom først etter en lang og hard kamp drevet fram av respekt for kvinnens rett til selvbestemmelse. Hensynene bak denne loven er ikke komparative med de vurderinger som ble tatt i forhold til § 6-2a. I forhold til selvbestemt abort er det kvinnenes rett til å velge som er det viktige. Kvinnen skal ha frihet til bestemme over egen kropp, og skal selv avgjøre hvorvidt hun ønsker å gjennomføre et svangerskap. I forhold til § 6-2a skal kvinnen fremdeles ha denne friheten, men med den begrensing at hun ikke kan misbruke rusmidler slik at det skader fosteret. Det handler ikke om å avbryte et svangerskap, men om å påføre lidelser. Det er gjort innskrenkninger i

²⁵ Ot.prp.nr.48 (1994-95) s.5

selvbestemmelsesretten. Det dreier seg om to helt ulike situasjoner. At det nå foreligger to forskjellige rettsgrunnlag som regulerer fosterets stilling er ingen tilsiktet virkning. Det er bare en naturlig følge av de avveininger som er gjort i forhold til kvinnens og fosterets rettigheter. Det ligger ikke i lovverket en fra ”det mer til det mindre”- tankegang. At kvinnen kan ekskludere fosteret fra fortsatt liv medfører ikke en naturlig rett til å påføre fosteret skader gjennom rusmiddelmissbruk.

Karl Harald Søvig²⁶ hevder at vi her har med ”to kvalitativt forskjellige og egentlig inkommensurable skadevirkninger: ikke-eksistens og lidelse”, og at dette gjør at det ikke er mulig å sammenligne abort med rusmisbruk under svangerskapet. Dette kan jeg si meg enig i. Vurderingene i forhold til abort må være annerledes enn tvangsvedtak etter § 6-2a. Det at moren er gitt et valg med hensyn til gjennomføringen av svangerskapet er ikke ensbetydende med at hun står fritt i forhold til å skade barnet.

3.4 Kvinnen befinner seg i en tvangssituasjon

De valgene vi tar er noe av det som definerer oss som mennesker. I dagens samfunn er valgfriheten stor, men den er ikke ubegrenset. Valgene gjøres innenfor forskjellige rammer, alle har vi grenser vi er bundet av. Dette kan være økonomi, bosted, religiøs tilhørighet osv. I forhold til rusmisbrukere kan disse rammene være sterke, og i stor grad annerledes enn det vi andre i samfunnet opplever. Selv om de i utgangspunktet har samme valgfrihet, vil deres beslutninger og vurderinger ofte bero på en søken etter rusmidler. Hverdagen preges av en kamp hvor det å ruse seg er det viktigste, og valgene som gjøres avhenger av dette. I den svenske utredningen hevdes det at kvinner som misbruker alkohol, narkotika eller andre fosterskadelige rusmidler, på tross av at de vet de er gravide, i hovedsak må antas å befinne seg i noe som nærmest kan betegnes som en tvangssituasjon²⁷:

²⁶ Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere s.39

²⁷ SOU 1987:11 s.71

”Utgangspunkten för våra fortsatta resonemang är att ingen kvinna avsiktlig utsätter det väntade barnet för skaderisker. De kvinnor som missbrukar alkohol, narkotika eller andra fosterskadande droger – trots vetskapen om att de är gravida och om riskerna för det väntade barnet – får i allmänhet antas å befinna sig i något som närmast kan betecknas som en tvångssituation. I övriga fall när en kvinna missbrukar alkohol eller andra droger under graviditeten torde det vara fråga om att hon saknar innsikt om riskerna för det väntade barnet av sitt handlande”.

Dette vil jeg i stor grad være enig i. For en kvinne som har brukt rusmidler i mange år, er det vanskelig å skulle endre livsstil, selv om hun er gravid. Mange rusmidler har en sterk avhengighetsvirkning og kvinnene opplever sterke smerter ved en avrusning. Tvangssituasjonen har imidlertid ikke bare en fysisk side, men skaper også materielle og sosiale problemer. Etter mange års misbruk vil omgangskretsen i hovedsak bestå av misbrukere, samt at økonomien og mulighetene for å komme seg ”på beina” er dårlig. Livet er kjørt inn i et mønster som det er vanskelig å komme ut av.

Når kvinnen befinner seg i en slik situasjon kan det være vanskelig å se hvor reell selvbestemmelsesretten virkelig er. Tar kvinnen et valg når hun fortsetter å ruse seg til tross for at hun vet at hun er gravid, eller er det et resultat av at hun ikke klarer å la være; avhengigheten styrer livet hennes. Jeg tror utvilsomt at en del av kvinnene ikke egentlig har tatt noen beslutning om å ruse seg, men at de har kommet så langt i sitt misbruk at resultatet gir seg selv. De må ha rus for å komme igjennom dagen. I viss utstrekning kan man derfor si at et argument mot tvang basert på autonomi og frivillighet mister en del av sin betydning i en slik situasjon. Tvangen virker ikke så inngripende når friheten for disse kvinnene uansett er sterkt begrenset. At kvinnen i så måte befinner seg i en tvangssituasjon kan være et relevant argument for å innføre en egen tvangsbestemmelse, eller et argument som reduserer betydningen av kvinnens rett til selvbestemmelse.

Likevel er det klart at hensynet til kvinnen ikke ligger til grunn for regelen i sotjl. § 6-2 a. Hensynet til kvinnens behandlingsprosess skal ikke sidestilles med hensynet til barnet. Dette fremkommer av forarbeidene til bestemmelsen²⁸:

”I vurderingen av om tvangsvedtak etter § 6-2 a skal treffes, vil ikke beskyttelse av kvinnen være relevant. Hensynet til kvinnen ivaretas ved at oppholdet benyttes til behandling og rehabilitering.”

Etter regelen i sotjl. § 6-2 a skal kvinnen under sitt opphold på institusjonen tilbys tilfresstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. Institusjonsplasseringen skal ikke være en ren oppbevaring av kvinnen. Det er likevel ikke et vilkår for at kvinnen skal kunne tvangsinnlegges.

3.5 Hjelpetiltak som et rettslig vilkår for tvang etter sotjl. § 6-2a

3.5.1 Hovedregel: tvang bare når hjelpetiltak ”ikke er tilstrekkelig”

Et hovedprinsipp for sosialt arbeid er at hjelp og støtte skal skje på frivillig grunnlag, og at den som skal gis hjelp skal tas med på råd om valg av tiltak og gjennomføringen av hjelpen²⁹. Dette prinsippet er fulgt opp i sosialtjenesteloven. Et av formålene bak loven er å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jfr sotjl. § 1-1 litra b. Kapittel 6 i loven begynner med § 6-1 om hjelpetiltak: ”Gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak skal sosialtjenesten hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler”.

Lovgivningen stiller som utgangspunkt at det i første rekke er gjennom frivillige tiltak rusmisbrukerne skal hjelpes. Dette var også et viktig tema under lovforberedelsen. Mindretallet, som stemte imot en egen bestemmelse om tvang overfor gravide

²⁸ Ot.prp.nr.48 (1994-95) s.10

²⁹ NOU 1985:18 s.52

rusmisbrukere, hevdet at det beste grunnlaget for å oppnå et godt behandlingsresultat var frivillighet. Viktigheten av frivillighet blir også understreket i forarbeidene³⁰:

”Tvangsbestemmelsen skal være en unntaksbestemmelse og bare brukes i de tilfellene hvor kvinnen, etter aktivt motivasjonsarbeid fra sosialtjenesten, ikke klarer eller ønsker å avslutte eller redusere rusmiddelmisbruk som kan føre til alvorlige skader på barnet.”

Ser vi på § 6-2a stilles det som et materielt vilkår for tvangsinnleggelse at hjelpetiltak ”ikke er tilstrekkelig”. Hva som ligger i dette kan synes noe uklart. Utgangspunktet må være at hjelpetiltaket ikke er tilstrekkelig dersom det ikke ivaretar de hensyn som ligger bak regelen. Dersom fosteret på tross av hjelpetiltaket, utsettes for en overveiende sannsynlighet for å bli født med skade, må vilkåret være oppfylt. Det kan ikke kreves at et hjelpetiltak må være utprøvd i praksis. Dersom sosialtjenesten etter nøye overveielser finner det nytteløst å sette i verk tiltak eller misbrukeren ikke samtykker, må tvangsvedtak kunne vurderes. Et krav om hjelpetiltak er et utslag av et dominerende prinsipp i tvangslovgivningen; ”minste inngreps prinsipp”. Når det handler om borgernes private sfære skal alle tiltak vurderes i forhold til hvor inngripende de er. Det må vurderes om det finnes lempeligere måter å oppnå formålet med innleggelsen; å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Retten til selvbestemmelse er et høyt verdsatt gode, og inngrep bør ikke være mer omfattende enn nødvendig.

Vilkåret om hjelpetiltak bringer inn et kompromiss i tvangsbestemmelsen. Vi ser at prinsippet om frivillighet blir ivaretatt på tross av at man innser at det foreligger et behov for en tvangshjemmel overfor gravide rusmiddelmisbrukere. På samme tid som sotjl. § 6-2a anerkjenner og verner kvinnens selvbestemmelsesrett, ivaretar den også hensynet til fosteret. Et hjelpetiltak innebærer ikke samme grad av inngrep i kvinnens frihet, kvinnen kan frivillig gå inn i et behandlingsopplegg. Dette kan være viktig for flere av kvinnene. Graviditeten kan være en motivasjonsfaktor for å komme ut av misbruket. Tanken på å

³⁰ Ot.prp.nr.48 s. 9

bære frem et nytt liv kan gi styrke til endring. En gravid rusmisbruker vil ofte føle stor glede og ha forventninger til svangerskapet. Det er derfor viktig å gjøre graviditeten om til en ressurs, og ikke bare et uoverkommelig problem. Dersom man gjennom hjelpetiltak kan unngå tvangsinnleggelse, vil det være mulig å bygge et samarbeid på andre premisser. Kvinnens forhold til sosialtjenesten vil ikke være ubetinget negativt og representere et overformynderi. Ved et samarbeid vil hjelpen lettere kunne oppfattes som omsorg. Hjelpetiltaket vil kunne legge til rette for gjensidig tillit og medbestemmelse. Kvinnen kan påvirke de beslutninger som skal tas, og blir en del av prosessen. Det vil være viktig å bygge opp kvinnens selvtillit og troen på at hun kan mestre oppgaven som mor. Ved en tvangsinnleggelse kan dette være vanskeligere.

Kvinnene skal i første rekke nås gjennom frivillige tiltak, at det foreligger en tvangshjemmel endrer ikke dette utgangspunktet. Når lovgiver oppstiller hjelpetiltak som et rettslig vilkår for tvang tar man derfor bort en del av kritikken rettet mot bestemmelsen i sotjl. § 6-2a. Hjelpetiltak er ikke isolert sett et argument for tvang, men vil være et moment som gjør tvangsbestemmelsen lettere å akseptere. Selvbestemmelsesretten er ikke tatt helt fra kvinnen.

