

Tvangsbehandling af gravide rusmiddelbrugere – norske erfaringer

Meget tyder på, at tvangslove ikke forhindrer helbredsskader hos børn. Den norske lov er på 13. år ikke evalueret, så man ved ikke om den har den ønskede effekt for mødre og børn.

AF KARL HARALD SØVIG

Siden 1996 har Norge haft en lovgivning, der har gjort det muligt at tvangsindlægge gravide kvinder med et rusmiddelbrug, som kan skade det kommende barns helbred. Bestemmelsen er - så vidt jeg ved - særnorsk, uden paralleller i andre europæiske lande. De sidste år har der imidlertid været diskussioner i flere af de andre nordiske lande om at indføre lignende tvangsregler. Formålet med dette bidrag er at give en oversigt over det norske regelsæt og praktiseringen af det.

Norsk lovgivning

I Norge er både frivillige tiltag og tvangsindlæggelse over for borgere med et problematisk højt forbrug af rusmidler samlet i socialtjenesteloven (Lov om sociale tjenester af 13. december 1991 nr. 81 kap.6). Socialtjenestelovens kap. 6 indeholdt oprindeligt to bestemmelser, som indebar tvangstiltag. For det *første* § 6-2, som giver hjemmel til tvangsindlæggelse i indtil tre måneder for personer, som har et omfattende og vedvarende misbrug af rusmidler, og som derfor udsætter eget helbred for fare. For det *andet* § 6-3, som giver mulighed for tilbageholdelse på grundlag af patientens eget samtykke ('aftalt' eller 'odysseisk tvang'). Efter en omfattende samfundsdebat - og flere forkastede lovforslag - vedtog Stortinget i 1995 en *tredje* tvangsbestemmelse - § 6-2a - som giver hjemmel til tvangsindlæggelse af gravide rusmiddelbrugere, så længe svangerskabet varer. Bestemmelsen trådte i kraft den 1. januar 1996.

Værdimæssige spændingsfelter

De etiske eller værdimæssige argumenter, der er knyttet til tvangsindlæggelse, kan deles i to kategorier: *ideologiske* (knyttet til grundværdier som autonomi og beskyttelse af fosteret) og *pragmatiske* (knyttet til effekten af eventuel brug af tvang). En undergruppe af denne sidste argumenttype er eventuelle utilsigtede virkninger af tvangsbestemmelser.

Udgangspunktet for den videre diskussion er, at gravide - som alle andre borgere - har ret til selvbestemmelse (autonomi). Skal denne grundrettighed have betydning ud over festtalerne, må den også inkludere retten til at træffe valg, som samfundet misbilliger. Samtidig er den aktuelle persongruppe speciel, ved at selvbestemmelsesevnen er reduceret som følge af

afhængighedstilstanden. Dertil kommer, at adfærden kan indebære en risiko for fosteret. På andre områder har samfundet opsat regler med sigte på at hindre, at medborgere påfører hinanden alvorlig helbredsskade, for eksempel gennem regler om tvangsindlæggelse inden for det psykiatriske behandlingssystem og strafferetlig nødværge. Set fra denne vinkel har samfundet gode grunde til at gribe ind over for gravide kvinder med et højt rusmiddelforbrug.

Samtidig er relationen mellem kvinden og fosteret på alle måder speciel. Det er vanskeligt at trække paralleller til andre situationer, hvor der er interessekonflikt mellem forskellige samfundsborgere, og her står muligheden for abort centralt. I den periode, hvor kvinden – enten efter ansøgning eller efter eget ønske – kan stoppe fosterets videre udvikling, er fosteret uden retslig beskyttelse, når det gælder retten til liv. Samtidig er fosteret beskyttet gennem andre regler, for eksempel i form af en erstatningsretslig beskyttelse for skader påført under svangerskabet og gennem strafferetlige regler om fosterdrab. Fosteret står dermed i en særstilling (Hermann 2008), hvor retsbeskyttelsen både er graderet og relativ. Formålet med tvangsindlæggelse er at forhindre negative helbredskonsekvenser på *barnet*, som skal vokse op. Dermed er der større grund til at trække parallellen til børns retsstilling, for så vidt angår skader påført under svangerskabet, end til fosterets manglende beskyttelse mod moderens valg af abort. Samtidig er situationen speciel ved, at fosteret er inde i moderens krop, og man kan ikke uden videre sammenligne med situationer, hvor andre end moderen udsætter det kommende barn for en retsstridig risiko.

Utilsigtede virkninger

Når det gælder utilsigtede virkninger af tvangsbestemmelsen, har to forhold stået i fokus: *øget forekomst af aborter* for at undgå tvangsindlæggelse og frygt for, at gravide med et højt rusmiddelbrug *undlader at opsøge hjælpeapparatet* (socialtjeneste og sundhedspersonale), fordi de er bange for at blive tvangsindlagt. På individniveau er der rapporteret om, at kvinder har valgt abort efter tvangsindlæggelse, men på gruppeniveau er der kun lidt, der tyder på, at de årlige norske aborttal er påvirket af indførelsen af § 6-2a.