3.5.2 Hvor reell kan vi si frivilligheten egentlig er?

Det må selvsagt i forbindelse med hjelpetiltak stilles et spørsmål om hvorvidt disse tiltakene virkelig er basert på frivillighet. Tvangsparagrafen vil alltid ligge i bakgrunnen som et ris bak speilet. Dersom et frivillig tiltak ikke er tilstrekkelig kan sosialtjenesten ta i verk sterkere midler. En undersøkelse³¹ gjort blant ansatte ved sosialkontorene i fire fylker viser at dette ikke bare er en tenkt situasjon. Hele 55 % av de ansatte svarte at de hadde erfart at gravide rusmiddelmissbrukere, som ikke hadde sagt seg villige til frivillig behandling, endret standpunkt når muligheten for tvangsinnleggelse ble brakt på banen. Jeg tror likevel det er viktig å legge et ”minste inngreps prinsipp” til tvangsbestemmelsen.

³¹ Flaaterud, Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere

Dersom målet kan nås gjennom hjelpetiltak er dette bedre enn bruk av en omfattende og langvarig tvang.

4 Argumenter mot en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmisbrukere

4.1 Innledning

Argumentene mot en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmisbrukere har vært flere. I Norge og Sverige er det valgt to forskjellige løsninger med bakgrunn i hvordan disse er vektlagt. I den norske lovutredningen var det særlig risikoen for at den gravide kvinnen ville la være å oppsøke helsevesenet eller ta abort for å unngå tvangsplassering, som var de viktigste motargumentene. I den svenske utredningen var det i tillegg pekt på problemer knyttet til rettsusikkerhet og frykt for uberettigede inngrep. Dette var en følge av at de fant det vanskelig å påvise noen terskelverdi for når rusmiddelkonsum kan føre til fosterskade.

Individets rett til å bestemme over seg selv vil alltid være en vesentlig del av en tvangsproblematikk.

4.2 Kvinnens rett til frihet

4.2.1 Selvbestemmelsesrett og menneskeverd/autonomi

Alle mennesker er født unike med en iboende verd. Menneskeverdet i seg selv er ikke begrunnet utenfra eller i bestemte egenskaper, men nettopp i det å være menneske. Kjernen i dette menneskeverdet er retten til å eie seg selv og sine tanker. Friheten er gitt oss i egenskap av å være mennesker. Denne likeverdigheten eksisterer på tross av ytre kjennetegn som rase, kjønn, klasse, etnisk bakgrunn, utseende, funksjonsevne, og av indre kjennetegn som tro, tanke, politisk syn. Menneskeverdet i seg selv er ukrenkelig. Gjennom et iboende menneskeverd er vi gitt samme menneskerettigheter. Vi er også gitt en rett til å

få de respektert. En forlengelse av menneskeverdet er et vern av vår integritet. Vi skal respekteres for de mulighetene vi velger og de vi velger bort. Våre vurderinger skal anerkjennes selv i de tilfeller hvor vi ikke helt og fullt forstår konsekvensene. Et kjernepunkt i dette er selvbestemmelsesretten. En rett for den enkelte til å handle i tråd med sine egne ønsker og vurderinger.

Beslutninger om bruk av tvang innebærer store inngrep i den gravide kvinnens frihet. Dersom tiltaket blir satt i verk tidlig i svangerskapet kan institusjonsoppholdet komme opp mot ni måneder. Fra å leve et liv hvor egne beslutninger er avgjørende, blir det nå av andre satt opp rammer for dagliglivet. Det å kunne følge egne innfall og impulser er ikke lenger en realitet. Misbrukerne må følge reglene satt opp av institusjonen og vil selv ha begrenset påvirkningskraft. Selv om behandlingsopplegget skal være tilpasset den enkelte er det utvilsomt slik at friheten må begrenses for å få institusjonen til å fungere. Reglene er satt opp etter en hensiktsmessighetsvurdering, og vil i liten grad gi spillerom for individuell frihet. Hensynet bak vedtaket er å hindre at fosteret blir påført skader som resultat av rusmisbruk, og institusjonen må treffe foranstaltninger for å sikre dette. Tvangsinnleggelse innebærer ingen umyndiggjørelse, men den tilvante friheten får sine innskrenkninger. Oppholdet på institusjonen kan virke integritetskrenkende.

Det er problematisk å skulle anerkjenne tvangshjemler når man tenker på at frivillighet utgjør et av de viktigste prinsipper for vårt samfunnsliv. Vår frihet er på mange måter det som definerer oss som mennesker. Friheten til å velge hvordan vi skal leve våre liv er det som gjør oss forskjellige. Hadde alle vært tvunget til å leve i samme form, ville ikke vårt samfunn vært som i dag. Innskrenkninger i selvbestemmelsesretten avler begrensninger i mangfold. Vi har kanskje aldri tidligere opplevd tilsvarende grad av selvbestemmelse som i dagens samfunn. Samfunnet har gjennomgått en stor utvikling. Det å være annerledes er anerkjent på en helt annen måte enn før. Vi ønsker et samfunn med mangfold. Vår personlige frihet i dagliglivet er enorm; vi velger fritt hvor vi vil bo, hva vi vil arbeide med, hva vi vil ha til middag, hvilke klær vi vil bruke osv. Livet styres med andre ord i stor grad

av hvilke valg vi tar. Lovgivningen har vært med på å fremme denne utviklingen. Det å være annerledes skal ikke være en egenskap som begrenser den personlige friheten. Som eksempel kan nevnes at forbudet mot homofili ble opphevet i 1972. Vi har i tillegg egne lovbestemmelser som forbyr diskriminering på grunn av kjønn eller hudfarge. Disse bestemmelsene skal beskytte menneskenes ulikheter. Ytringsfrihet, religionsfrihet og politisk frihet er hedersord i vår del av verden. Dette er verdier vi setter umåtelig høyt, og som vi er villig til å godta få begrensninger i.

Ser vi derfor isolert på tvangslovgivningen overfor rusmiddelmissbrukere er dette et brudd med denne utviklingen. Rusmisbrukerne er selvstendige individer som alle andre. De har egne tanker, følelser og oppfatninger om sitt liv. Den friheten de er blitt gitt har de imidlertid valgt å bruke på en annen måte enn de fleste. De har valgt en retning som av mange oppfattes som selvdestruktiv, og i forhold til gravide kommer også hensynet til de skader som fosteret utsettes for. Det må imidlertid være utgangspunktet at valg av levemåte skal være opp til den enkelte. På tross av livsform må selvbestemmelsesretten være betydelig. Å gå på tvers av resten av samfunnet skal ikke innebære at friheten ubetinget må innskrenkes. Samfunnet skal ikke kunne gripe inn å styre den gravide kvinnens atferd. Men med den frihet vi er gitt, er vi også gitt et ansvar. På den gravide kvinnen ligger det ikke bare et ansvar for eget liv, men også for fosterets. Vi må i prinsippet basere lovgivningen på at hun er i stand til å bære dette ansvaret, at hun vil gjøre det beste for fosteret. Ingen kvinne vil med overlegg forsøke å skade det barn hun venter. Utgangspunktet må være at den gravide rusmisbrukeren skal ha frihet til å styre sitt eget liv, med mindre det finnes andre mer tungtveiende hensyn som kan begrunne tvang.

4.2.2 Tvangsbehandling i utgangspunktet basert på frivillighet

Behandling av rusmiddelmissbrukere i Norge bygger på et prinsipp om frivillighet. Det er opp til det enkelte individ å søke behandling. En viktig årsak til dette er troen på egen motivasjon som den viktigste faktor til å komme ut av misbruket. Det er en utbredt oppfatning blant fagfolk, at uten vilje til å forandre eget liv vil rehabiliteringseffekten være liten. Tidlig på 1980-tallet var det en svært opphisset debatt omkring bruk av tvang i

behandling i forbindelse med etableringen av Tyrili-stiftelsen. Etter hvert har imidlertid debatten stilnet av, og i den senere tid har det ikke vært noen stor uenighet om muligheten til å bruke tvang for å få misbrukere inn i et behandlingsopplegg. Tvang er blitt en del av den offisielle linjen overfor rusmiddelmissbrukere. Ved hjelp av tvangsinnleggelsen skal misbrukerne bygge opp egen motivasjon til å bekjempe sitt problem. Det må likevel stå klart at det er blitt diskutert hvorvidt dette er en egnet behandlingsform. Mange fagfolk har stilt seg tvilende til de langsiktige effektene av tvangsbruk, og mener at de fleste misbrukerne vil falle tilbake i en misbrukssituasjon etter et tvangsopphold. I forhold til § 6-2a vil dette komme i et litt annet perspektiv. Hovedhensynet bak denne bestemmelsen er i første rekke barnet, ikke misbrukeren som i § 6-2. Effekten av bestemmelsen vil derfor måles i andre verdier. Hovedhensikten er i første rekke at barnet skal fødes uten medisinske skader. Kritikk av denne bestemmelsens virkning må derfor ta utgangspunkt i dette og ikke tilbakefall til misbruk.

4.3 De fleste kvinner ønsker å føde et friskt barn

I den svenske utredningen var troen på graviditet som en årsak til å endre livsstil stor. Utredningen tok som utgangspunkt at alle gravide kvinner ønsket å føde et friskt barn. Graviditeten ville være en særlig aktuell periode når det gjaldt å få kvinnen motivert til å avstå fra alkohol, narkotika og andre fosterskadelige preparater, samt å endre livsstil for øvrig. Informasjon ble ansett som en avgjørende faktor³²:

”För det store flertalet kvinnor som avser att skaffa sig barn eller som redan är gravida räcker det oftast med saklig information om riskerna för det väntade barnet med alkohol och andra droger för att kvinnan skall avstå från användning av sådana medel”.

Troen på at mødre vil handle til beste for sitt foster er stor. Informasjon om rusmidlenes skadelige effekter, vil etter utredningens oppfatning, være tilstrekkelig for å hindre skadelig bruk hos et flertall av de gravide kvinnene. Bare i unntakssituasjoner vil en gravid kvinne

³² SOU 1987:11 s.75

ikke innse eller overse skadepotensialet. Dette som regel i de situasjoner hvor hun har et så alvorlig misbruksproblem at hun ikke kan slutte eller redusere sitt forbruk, eller i de tilfellene hvor kvinnen på grunn av psykisk sykdom eller utviklingshemming, eventuelt i kombinasjon med misbruk, er ute av stand til å innse eller gjøre noe med sin situasjon.

Konklusjonen i forhold til å vedta en egen tvangsparagraf overfor gravide bygger i stor grad på dette synspunktet:

”Enligt vår mening finns det all anledning att i stället för att utöka möjligheterna til tvångsåtgärder – som i så fall skulle beröra ett mycket begränsat antal kvinnor – satsa mer på de frivilliga och uppsökande åtgärderna samt på metodutveckling. Även om vi är medvetna om att vi på denna väg inte kan lösa alla de problem som förekommer i sammanhanget anser vi dock att detta är den bästa vägen att nå ett så gott resultat som över huvud taget är möjligt. Att skapa ett absolut säkert skydd för det ofödda barnet torde inte vara möjligt”.

Svenskene velger å satse videre på frivillige metoder i stedet for å benytte tvang. De aksepterer å ikke kunne nå fram til alle, og mener at en egen tvangsbestemmelse ikke er den rette måten å løse problemet.

Jeg tror nok at svenskenes utgangspunkt er en sannhet med moderasjoner. Mange gravide kvinner ønsker i det hele ikke å føde sitt barn. Jeg tror også at flertallet av de gravide rusmiddelavhengige ikke endrer sitt misbruk bare fordi noen forteller dem at rusmiddelmisbruk under svangerskapet er helseskadelig. Gjennom sin refleksjon av problemet foretar de i realiteten lite. De ønsker at de fleste kvinnene kan hjelpes gjennom det frivillige tilbudet, men slår seg til ro med at dette trolig ikke kan gjøres.

4.4 Kvinner tar abort for å unngå tvangsinnleggelse

4.4.1 Abortlovgivningen

Når lovgiverne velger å innføre en tvangsparagraf overfor gravide rusmiddelmissbrukere oppstår det flere vanskelige prinsipielle og praktiske problemer. Avveininger av ulike hensyn og verdier må gjøres, og det er noen ganger vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Som jeg tidligere har beskrevet i oppgaven kan skader av rusmisbruk oppstå allerede i de første ukene av svangerskapet. For eksempel er det signifikante utseende til et barn født med FAS et resultat av alkoholkonsum i fosterets første leveuker. Det vil derfor normalt være viktig at tiltak settes i verk så tidlig som mulig for å forhindre eller begrense skadeeffekten.

Et problem i denne sammenheng er imidlertid den frihet kvinnen er gitt til å foreta svangerskapsavbrudd. Med hjemmel i abortloven³³ § 2 andre ledd tar kvinnen selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd, såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke, og det ikke foreligger tungtveiende medisinske grunner mot det. Kvinnens selvbestemmelsesrett er suveren. Dersom en kvinne fremsetter begjæring innen 12-ukersfristen vil hun i utgangspunktet ha et rettskrav på å få abortinngrepet utført. Dersom 12-ukersfristen er passert, har ikke kvinnen lenger en ubetinget rett til abort. Hun må etter dette tidspunktet søke en nemnd, som vurderer de medisinske, sosiale, etiske og arvemessige forholdene ved svangerskapet, for å få innvilget tillatelse til abort. Det skal imidlertid også her legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon. I forhold til gravide rusmiddelmissbrukere kan det være flere momenter som gjør at de innvilges abort. Et omfattende rusmisbruk tilfredsstiller kravet til skadelige påvirkninger under svangerskapet som kan medføre stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom, jfr abortloven § 2 tredje ledd bokstav c. Det skal i tillegg tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Det er en kjensgjerning at gravide rusmisbrukere i mange tilfeller blir fratatt omsorgen for sine barn like etter at de er født. Omsorgsperspektivet etter fødsel kan derfor være et moment i

³³ Lov om svangerskapsavbrudd av 13. juni 1975 nr. 50

retning abort. Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det, jfr. abl. § 2 femte ledd. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis. Etter dette tidspunktet kan abort bare foretas dersom det foreligger en nødsituasjon; svangerskapet må medføre ” en overhengende fare for kvinnens liv eller helse”, jfr. Abl.§ 10. Personkretsen som rammes av vedtak etter sostjl. § 6-2a kommer ikke i noen annen posisjon. Dette innebærer at det i tidsperioden frem til attende svangerskapsuke vil kunne være aktuelt med to helt ulike typer inngrep. Tvangsinnleggelse satt i verk for å beskytte det ufødte liv eller svangerskapsavbrudd for å fjerne fosteret.

Fosterets rettsvern etter abortloven er et gradert vern. Beskyttelsen av fosteret beror på hvor langt kvinnen har kommet i svangerskapet. Etter dagens lovgivning vil et foster yngre enn 12 uker ha forskjellig rettsvern i forhold til retten til liv. Tvangsbestemmelsen i sotjl. § 6-2a gir det en beskyttelse mot skade. Det foreligger altså en bestemt type vern. Ser vi i imidlertid i forhold til abortloven kan vi si at fosteret ikke har menneskeverd de første 12 ukene. Det vil være et paradoks å påstå at fosteret har menneskeverd samtidig som vi anerkjenner loven om selvbestemt abort. I et rettssamfunn er det et fundamentalt prinsipp at ingen kan være dommer i egen sak. I Norge bygger vi på et maktfordelingsprinsipp, makten skal være delt på tre hender; den lovgivende, den utøvende og den dømmende. Den franske statsfilosofen Montesquieu sier det slik:

”Det er en evig erfaring at den som har makt, er tilbøyelig til å misbruke den.”

Han mente det var nødvendig å skape en ordening slik at ”makt stanser makt”. Vår grunnlov bygger på et prinsipp om selvstendige og uavhengige domstoler. Dette er en av de viktigste garantier for rettsikkerhet som vi har, selv så fundamental og selvfølgelig vi opplever den. Hvor to personer står i en rettighetskonflikt med hverandre, kan ikke den ene part avgjøre hva som skal gjøres for å løse konflikten. Det må være en tredje uavhengig instans eller dommer til stede, for å vurdere de argumenter og bevis som blir fremlagt i konflikten. Det er ikke den sterkestes rett som er avgjørende, men en nøytral vurdering av partenes

rettsposisjoner. Hevder man at et foster har menneskeverd vil det være en naturlig følge at det er representert i en situasjon hvor kvinnen ønsker abort. Etter dagens lovgivning kan kvinnen selv bestemme om hun vil ta abort. Kvinnens egne tanker og følelser ligger alene til grunn for et svangerskapsavbrudd. Fosterets rett til livet er skjøvet ut av bildet. Det foreligger ingen rettighetskonflikt fordi fosteret før tolv uker ikke er gitt noen rettighet i abortspørsmålet. I forhold til det vern fosteret er gitt de første 12 ukene av svangerskapet kan det tyde på at fosteret ikke er å anse som eget rettssubjekt.

4.4.2 Etisk dilemma

Fosteret er gitt et vern etter sotjl. § 6-2a. Det skal beskyttes mot at kvinnen bruker skadelige rusmidler under svangerskapet. En tvangsinnleggelse etter § 6-2a kan likevel ikke frata kvinnen retten til selvbestemt abort. I de tilfeller hvor en beslutning om tvangsinnleggelse utløser et krav om abort oppstår det derfor et vanskelig etisk dilemma. Vi har i verste fall to alternative utganger på problemet; abort eller omfattende skader på det ufødte liv. Spørsmålene som må stilles er flere: Er det etisk forsvarlig å opprettholde et tvangsvedtak når dette tvinger frem et krav om svangerskapsavbrudd fra kvinnen side? Er vi villige til å la barnet bli født med omfattende skader som følge av et rusmisbruk, eller ser vi abort som et mer humant alternativ?

4.4.3 Tvangsvedtak og abortlovgivningen

Ser vi i forhold til § 6-2a kan retten til selvbestemt abort bli brukt som en trussel overfor sosialtjenesten. Dersom et vedtak om innbringelse i institusjon utløser et krav fra kvinnen om svangerskapsavbrudd oppstår et etisk dilemma. Velger sosialtjenesten å opprettholde vedtaket på tross av trusselen tar de samtidig en avgjørelse som kan påvirke fosterets fremtid. Omsorgsapparatet settes her i en umulig situasjon, og det er tvilsomt om dette er etisk forsvarlig. Dersom et krav om svangerskapsavbrudd på den annen side innebærer at tvangsvedtaket ubetinget skal bortfalle setter dette kvinnen i en uønsket maktposisjon. De gravide rusmiddelmissbrukerne vil ha et trumfkort å spille ut i alle tilfeller hvor sosialtjenesten vil sette i verk tvangsomsorg innenfor denne tidsrammen. I verst tenkelige tilfelle kan en slik posisjon "velte" alle tvangsvedtak frem til 12 svangerskapsuke. Tvang

vil bare kunne være aktuelt i de tilfeller hvor kvinnen selv ikke ønsker abort eller hun ikke kjenner til denne muligheten for å omgå et tvangsvedtak.

4.4.4 Forvaltningsskjønn

Selv om de materielle vilkårene i § 6-2a er oppfylt, er ikke dette alene tilstrekkelige grunnlag for å iverksette et tvangsvedtak. Etter bestemmelsens første ledd ”kan” det vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon. Loven forutsetter at fylkesnemnda utviser et forvaltningsskjønn i forhold til om den skal opprettholde eller treffe et vedtak. Det skal utøves et hensiktsmessighetsskjønn, hvor man søker å finne den beste løsningen i det enkelte tilfellet. Det er ikke slik at bruk av tvang vil være den mest fornuftige fremgangsmåten i alle situasjoner hvor lovkriteriene er oppfylt. Det legges opp til en konkret vurdering for den enkelte kvinne som faller inn under paragrafen. Sosialtjenesten skal på sin side også utøve et forvaltningsskjønn. Den kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det, jfr § 6-2a fjerde ledd. Selv om et vedtak er truffet skal sosialtjenesten utøve et skjønn om hvorvidt denne kompetansen skal brukes. Bakgrunnen for dette forvaltningsskjønnet var blant annet overveielser i forhold til at tvangsvedtak kunne utløse krav om svangerskapsavbrudd. Uten en slik skjønnsmessig regel vil det ikke være mulig å tilpasse tvangsbruken etter det konkrete tilfellet.

4.4.5 Hvordan utøve skjønnet?

Når kvinnens trussel om abort må oppfattes som reell kommer sosialtjenesten i en vanskelig situasjon. Lovbestemmelsen legger opp til et forsvarlighetsskjønn, men det foreligger ingen føringer på hvordan de skal løse dette etiske dilemmaet. En relevant kilde må være hvordan annen lovgivning forholder seg til det ufødte liv. Jeg vil her se litt nærmere på abortloven og bioteknologiloven³⁴.

Med dagens medisinske teknologi er det mulig svært tidlig i en kvinnes svangerskap å se om fosteret har en sykdom eller funksjonshemming. En påvisning kan skje lenge før tolvte

³⁴ Lov av 5. desember 2003 nr. 100

svangerskapsuke. Kvinnen skal etter biotl. § 4-4 gis informasjon om fosterdiagnostikk. Dette er et frivillig tilbud. Det er opp til kvinnen selv om hun ønsker å benytte seg at denne muligheten. Undersøkelsen vil blant annet kunne påvise kromosom feil hos fosteret; hvorvidt barnet vil kunne bli født med Downs syndrom. Hvis undersøkelsen viser at fosteret kan ha en sykdom eller et utviklingsavvik, skal kvinnen eller paret gis informasjon og genetisk veiledning om den aktuelle sykdommen eller funksjonshemmingen, samt om gjeldene rettigheter og aktuelle hjelpetiltak. En tenkt mulighet vil være abort. Dette har skapt stor debatt i samfunnet. En debatt³⁵ om retten til liv, livskvalitet, menneskeverd og integritet. Ny medisinsk teknologi som gir mulighet til å velge bort funksjonshemmede på fosterstadiet, blir av flere ansett som en trussel mot funksjonshemmede menneskers interesser og en trussel mot deres menneskeverd. Mange har uttrykt frykt for et sorteringssamfunn. Om frykten er velbegrunnet tror jeg det er vanskelig å gi et enkelt svar på.

Det har i de siste tiårene vært vanlig å teste fostre for genetiske feil og sykdommer. Praksisen har oppstått i det mange ikke ønsker å gjennomføre et svangerskap hvor de vet at barnet vil bli født med skader. Foreldrene er gitt en frihet til å velge hva de selv makter å påta seg. Med dagens abortlovgivning er det i realiteten slik at å velge svangerskapsavbrudd på grunn av sykdom hos fosteret er mulig langt inn i kvinnens svangerskap. Lovgivningen gir kvinnen stor frihet i de tilfeller hvor barnet vil bli født med skade. Dette er etter manges oppfatning helt i tråd med det demokratiske samfunn vi lever i. Kvinnen skal ha adgang til slik informasjon dersom den er tilgjengelig. Dette kan ses på som en del av kvinnens selvbestemmelses- og frigjøringskamp, på samme måte som retten til selvbestemt abort. Teknologien gjør kvinnene friere; den gir valgmuligheter der hvor de tidligere var overlatt til skjebnen og naturens gang. På den andre siden ser vi at fosterets vern innskrenkes. Etter dagens lovgivning har et foster hvor det påvises avvik i praksis ikke den samme rettsbeskyttelse som et friskt foster.

³⁵ Medisin og etikk satt opp mot hverandre. Kritikk særlig basert på kristne standpunkter og et ønske om å verne funksjonshemmedes rettigheter.

Bioteknologilovens formålsparagraf fastslår at ”formålet med loven er å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle. Dette skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på etniske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv”, jfr § 1-1. Utgangspunktet er ”plass til alle”, likevel er det et faktum at fosterdiagnostikk, hvor det påvises avvik, fører til et økt antall aborter. Foster med funksjonshemming har på denne måten en svakere rettsstilling enn andre. Formålet med fosterdiagnostikk er nettopp å ”få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret”, jfr biotl. § 4-1 første ledd. Kan vi derfor si at fosterdiagnostikk leder til et samfunn hvor det ikke er plass til alle? Teknologien har et slikt potensial. Likevel er svaret mer komplekst. Fosterdiagnostikk utstyres oss bare med kunnskap og valgmuligheter, de tanker og følelser som ligger bak avgjørelsene vi tar gjenspeiler mye mer.

Bruk av bioteknologi skaper mange vanskelige etiske problemer. Det er ikke bestandig lett å trekke grenser for hvor langt vi skal velge å gå. Samfunnet drives fremover av et behov for mer kunnskap. Å stoppe opp er ikke et aktuelt alternativ. I forhold til fosterdiagnostikk ser vi at det er blitt gjort et valg. Kvinnen gis tilgang på kunnskap om sitt ufødte barn allerede i dets første leveuker. Kunnskap som for noen fostre medfører at de ikke blir gitt rett til livet. En kombinasjon av reglene i abortloven og bioteknologiloven medfører en risiko for at fostre med skader velges bort. Bakgrunnen for regelverket ligger i avveininger mellom kvinnen og fostret. Likevel kan man si at det er tatt et valg som i verst tenkelige scenario kan medføre et sorteringssamfunn hvor hele menneskegrupper står i fare for å bli utslettet. Valget ligger selvsagt i siste rekke hos kvinnen. Det enkelte kvinne må gjøre sine vurderinger i forhold til den flora av muligheter hun er gitt.

Sosialtjenesten, jfr § 6-2a, står i en annen posisjon enn den gravide. Likevel må den i tilfelle hvor et tvangsvedtak utløser krav om abort, ta en beslutning som de vet kan påvirke kvinnes endelige valg. Dersom kvinnen velger abort kan man si at tvangsbestemmelsen i realiteten er med på å fremme en praksis hvor samfunnet finner det bedre at kvinnen tar

abort enn at fosteret blir født med skader. I ytterste utstrekning kan vi hevde at det gjennom en tvangsbestemmelse er tatt stilling til et mer overordnet spørsmål; retten til liv kontra livskvalitet. Et barn født med omfattende skader har ikke den samme livskvaliteten, og samfunnet finner det mer humant å ikke la det leve opp. Vi graderer menneskeverdet etter en overordnet norm hvor avvik reduserer verdien av å være til. Å opprettholde et tvangsvedtak i en slik situasjon er moralsk veldig vanskelig. Jan Fridthjof Bernt hevder³⁶ at sosialtjenesten ikke kan opprettholde et tvangsvedtak hvor det foreligger en mer reell mulighet for abort:

”Ut fra den grunnholdning som ellers kommer til uttrykk i lovverket når det gjelder vern av ufødt liv, kan det være et nærliggende synspunkt at sosialtjenesten må vike hvis spørsmålet kommer helt på spissen. Hvis abortbegjæring er fremsatt, og prosessen fram mot inngrepet er kommet så langt at det er klart at abort vil bli gjennomført hvis tvangen iverksettes eller ikke avsluttes, vil etter dette syn sosialtjenesten ha plikt til å kaste håndkleet inn i ringen og satse på frivillighet i fortsettelsen”.

Likevel tror jeg det er viktig å se på hva alternativet vil være. Mange barn født med rusrelaterte skader opplever en tøff hverdag. Både fysisk og psykisk må de leve med følger av morens livsvalg. Valg de ikke har hatt noen påvirkningskraft over. Vårt samfunn har åpnet opp for selvbestemt abort og fosterdiagnostikk. Etter min oppfatning er de verdivalgene som er tatt forsvarlige. De er resultater av den utvikling som har funnet sted i samfunnet. Jeg stiller meg positiv til den rett til selvbestemmelse og rett til informasjon som disse reglene innebærer. Jeg er enig med Tranøy³⁷ når han sier:

”Det er både naturlig og moralsk legitimt å ønske seg friske barn når man først ønsker seg et barn. Det er heller slik at det er umoralsk å ikke ønske seg friske barn og gjøre alt man kan for å unngå at de blir syke eller skadet, før som etter fødselen. Dette er fullt forenlig

³⁶ Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten av Kjørstad, Bernt, Kjellebold og Hove s. 244

³⁷ Knut Erik Tranøy, Medisinsk etikk i vår tid s.119-120

med at alle de barn som fødes, friske eller syke, skal være like velkomne, både i familien og samfunnet.”

Det er ikke nødvendigvis slik at dagens lovgivning medfører at funksjonshemmedes menneskeverd undergraves. Det må være lov å ønske bioteknologien velkommen samtidig som man er klar over og bekjemper dets skadelige virkninger. Denne holdningen vil også påvirke mitt standpunkt i forhold til sotjl. § 6-2a. Som Søvig³⁸ mener jeg at fylkesnemndene kan treffe et tvangsinnleggelsesvedtak, til tross for en eventuell abortfare, særlig dersom det er stor sannsynlighet for at barnet vil bli født med alvorlige skader. Høyere aborttall vil være underordnet hensynet til vern av fosterets helse. Dette standpunktet er tatt i forhold til fosterdiagnostikk, og jeg mener det ikke er noe mindre forsvarlig sett ut fra denne problemstillingen. Likevel må jeg understreke at dette på ingen måte er en ønskelig virkning av regelen i sotjl. § 6-2a.

I hvilken grad abort egentlig er en relevant problemstilling i forhold til sotjl. § 6-2a kan diskuteres. Slik praksis er i dag blir ikke kvinnen tvangsinnlagt før sent i svangerskapet, jfr det jeg har sagt tidligere. Dette betyr at hun ofte har gått ut over 12 uker, og at retten til selvbestemt abort ikke lenger foreligger.

4.5 Kvinnen unnlater å oppsøke helsevesenet

4.5.1 Frykt for tvangsinnleggelse

Et av de vanskeligste problemene lovgiverne stod overfor, i forbindelse med utredningene av § 6-2a, var en mulig utilsiktet virkning av bestemmelsen. Faren for at en gravid rusmiddelmissbruker vil unnlate å søke hjelp i helsevesenet i frykt for å bli tvangsinnlagt ble ansett som stor. Dette problemet i forhold til tvang var man allerede klar over under utredningen av sosial tjenesteloven³⁹:

³⁸ Tvang overfor rusmiddelavhengige – Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 (2004)

³⁹ NOU 1985:18 s.52

”Dersom hjelpeapparatet rår over vidtgående muligheter for tvangsinngrep, kan dette også kaste skygger over den frivillige delen av arbeidet og bringe det i miskreditt. Det har vært et alvorlig problem for barnevernet og edruskapsvernet at folk ikke har tort å henvende seg dit for å få hjelp, av redsel for at tvangstiltak blir satt inn”.

Dersom kvinnen unnlater å delta i helsekontroller, kan det føre til at barnet påføres skade som kunne ha vært unngått dersom hun hadde fått hjelp til å redusere rusmiddelmisbruket. En av høringsinstansene⁴⁰ ved spørsmål om lovendringen uttaler dette:

”En av de viktigste innvendingene mot lovforslaget er at trusselen om bruk av tvang kan medføre at den gravide rusmiddelmisbrukeren vegrer seg for å oppsøke hjelpeapparatet. *Dersom en slik antakelse er korrekt, vil resultatet kunne bli at flere barn blir født med skader, i tillegg til at skadeomfanget ville kunne bli større.*” (min kursivering.)

4.5.2 Taushetsplikten

For at sosialtjenesten skal kunne fremme tvangsvedtak må den ha kunnskap om hvilke kvinner som har et rusmisbruk som tilfredsstillende kriteriene for innleggelse og dermed utgjør målgruppen for bestemmelsen. Arbeidet med å innhente informasjon for saksutredninger for § 6-2a vedtak kan imidlertid være omfattende og til dels vanskelig. Sosialtjenesten vil i sin kontakt med brukerne kunne danne seg et inntrykk, men dette vil ofte ikke være tilstrekkelig informasjonsgrunnlag. Størst mulighet for å avdekke misbruk vil det være når kvinnen selv oppsøker helsetjenesten. De mest sentrale informasjonskildene vil være lege, helsestasjon, helsesøster, barneverntjenesten, poliklinisk behandlingsapparat, behandlingstilbud og familiepårørende.

4.5.3 Helsepersonelloven og barnevernloven

Det ble i forbindelse med utarbeidelsen av § 6-2 a foreslått nye regler om taushetsplikt for bestemte grupper ansatte som naturlig ville ha kontakt med gravide rusmiddelmisbrukere.

⁴⁰ Fylkesmannen i Troms

Dette ble ansett som nødvendig dersom lovforslaget skulle få en effektiv anvendelse⁴¹. I høringsnotatet ble det lagt fram to alternativer til lovendringer; alternativ 1 medførte at helsepersonell måtte oppgi taushetsbelagte opplysninger etter oppfordring fra sosialtjenesten. Alternativ 2 innebar at det i tillegg skulle innføres en meldeplikt. Et klart flertall av høringsinstansene støttet alternativ 2 i høringsnotatet. Etter sosial- og helsedepartementets vurdering måtte personvernet i dette tilfellet vike for hensynet til å hindre at barnet ble født med betydelig skade.

Disse reglene er nå i hovedsak nedfelt i helsepersonelloven⁴². Loven omfatter både leger, hjelpepleier, jordmor og sykepleier. Hlspl. § 32 annet ledd første setning lyder som følgende:

”Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. Lov om sosiale tjenester § 6-2a”

I disse tilfellene har helsepersonellet en opplysningsplikt som går foran taushetsplikten. I forhold til barneverntjenesten er det gitt egne regler om taushetsplikt i barnevernloven⁴³. Tilsvarende regel om opplysningsplikt som er gitt i hlspl. § 32 annet ledd, med hensyn til opplysninger sosialtjenesten, er inntatt i bvl. § 6-7 tredje ledd andre setning.

4.5.4 Taushetsplikt kontra opplysningsplikt

For mange yrkesgrupper er det nødvendig å etablere et tillitsforhold til klienten for å kunne løse oppgavene på en best mulig måte. Taushetsplikten er et viktig fundament for et åpent samarbeidsforhold mellom klienten og den profesjonelle part. Klienten må kunne gi opplysninger til yrkesutøveren uten å frykte at de kommer uvedkommende i hende. Hvis

⁴¹ Ot.prp. nr.48 (1994-95) s.5

⁴² Lov av 2. juli 1999 nr. 64

⁴³ Lov av 17. juli 1992 nr. 100

opplysninger gitt i en slik fortrolig samtale bringes videre til andre ligger en fare for at klienten vil miste den tilliten som forholdet baseres på. Dette kan gjøre det vanskelig å videreføre samarbeidet. Ser vi i forhold til tvangssaker kan klienten føle seg lurt dersom de opplysninger hun har gitt for å få hjelp blir brukt til å begrunne et tvangsvedtak.

Det må imidlertid stå klart at taushetsplikten ikke er absolutt. Gjennom lovgivning kan det gjøres innskrenkninger og unntak. Hensynene bak de enkelte unntak, i forhold til både yrkesmessig og forvaltningsmessig taushetsplikt, er mange og til dels veldig forskjellige. I forhold til denne avhandlingen skal vi bare se på de endringer som er gjort i forhold til innføringen av § 6-2a.

Når lovgiver velger å innføre en opplysningsplikt i forhold til personkretsen etter § 6-2a må det ligge tungtveiende grunner til for det. Klientforholdet skal i utgangspunktet være beskyttet av taushetsplikt, jfr både helsepersonelloven og barnevernloven. Uten en lovendring ville det blitt vanskelig å realisere siktemålet med bestemmelsen. Det ville være nærmest umulig å skulle fange opp de rusmiddelmissbrukerne med et misbruk som kan føre til skader på barnet.

Helsevesenet skal for kvinnen være en av de viktigste kildene til informasjon og hjelp i svangerskapet. Kanskje spesielt for rusmisbrukere kan det være en god støttespiller. Mange har distansert seg fra familie og venner, og har ikke det nettverket og den hjelpen ”vanlige” gravide har rundt seg. Ved å innføre en opplysningsplikt kunne man risikere at de gravide rusmiddelmissbrukerne trakk seg vekk fra omsorgsvesenet. Med et slikt utfall ville bestemmelsen virke helt mot sin hensikt. I stedet for å komme nærmere kvinnen, vil hun distansere seg også fra de frivillige hjelpetilbudene. Uten at kvinnen selv oppsøker hjelp finnes det ingen måte å fange opp tilfeller hvor rusmisbruket kan føre til skader. En bestemmelse med siktemål å redusere antall barn født med rusrelaterede skader, kunne få helt motsatt effekt. Kvinnens rusmisbruk vil ikke ha noen motvekt dersom det ikke finnes et hjelpeapparat å søke støtte i. Frykten for tvang kunne gjøre at den påvirkningskraften som lå i kontakten og samarbeidet med for eksempel lege, helt forsvinner, og kvinnen står

alene igjen med sitt rusmisbruk. Utilsiktet kan følgen av en egen tvangsbestemmelse være at barnet påføres enda større skader.

Sosial- og helsedepartementet mener imidlertid at denne virkningen av bestemmelsen kan unngås⁴⁴:

”Styrket utbygging av det frivillige behandlingsapparatet kan motvirke at risikogravide unnlater å oppsøke helsehjelp, og det vil være svært viktig at helsepersonell motiverer kvinnen til å gå inn i denne type behandlingstilbud.”

..

Jeg tror at man på ingen måte kan undervurdere det frivillige hjelpetilbudet, og den effekt dette vil ha på den gravide kvinnen. Likevel må det utvilsomt være klart at ikke alle kan nås gjennom denne typen oppfølging. Sosial- og helsedepartementet foretar ingen nærmere vurdering av dette problemet. Dette er en svakhet i de norske forarbeidene. Troen på at det frivillige tilbudet skal avhjelpe alle problemer fremstår som vel optimistisk.

4.5.5 Svenskenes standpunkt

Risikoen for at den gravide kvinnen unnlater å søke hjelp var et av hovedhensynene til at Sverige valgte å ikke innføre en egen tvangsparagraf overfor gravide rusmiddelmisbrukere. Kostnaden for fosteret dersom kvinnen lot være å oppsøke helsevesenet ble vurdert til å være for stor. Den svenske utredningen tar utgangspunkt i det faktum at det i første rekke er de myndighetene med oppgave å hjelpe og støtte den gravide kvinnen som må initiere en tvangsinnleggelse. I Sverige vil dette være i hovedsak MVC; mödravårdscentralerna. Det sies i utredningen:

”Om mödrahälsovården får en sådan skyldighet finns det en påtaglig risk att detta kan skrämna kvinnor i farozonen från att vända sig dit. Detta skulle i sin tur medföra att möjligheterna att hjälpa dessa kvinnor med frivilliga åtgärder skulle minska, vilket skulle vara till stort förfång för den utveckling som synes vara på väg”.

⁴⁴ Ot.prp nr.48 s.13

Det vises igjen til det frivillige hjelpetilbudet. Utrederne frykter for at den positive utviklingen, anført gjennom frivillige tiltak, skal bli skadelidende ved en innføring av en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmissbrukere. De mener at den positive utviklingen kan videreføres ved en større satsing på det frivillige hjelpetilbudet.

I forhold til taushetsplikten vurderes det også i den svenske utredningen å gjøre endinger i taushetsplikten i Sekretesslagen 1980:100. Det skilles også her mellom rett og en plikt til å gi opplysninger. Endringen knyttes opp mot risikoen for at kvinnen vil la være å oppsøke hjelpeapparatet⁴⁵:

”Risken för att kvinnan skulle unandra sig hjälp och stöd från myndigheten är troligen större om myndigheten är skyldig att göra anmälan än om myndigheten har rätt att lämna ut uppgifter”.

De anser etter dette at det er mer hensiktsmessig å lette på taushetsplikten enn å innføre en lovbundet meldeplikt. I Norge ble det som tidligere beskrevet valgt motsatt modell. Her ble vurderinger knyttet til effekten av lovbestemmelsen satt høyere enn de hensyn og verdier taushetsplikten ivaretar.

4.6 Det frivillige hjelpetilbudet

4.6.1 Ressurssituasjonen

En av de største utfordringene i forhold til rusmisbrukere i dagens samfunn er å etablere gode behandlings- og omsorgstilbud. Særlig i forhold til institusjonsplasser er dette vanskelig. Rusmisbrukerne vil sjelden ha ressurser til selv å betale for innleggelse, og må benytte de plasser det offentlige stiller til rådighet. Disse plassene er begrensende, og resultatet er at det ikke bare er misbrukernes egen motivasjon som er avgjørende for om de kan komme inn i et behandlingsopplegg. Dersom det ikke finnes ledige institusjonsplasser

⁴⁵ SOU 1987:11 s.87

betalt av det offentlige, kan de risikere å bli satt på venteliste. Tar vi for eksempel en enkelt institusjon med 10 plasser har kanskje det offentlige bare kjøpt opp 5 av dem. Problemet er i realiteten ikke mangel på plasser, men en mangel på plasser for misbrukere som må basere seg på et offentlig tilbud. I hovedsak er det ressursmangelen som setter skranker for det tilbudet som gis. Dette gjelder både i forhold til frivillige innleggelses og tvangsvedtak.

4.6.2 Kostnader ved tvangsvedtak

Ressursproblemet forsterkes ytterligere ved innføring av tvangsvedtak. Kostnadene ved tvangsplasser er vesentlig større enn ved frivillige innleggelses⁴⁶, som eksempel kan nevnes: ekstra utgifter til alarmanlegg, forsterket bemanning og kurs til å takle tvangsinnlagte klienter. Institusjoner hvor det er tvangsinnlagt klienter, opplever en annerledes hverdag enn de stedene hvor det bare befinner seg frivillig innlagte. De som søker seg til et frivillig tilbud ønsker å komme ut av en misbrukssituasjon, de tvangsinnlagte har ofte ikke samme grad av motivasjon. Dette kan gi seg utslag i økte voldsproblemer på behandlingsstedet, med tilsvarende behov for ressurser. Dersom de materielle forutsetningene for å praktisere tvangsbestemmelsene på en faglig og forsvarlig måte ikke er til stede, vil det utvilsomt melde seg spørsmål om hvorvidt tvangen fungerer på en tilfredsstillende måte⁴⁷. Begrunnelsen for en egen paragraf rettet mot gravide kan miste mye av sin verdi.

I tillegg vil tvangsvedtak gjøre krav på plasser som kunne vært brukt til frivillige innleggelses. Dersom det ikke bevilges økte ressurser til rusmiddelomsorgen vil en økning i antall tvangsinnleggelses redusere det frivillige tilbudet. Dette var ikke hensikten bak reglene, og vil være særlig problematisk i det man allerede opplever en stor mangel i det

⁴⁶ Ved Kompetansesenteret-Rus Oslo og Akershus ble det gjennomført en undersøkelse av hvordan Oslo kommune hadde gjennomført sine tvangsvedtak. Rapporten viste at Tyrilistiftelsen i 1998 fikk snau 5,2 millioner til tiltak overfor klienter lagt inn etter tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven. Dette ga i følge rapporten en effektiv døgnpris per klient på mellom 6.414 og 9.027 kroner, avhengig av beregningsmåte. Ordinær døgnpris på samme tid var 1.660.

⁴⁷ Mer om problemet i en kronikk-kommentar av Gabrielle K. Welle-Strand i Rus og avhengighet nr.2 1998.

frivillige tilbudet. Mange rusmisbrukere opplever frustrasjon ved at de ikke får hjelp. Når de selv er innstilt på et behandlingsopplegg virker det demotiverende å se tvangsklienter gå foran dem i køen. Alternativet for gravide rusmisbrukere kan være å ruse seg slik at de kommer inn under tvangsparagrafen. Dette er en uheldig situasjon for både kvinnen og fosteret. Som jeg tidligere har fremhevet finnes det ingen nedre grense for hvor stort misbruket må være for å forårsake skade. I forarbeidene til § 6-2a ble det fremhevet at det i første rekke var det frivillige hjelpetilbudet som skulle fange opp disse personene. Tvangsvedtak skulle ikke fortrenge utviklingen av et godt frivillig utbygd hjelpeapparat. Skadene barnet påføres ved en slik handling kan dessuten være omfattende og hindre selve formålet bak en tvangsbestemmelse.

Problemet tydeliggjøres også ved at man vet veldig lite om effekten av tvangsbehandling. Dersom det faktisk er slik at flertallet av de tvangsinnlagte faller tilbake til misbruk etter et institusjonsopphold, mens en større andel av de frivillig innlagte gjør nytte av den muligheten de er gitt, vil tvang være vanskelig å forsvare både i et menneskelig og prioriteringsmessig perspektiv. Mange vil nok også fremheve som et paradoks at det i hovedsak er de hardeste belastede, altså de som er målgruppe for tvangsreglene, som konkurrerer om disse frivillige tilbudene.

4.6.3 Kvaliteten på institusjonene

Et annet forhold er kvaliteten på institusjonene. Ved tvangsinnleggelse har ikke kvinnen selv noe å si i forhold til det vedtaket som blir gjort. Mange uttrykte derfor bekymring i forhold til om kvaliteten på institusjonene ville bli dårligere med tvangshjemler. Ved tvang vil det vanlige markedsapparatet ikke fungere. Det er ikke lenger etterspørselen som styrer tilbudet. Kvinnen har ikke noe valg i forhold til institusjonsinnleggelsen. I forhold til innleggelse etter § 6-2 ble dette problemet løst ved å ta inn en regel om dette i lovteksten. Fylkesnemndas vedtak 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”, § 6-2 tredje ledd.

I relasjon til forholdene på institusjonen er det i § 6-2a andre ledd andre punktum oppstilt som et krav at det ”skal legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet”. Det legges her vekt på rusmisbruket og omsorgen for barnet etter at det er født. Dette er et skjønnsmessig kriterium, og det vil være vanskelig for kvinnen å argumentere for at forholdene er så dårlige at de strider mot lovteksten. I tillegg fokuseres det på den hjelp som gis, og ikke på den materielle kvaliteten til institusjonen. Det stilles ikke krav om at den må holde noen minstestandard. Dersom standarden synker vesentlig kan dette være et problem i forhold til det frivillige tilbudet. Gravide rusmiddelmisbrukere vil i mindre grad oppsøke hjelpeapparatet dersom institusjonene ikke tilfredsstillende visse krav. Dette ville være et skudd for baugen for tvangsparagrafen. Institusjonene vil til tross for en synkende andel frivillig innlagte, kunne ha samme belegg på grunn av tvangsvedtak. Dette er stikk i strid med utgangspunktet om at det er det frivillige tilbudet som skal være det primære.

4.7 Kvinnens rettsikkerhet

4.7.1 Tvangsbestemmelser i et rettsikkerhetsperspektiv

Hensynet til kvinnes rettsikkerhet er et moment som taler i mot innføringen av en tvangsbestemmelse. Gjennom et tvangsvedtak vil det bli gjort store inngrep i kvinnens selvbestemmelsesrett og frihet, og rettsikkerhetsperspektivet vil etter dette være knyttet til vern mot inngrep i borgernes handlefrihet. I tillegg vil det vil være vanskeligere for henne å skulle forutberegne sin rettstilling.

Når det kreves rettsikkerhet i forvaltningen, siktes som regel til at den enkelte skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, og at han skal ha mulighet for å forutberegne sin rettstilling og forsvare sine rettslige interesser. Ofte inkluderes også hensynene til likhet og rettferdighet i rettssikkerhetsidealet⁴⁸. I vårt samfunn er rettsikkerhet et honnørord, det er et ideal vi tilstreber. De fleste finner det riktig å søke

⁴⁸ Torstein Eckhoff, Forvaltningsrett 6. utgave 1997 s.69

størst mulig grad av rettsikkerhet. Likevel er det vanskelig å følge dette prinsippet i utformingen av rettsregler. Det å søke størst mulig grad av rettsikkerhet kan føre til det motsatte resultatet. Begrepet er ikke entydig med samme innhold i alle sammenhenger. Å anerkjenne rettsikkerhet som et gode er ikke det samme som at det bare finne en løsning for å oppnå det.

Kjernen i rettsikkerhetsidealet er at den enkelte skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side. Samfunnsborgerne må vernes mot maktpersonene i samfunnet. Enkeltmenneskenes frivillighet og selvbestemmelse er grunnleggende formål. Når lovgiverne velger å innføre en tvangsbestemmelse gjør de et inngrep i dette idealet. Likevel er ikke dette ensbetydende med at tvangsvedtak er feil eller uhensiktsmessig. Det å ha en overordnet myndighet innebære i visse tilfeller at det må foretas inngrep. Når lovgiverne velger å innføre bestemmelser som begrenser den enkeltes selvbestemmelsesrett blir rettsikkerheten veldig viktig. Det må stilles krav til både den materielle og den prosessuelle rettsikkerheten. Den materielle rettsikkerheten stiller krav til avgjørelsens eller reglens innhold, mens den prosessuelle rettsikkerheten stiller krav til fremgangsmåten.

4.7.2 Materieell rettsikkerhet

Et prinsipp om rettsikkerhet stiller krav til utformingen av den materielle bestemmelsen. Forvaltningen skal være bundet av regler når de treffer vedtak som berører enkeltpersoner. I forhold til tvangsvedtak er det derfor viktig at lovbestemmelsen utformes så presist som mulig. Målgruppen for bestemmelsen må ha mulighet til å innrette seg etter gjeldende lovverk, og i størst mulig grad kunne forutberegne sin rettsstilling. Ut fra dette hensynet burde vilkårene utformes så presist som mulig, være enkle å forstå, lette å finne frem til og ikke være utsatt for hyppige endringer. Det skulle for den enkelte bare være å åpne lovbooka og lett kunne lese seg til hvilke vilkår som gjelder på de respektive rettsområdene. Det er imidlertid ikke ukomplisert å utforme en bestemmelse etter slike prinsipper. Dersom en regel skal utformes med størst mulig grad av presisjon vil den i tillegg bli relativt omfattende. For eksempel måtte hvert enkelt unntak fra regelen nedfelles i paragrafen. I stedet for å oppnå klarhet ville regelen i mange tilfeller bli komplisert og uoversiktlig.

Enhver lovregel som utformes må derfor være et kompromiss av begge disse hensyn. Et av resultatene vil være at en del av lovtolkningen overlates til forvaltningens.

I forhold til § 6-2a finner jeg den materielle utformingen av regelen relativt god. Vilklårene er presist utformet, selv om det også her kan være rom for tolkningstvil. Det må imidlertid være klart at dette vil være tilfellet ved de fleste lovbestemmelser. Føringsen må likevel være at det ved tvangsinngrep må kreves en ekstra presisjon. Jeg vil ikke gå nærmere inn på de materielle vilklårene. Det er heller ikke alene tilstrekkelig rettsgrunnlag for vedtak etter paragrafen at de materielle vilklårene er oppfylt. I tillegg kreves det at forvaltningen utviser et hensiktsmessighetskjønn. Ved å åpne for bruk av skjønn åpner man også for en større grad av uvisshet. Forutberegneligheten blir ikke like stor når en del av avgjørelsesmyndigheten er lagt til forvaltningen. Likevel er dette positivt i den forstand at det gir rom for mer konkret individuell tilpasning. Dette ser vi for eksempel i forhold til de tilfeller hvor tvangsvedtak utløser krav om abort.

I den svenske utredningen var nettopp rettsikkerheten til kvinnen et av de momentene som gjorde at svenskene unnlot å innføre en egen tvangsbestemmelse overfor gravide rusmiddelmisbrukere. Det ble av utrederne funnet vanskelig å skulle utforme bestemmelsen på en slik måte at rettsikkerheten i tilstrekkelig grad ble ivaretatt. Det blir vist til at daværende forskningsresultater ikke sier noe om en nedre grense for når barnet ikke kan bli utsatt for skader. Det eneste sikre er at jo mer alkohol kvinnen drikker og jo lengre misbruket varer ut i svangerskapet, desto større er sjansen for fosterskader. Det fremheves også at det i forhold til misbruk av narkotika foreligger enda mindre informasjon om hvilket kvantum som medfører skader. Konklusjonen blir følgende:

”Det är under dessa förhållanden svårt att i lag ange förutsättningarna för ett ingripande till skydd för det ofödda barnet. En tvångslag förutsätter att kriterierna för ingripandeklart kan anges. Om så inte kan ske leder lagen till rättsosäkerhet och kan medföra en otrygghet och rädsla för obehörig ingripanden”.

Sett i forhold til den norske lovforberedelsen er dette et moment som er viktig. Utredningen om hvilke konsekvenser rusmiddelmisbruk hadde på fosteret ble ledet av overlege Rolf Lindemann. Hans konklusjon var⁴⁹:

Det er foreløpig få data som kan angi hvor stort misbruket må være for at barnet skal få skader. Her er det helt sikkert individuelle variasjoner fra kvinne til kvinne, avhengig av hennes evne til å nedbryte/omsette stoffet. Så lenge vi ikke kan forutsi i hvilken grad barnet skades, *må ethvert misbruk kunne anses å føre til varige skader.*” (min uth.)

4.7.3 Prosessuell rettsikkerhet

Prosessuelle regler som knytter seg til saksbehandlingen er sentrale for å ivareta rettsikkerheten til den gravide. Fremgangsmåten når det treffes et tvangsvedtak skal være slik at den i størst mulig grad kan sikre en forsvarlig avgjørelse. I tillegg er det viktig å sikre at kvinnen selv involveres i prosessen. Kapittel 9 i sosialtjenesteloven gir regler om saksbehandlingen i tvangssaker. Ansvar for å treffe tvangsvedtak overfor rusmiddelmisbrukere er etter bestemmelser i dette kapitlet lagt til et eget statlig forvaltningsorgan, fylkesnemnda for sosiale saker, §§ 9-1 og 9-2. Dette organet skal være særlig skikket til å ivareta rettsikkerheten, med bakgrunn i den kompetansen og de kvalifikasjoner medlemmene av denne nemnden innehar. Midlertidige vedtak kan treffes av sosialtjenesten dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli ”vesentlig skadelidende” dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks, jr. § 6-2a femte ledd. Praksis rundt de midlertidige vedtakene vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven. Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for domstolene innen to måneder, og skal behandles etter de særlige reglene i tvistemålsloven kapittel 33, med visse særregler som angitt i sosialtjenesteloven, § 9-10. Spesielt viktig vil reglene i tvml. §§ 478 og 482 være. Etter disse bestemmelsene skal retten ”påskynne saka mest mulig” og domstolen skal innenfor rammen av vedkommende lov ”prøve alle sider av saka”. At domstolen kan prøve alle sider av saken vil være en god sikring av rettsikkerheten til kvinnen. Domstolen har etter bestemmelsen i tvml. full kontroll- og overprøvningsmyndighet. Hvis domstolene ikke

⁴⁹ Ot.prp. 48 (1994-95) s. 25-28 (Lindemannutredningen)

hadde en slik rett til å prøve forvaltningens subsumsjon fullt ut, ville man si at denne kompetansen tillå forvaltningens frie skjønn. Dette ville innebære at domstolen som utgangspunkt ikke kunne underkjenne det standpunkt forvaltningen tok til tvangsvedtaket. Friheten som ligger i forvaltningens frie skjønn kan i så måte sies å være en frihet fra domstolskontroll.

4.7.4 Rettsriktige avgjørelser/Kvalitativ minstestandard

Ståle Eskeland oppstiller et krav om ”kvalitativ minstestandard”, som innebærer at forvaltningsavgjørelser bør tilfredsstille visse kvalitetskrav⁵⁰. Det stilles med andre ord krav til avgjørelsens innhold, ikke bare til rettsordenens innhold som vi har behandlet ovenfor. At det bør stilles visse krav til avgjørelsen er det liten uenighet om. Dette er også blitt slått fast av Høyesterett. I ”Fusa-dommen”⁵¹ kreves det at tjenesteytelsen må holde en viss ”minstestandard”, uavhengig av kommunenes ressursituasjon, for å kunne oppfylle lovens vilkår. Imidlertid er det omdiskutert hvorvidt det kan kalles manglende rettsikkerhet dersom slike ulovfestede krav til materielt innhold ikke oppfylles. Ser vi i forhold til tvangssaker mener jeg det ikke er naturlig å oppstille et slikt krav til rettsikkerheten. De forhold som gjør regelen i sotjl. § 6-2a urimelig eller urettferdig vil etter min oppfatning være en naturlig del av tolkningen av selve reglen. De hensyn som kommer opp under en slik drøftelse vil derfor i stedet ha vekt som reelle hensyn ved tolkningen av både loven og forskrifter, og ikke som et eget rettsikkerhetskrav.

4.7.5 Rettskrav på tvang

Søvig stiller i sin bok⁵² spørsmål om nødvendig tvangsbruk kan anses som en sosial rettighet. Det vil si om samfunnet har en forpliktelse til å gripe inn overfor individet, om nødvendig med tvang, når samfunnsmedlemmet ikke lenger klarer å ta vare på seg selv. Rettighetsbegrepet i sosialretten er tvetydig. Det å ha rett på en ytelse kan innebære forskjellige posisjoner for enkeltindividet. I forhold til sosialtjenesteloven er vanlig å skille

⁵⁰ Ståle Eskeland, Fangerett s.57-106

⁵¹ Rt. 1990 s. 874

⁵² Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere: sotjl. § 6-2a

mellom de ytelser som den enkelte har rettskrav på å få, og de tilfeller hvor man må konkurrere om knappe ressurser. Dersom borgeren har et rettskrav på en bestemt ytelse medfører dette en forpliktelse for forvaltningen å erlegge denne ytelsen dersom individet tilfredstiller visse vilkår som er oppstilt. Manglende eller for små bevilgninger over offentlige budsjetter kan ikke godtgjøre manglende ytelse. Individet står i en rettighetsposisjon. For at det skal foreligge et slikt rettskrav på en bestemt ytelse må dette klart fremgå av skrevne lovregler. I forhold til retten til begrensede goder foreligger det en konkurranse situasjon. Den enkelte må konkurrere med andre om samme godet. Individet har med andre ord ikke et ubetinget krav på ytelse. Ressurssituasjonen påvirker det tilbudet som kan gis. Etter sosialtjenesteloven er det gitt et rettskrav på hjelp for dem som ikke kan dra omsorg for seg selv jfr. § 4-3, og rettskrav på stønad til livsopphold jfr. § 5-1. I forhold til rusmiddelmisbrukernes rett til hjelpetiltak innebærer ikke dette en rettighetsposisjon.

Jeg tror Søvig`s tanke vil være å trekke linjen noe langt. Først og fremst ville det her være mer naturlig å stille som et rettsikkerhetskrav at rusmiddelmisbrukere skal ha en rett til behandling. Slik rusmiddelomsorgen i dag er lagt opp kan man ikke si at denne gruppen har et rettskrav på hjelp. Ressurssituasjonen påvirker hvilket tilbud som gis. De står ikke i en slik posisjon at de kan stille bestemte krav til sosialtjenesten utover de ytelsene som alle har rettskrav på, for eksempel stønad til livsopphold etter § 5-1. Å gå nærmere inn på denne problemstillingen vil jeg ikke gjøre. Rusmiddelmisbrukeres rett til behandling vil i utgangspunktet være en så omfattende drøftelse at det i seg selv kan være tema for en egen avhandling. Jeg tror også at et rettskrav på tvang vil virke noe unaturlig.

Tvangsbestemmelsen føles for mange av de gravide rusmisbrukerne som en straff, det er en uønsket situasjon de kommer i. En rettighetsposisjon er i utgangspunktet en positiv stilling. Den viktigste fordelen med et rettighetssystem er at borgerne får vite konkret hva de har å forholde seg til og at de slipper å underkaste seg forvaltningens skjønnsutøvelse mht. behov, verdighet og lignende. Et rettskrav på tvang vil ikke ha en slik virkning. Tvang etter § 6-2a innebærer i utgangspunktet en sterk begrensning i kvinnen selvbestemmelsesrett, og et rettskrav på tvang vil ikke styrke hennes posisjon. Det vil også kunne oppstilles to subjekter i en slik rettighetsposisjon; fosteret og moren. Rettighetsbegrepet vil da være noe

forskjellig for disse. Jeg tror også et viktig spørsmål å stille må være hvordan en slik bestemmelse vil virke i praksis. Er det trolig at en gravid rusmiddelmissbruker selv vil påberope seg en slik rettighet? Jeg tror dette i stor grad vil være et motivasjonsspørsmål. Et rettskrav på tvang vil være positivt for de som ønsker seg en institusjonsplass. Men hvor står vi så igjen med det frivillige tilbudet? Hvordan skal tvang og frivillighet balanseres opp mot hverandre? Vil et rettskrav på tvang til slutt bare ha funksjon som et erstatningsgrunnlag mot staten i de tilfeller hvor sosialtjenesten ikke har grepet inn? Søvig stiller seg i sin doktoravhandling⁵³ noe skeptisk til at tvang skal være en rettighet for borgerne, men mener at det i visse tilfeller må være mulig. Jeg tror det vil være vanskelig å oppnå gode resultater ved å oppstille et rettskrav på tvang for gravide etter § 6-2a. Etter min oppfatning vil derfor dette ikke være en aktuell rettsposisjon.

4.8 Vern av fosteret med hjemmel i sotjl. § 6-2 og LVM § 4

4.8.1 Fosterets vern etter sotjl. § 6-2 og LVM § 4

Et spørsmål man kan stille seg er hvorvidt det er hensiktsmessig å ha en egen bestemmelse om tvang overfor gravide rusmisbrukere; oppnår man mer enn det man ville oppnådd med hjemmel i sotjl. § 6-2 eller LVM § 4? Er § 6-2a er mer egnet for å verne fosteret?

De kvinnene som det til nå er iverksatt tvangsvedtak overfor, etter sotjl. § 6-2a, er i hovedsak kvinner med store misbruksproblemer. Flerparten er narkomane med et hverdagsmisbruk. Når moren har et misbruk av en slik art at det er ”overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade”, jf. sotjl. § 6-2a, vil det være naturlig at hun også har et slikt ”omfattende og vedvarende misbruk” at hun utsetter sin egen ”fysiske og psykiske helse for fare” som er vilkår for innleggelse etter sotjl. § 6-2. Realiteten er derfor at de fleste mødre også kunne ha vært innlagt etter sotjl. § 6-2.

⁵³ Tvang overfor rusmiddelavhengige - sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3

Dette er et poeng i den svenske utredningen, og en av grunnene til at Sverige velger å beholde sin lovgivning som den er. Det sies i utredningen⁵⁴:

”Om en gravid kvinne är så beroende av alkohol eller narkotika att hon inte kan sluta trots innsikt om riskerna för det väntade barnet kan man som regel utgå från att hon är i trängande behov av vård för egen del för att komma från sitt missbruk. Hon torde till följd av missbruket utsätta sin fysiske eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller också torde det kunna befaras att hon kommer att allvarligt skada sig själv. Förutsättningarna för vård enligt LVM skulle altså vara uppfyllda i dessa fall.”

For å få en oversikt over hvorvidt LVM i noen måte ble benyttet for å beskytte det ufødte barnet, gjorde utredningen en undersøkelse blant samtlige länsrätter i Sverige⁵⁵. De spurte her om det ved länsrättene – ved bedømmelsen av om det forelå tvangsbehov etter LVM – hadde forekommet tilfeller hvor det hadde blitt tatt hensyn til at kvinnen var gravid og den risiko dette medførte for fostret. Av svaret fremgikk det følgende: Fire länsrätter hadde hatt et tilfelle, og en länsrätt to tilfeller, hvor kvinnen var gravid ved spørsmål om vedtak om tvang. Bare i to tilfeller hadde länsrätten ved sin bedømmelse av tvangsbehovet tatt særskilt hensyn til at kvinnen var gravid. I et av disse tilfellene var det likevel kvinnens eget behov som hadde vært avgjørende.

I år 2001 ble 18 gravide kvinner tvangsinnlagt etter LVM i Sverige⁵⁶. I Norge ble det samme året innlagt 12 kvinner etter sotjl. § 6-2a, jf. Søvig⁵⁷.

4.8.2 Graviditet ikke et vilkår for tvang

Etter sotjl. § 6-2 (eller LVM § 4) er graviditet ikke et vilkår for å treffe vedtak om tvang. Dersom kvinnen velger å ta abort vil hun fremdeles kunne bli tvangsinnlagt av hensyn til sin egen helse. At kvinnene vil la være å oppsøke helsevesenet av frykt for å bli

⁵⁴ SOU 1987:11 s. 85

⁵⁵ SOU 1987:11 s. 60

⁵⁶ SOU 2004:3 s.253

⁵⁷ Etter sosialdepartementets tall var det 13 kvinner jfr. SOU 2004:3 s.257

tvangsinnlagt eller at de fremsetter krav om abort ved trussel om tvangsinnleggelse vil miste sin betydning. Abort tar ikke bort tvangsgrunnlaget. Dersom hjemmel for vedtak var sotjl. § 6-2, ville fosteret i utgangspunktet kunne ha et bedre faktisk vern. Flere fostre kunne bli spart ved at abort ikke ”løste” tvangsproblemet for kvinnen.

4.8.3 Problemer knyttet til disse bestemmelsene

Det største problemet knyttet til sotjl. § 6-2 og LVM § 4 er tidsperspektivet. Etter disse bestemmelsene kan kvinnen bare holdes tilbake i henholdsvis 3 og 6 måneder. Etter sotjl. § 6-2a kan kvinnene holdes tilbake hele svangerskapet. For svenskene er dette et særlig problem med tanke på at de har en selvbestemt abortgrense på 18 uker, jf. abortlagen (1974:595) § 1. For at tvangsbestemmelsene skulle vært effektive måtte det vært adgang til å tvanginnlegge for en lengre periode. Slik reglene er på nåværende tidspunkt gir de ikke god nok beskyttelse for fosteret.

4.9 SOU 2004:3

Når svenskene i SOU 2004:3 evaluerte sin LVM-lov foretok de også en gjennomgåelse av vår tvangsparagraf overfor gravide rusmiddelmissbrukere. Flere av de problemene vi har opplevd i Norge ved praktiseringen av sotjl. § 6-2a trekkes frem. Det fremheves at bestemmelsen i første rekke har vært benyttet overfor kvinnelige narkomane til tross for kunnskap om at bruk av alkohol medfører en større skaderisiko, at antall tvangsinnleggelser er lavt og variasjonene mellom de ulike fylkene er store, at det ikke foreligger noen sikker kunnskap med hensyn til om kvinner unnlater å oppsøke hjelpeapparatet/helsevesenet på grunn av frykt for tvangsinnleggelse, og at tvangsinnleggelsene ofte iverksettes sent i svangerskapet med den effekt at fosteret allerede kan være utsatt for en betydelig risiko. Utredningen finner videre at det ikke har skjedd slike endringer i Sverige at det kan begrunne en lovendring, og viser i hovedsak til de argumenter mot en egen lovbestemmelse overfor gravide som ble fremhevet i SOU 1987:11.

5 Oppsummering

5.1 Sammenligning av norsk og svensk lovgivning

Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å belyse de forskjellige hensyn for og imot en egen tvangsbestemmelse overfor gravide. I Norge har vi valgt å innføre en slik bestemmelse til tross for flere betenkeligheter knyttet til både utformingen av en slik regel og virkninger av bestemmelsen. I Sverige har man valgt motsatt løsning. Årsakene til dette er flere. Begge land har som utgangspunkt at et foster påføres betydelige skader ved misbruk av rusmidler under svangerskapet, og at dette utgjør et samfunnsproblem. Likevel viser utredningene at det er knyttet flere problemer til å gjøre graviditet til en egen indikasjon ved tvangsinnleggelse. I den svenske utredningen er det spesielt rettsusikkerheten en slik bestemmelse kan medføre, og risikoen for at kvinnene unnlater å oppsøke helsevesenet, som gjør at de velger å beholde tvangslovgivningen uendret. De legger til grunn at en endring i lovverket vil oppnå mindre, og medføre større skader enn det som vil være tilfellet ved å beholde lovgivningen slik den er. Det skal i stedet satses videre på at det frivillige hjelpetilbudet vil være med å redusere problemet. I Norge velger man å beskytte fosteret gjennom en tvangslovgivning. Til tross for de negative effektene anser man at fosteret gis et bedre vern gjennom en slik lovgivning. Det tas også utgangspunkt i at en satsning på det frivillige tilbudet vil avhjelpe noen av de utilsiktede virkningene.

Frivillighet har vært et stikkord gjennom hele oppgaven. Både i Norge og Sverige har det vært ansett som en optimal løsning dersom problemet kunne avhjelpes uten tvang. Men, som det påpekes i den svenske utredningen, vil disse kvinnene ofte befinne seg i en tvangslignende situasjon allerede. Deres liv er styrt av rusmisbruket. Jeg finner det påfallende at svenskene med dette som utgangspunkt likevel satser så ensrettet på hjelpetilbudet. En slik uttalelse innebærer nettopp at kvinnen selv ikke er i stand til å ta dette valget. Kvinnene har ikke noe ønske om å skade fosteret, men det er en konsekvens

av det livet de lever. Et ønske om å leve annerledes er ikke tilstrekkelig for fosteret, dette ønske må omsettes i handling for å få betydning.

5.2 Forholdet til sotjl. § 6-2

Hvorvidt det har vært hensiktsmessig å innføre en egen bestemmelse om tvang overfor gravide er usikkert. Med tanke på hvilke kvinner det er blitt iverksatt vedtak overfor, hovedvekten har vært tungt belastede narkomane, tror jeg kanskje at man kunne oppnådd like mye med hjemmel i sotjl. § 6-2. Dette forutsetter at man hadde valgt å utvide lengstetiden for innleggelse, selvsagt kombinert med en plikt til minst hver tredje måned å vurdere hvorvidt det fortsatt forelå grunnlag for tilbakeholdelse, slik regelen jo er i sotjl. § 6-2a. Slik regelen i sotjl. § 6-2 er nå, vil kvinnen fortsatt kunne vært gravid når tvangsvedtaket gikk ut.

Den svenske lovgivningen ville etter denne løsningen være tilnærmet lik vår. De har jo nettopp valgt å gjøre vedtak om tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere, med hjemmel i LVM § 4.

5.3 Avsluttende bemerkninger

Det er utvilsomt knyttet mange problemer til regelen i sotjl. § 6-2 a. I den Svenske utredningen peker man på en rekke faktorer som gjør at vi må stille et spørsmålstegn ved om det var riktig å innføre en slik bestemmelse. Først og fremst vil kritikken ha sin grobunn i de ulike usikre virkningene bestemmelsen har. Vi har fremdeles en lang vei å gå. I tillegg må man gå nærmere inn på hvordan regelen praktiseres. Et problem Søvig fremhever er at det gjennom innføringen av tvangsbestemmelsen virker som samfunnet tar problematikken på alvor, mens det fremdeles er flere ting som må rettes opp. Dette er jeg enig i. Bestemmelsen kan lett bli en slags ”sovepute”. Jeg finner det kritikkverdig at Stortinget ikke har gjennomgått effekten av bestemmelsen grundigere. Det at Sverige finner grunn til å ikke innføre en slik bestemmelse burde være et ekstra insentiv til

myndighetene i så måte. Det foreligger heller ingen undersøkelser av hvilke skader et barn født av en tvangsinnlagt kvinne har, og i hvilken grad dette har påvirket barnet de første leveårene. Dette burde vært gjort for å få et bedre overblikk over hvilken effekt bestemmelsen i realiteten har.

Kilderegister

Offentlige utredninger:

Norge:

NOU 1985:18 - Lov om sosiale tjenester m.v.

Ot.prp. nr 48 (1994-95) - Om lov om endring i lov om sosiale tjenester m v og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon)

Innst. O. nr. 68 (1994-95) – Innstilling fra sosialkomiteen i lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon)

Høringsnotat § 6-2a – Det kgl. Sosial- og helsedepartement. Høring: Endringer i lov om sosiale tjenester – Innleggelse og tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere i institusjon med og uten eget samtykke. Datert 8. feb.1995.

Lindemannutredningen – Brev av 2. januar fra overlege dr. med. Rolf Lindemann, Ullevål Sykehus, til Statens helsetilsyn. Inntatt som vedlegg til Ot.prp. nr.48 (1994-95)

Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere etter sotjl. §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Utgitt av Sosial- og helsedepartementet i 1999.

Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe. Utgitt av Sosial- og helsedepartementet i 2005.

Sverige:

SOU 1985:11 Skydd för det väntade barnet. Åtgärder vid missbruk m.m under graviditet.

SOU 2004:3 Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll og eftervård.
Betänkande av LVM-utredningen.

Litteraturliste:

Andenæs, Johs. *Statsforfatningen i Norge*. 8.utg. Oslo, 1998.

Eckhoff, Torstein. *Rettskildelære*. 5.utg. ved Jan E. Helgesen. Oslo, 2001.

Eckhoff, Torstein. *Forvaltningsrett*. Eivind Smith. 6.utg. Oslo, 1998.

Eskeland, Ståle. *Strafferett*. Oslo, 2000.

Eskeland, Ståle. *Fangerett*. Oslo, 1999.

Fekjær, Hans Olav. *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo, 2004.

Flaaterud, Stian. *Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere – noen erfaringer og synspunkter fra ansatte i sosialtjenesten*. Skien. Borgestadklinikken, 2000.

.Husabø, Erling Johannes. *Rett til sjølvvalt livsavslutning?* Oslo, 1994.

Kramås, Petter. *Tvang, makt og forsvarlighet. Juridiske etiske og faglige sider ved sotjl. kap. 6a*. Lars Gunnar Lingås, Jan Skjerve. Oslo, 1999.

Kjønstad, Asbjørn. *Velferdsrett 1. Grunnleggende rettigheter. Rettsikkerhet. Tvang*. Aslak Syse. Oslo, 2001.

Kjønstad, Asbjørn. *Velferdsrett 11. De sosiale tjenestene*. Aslak Syse. 2.utg. Oslo, 2003.

Rasmussen, Ørnulf. *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet*. Ålesund 1997

Sandvig jr., Anders. *Tvang i Tyrili. En undersøkelse av plasseringer etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2 og 6-2a i perioden 1995-1999*. Oslo, 2000.

Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten.

Asbjørn Kjønstad...[et al.]. 2.utgave. Bergen, 2000

Sosialrett. Andenæs, Kristian... [et al.].6.utg. Oslo, 2003.

Solberg, Berge. *Er fosterdiagnostikk sortering av liv? I: P2 – akademiet*. Bind XXX111.

Oslo, 2005. s.141

Syse, Aslak. *Abortloven. Juss og verdier*. Oslo, 1993.

Syse, Aslak. *Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmete. Rettigheter, vern og kontroll som rettslige virkemidler*. Oslo, 1995.

Søvig, Karl Harald. *Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere - sotjl. § 6-2a*. Oslo, 1999.

Søvig, Karl Harald. *Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*.

Bergen, 2004.

Tranøy, Knut Erik. *Medisinsk etikk i vår tid*. 3.utg. Bergen, 1999.

Tranøy, Knut Erik. *Medisinsk etikk i vår tid*. Søreidgrend, 1991.

Welle-Strand, Gaberiel. *Tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. En evaluering fra akuttinstitusjonen Ullevål 1.194-30.4.98.* Oslo, 1998.