Samtidig med, at Stortinget vedtog § 6-2a, blev også reglerne om tavshedspligt ændret, så sundhedspersonale og andre udvalgte grupper nu har oplysningspligt 'af egen drift' til socialtjenesten (se bl.a. Lov om sundhedspersonale af 2. juli 1999 nr. 64 § 32). Hvorvidt gravide undlader eller udsætter at opsøge læge eller andre dele af hjælpeapparatet er vanskeligt at undersøge. Der findes ikke statistik eller undersøgelser knyttet til problemstillingen. Formentlig vil der være variationer mellem forskellige grupper, og en generel erfaring er, at kvinder med højt alkoholforbrug i mindre grad end deres narkotikabrugende søstre opsøger hjælpeapparatet.

For mit eget vedkommende har jeg få ideologiske indvendinger mod den afvejning af de krydsende interesser mellem kvindens ret til selvbestemmelse og det kommende barns beskyttelse mod helbredsskader, som Stortinget foretog ved at vedtage § 6-2a. Mine indvendinger er af pragmatisk art, og jeg kommer afslutningsvis tilbage til refleksioner, som er knyttet til tvangsreglernes effekt.

Vilkår for tvangsbehandling

§ 6-2a opererer med fem vilkår for tvangsindlæggelse:

Det *første* vilkår er, at kvinden er rusmiddelmisbruger (og gravid). Vilkåret stiller krav til både arten (for eksempel omfattes tobak ikke) og til omfanget.

For det *andet* må rusmiddelforbruget føre til en negativ helbredskonsekvens for fosteret. I modsætning til departementets oprindelige forslag kræver bestemmelsen ikke, at skaden må være kvalificeret ('væsentlig' eller lignende).

For det *tredje* sætter lovtæksten et krav op om virkningsammenhæng mellem rusmiddelmisbruget og den negative helbredskonsekvens, nedfældet i vilkåret 'overvejende sandsynligt'. Sprogligt set er formuleringen lidet træffende. Tillægget om 'overvejende' tilføjer ikke ordet 'sandsynlighed' et kvalificerende element, selv om dette var intentionen fra departementets side (Ot.prp. 48 (1994-95) s. 11). Desuden kan man sætte spørgsmålstegn ved, hvor velvalgt et krav om kvalificeret sandsynlighed er, al den stund fosteret må bære tvivlsrisikoen?

Det *fjerde* vilkår er, at frivillige tiltag skal være utilstrækkelige. En sådan indsnævring af rækkevidden findes i alle tvangsbestemmelser - både i Norge i og andre nordiske lande, enten eksplicit eller indfortolket - men den rejser særlige udfordringer når det drejer sig om gravide. Mens tiltagene afprøves, eksponeres fosteret ofte for ruspåvirkning, og det er vanskeligt både etisk og i en praktisk hverdag at sige, hvornår 'nok er nok'.

Det *femte* vilkår er et krav om skønsmæssig helhedsvurdering. I modsætning til i Sverige, hvor länsretten 'skal' træffe tvangsafgørelse om, hvorvidt de materielle vilkår er indfrie, har det norske 'fylkesnævn' (se nedenfor) en skønsmæssig kompetence, nedfældet i lovens vilkår 'kan'. I praksis spiller dette vilkår kun en lille rolle, og kun i ganske få tilfælde vil det være aktuelt at lade være med at træffe en beslutning om tvang, hvis de øvrige materielle vilkår er opfyldt.

Den ordinære sagsgang er, at beslutningen om tvang træffes af 'fylkesnævnet for børneværn og sociale sager'. Nævnet er et statsligt, uafhængigt forvaltningsorgan på 'fylkesniveau', dvs amtsniveau, som tager beslutning efter en proces, der ligger tæt op ad en civil rettergang. Alle sager om tvangsfjernelse efter børneværnsloven og tvangsbehandling af gravide misbrugere efter socialtjenesteloven skal behandles af fylkesnævnet. Nævnet består af en nævnsformand (statsligt ansat), to sagkyndige (psykologer, pædagoger eller socialrådgivere med lang erfaring) og to udnævnte lægmænd (tilfældigt udvalgt som med domsmænd i retssystemet). Begge parter - dvs kommunen og den anden part, kvinden - møder med sin advokat. Nævnet træffer normalt beslutning efter at have holdt et mundtligt forhandlingsmøde. Den tabende part har ret til at anke, og i disse tilfælde går sagen ind i det ordinære retssystem. Eftersom en sådan sagsbehandling nødvendigvis tager tid, åbner § 6-2a for, at socialtjenesten i akutte situationer kan træffe en midlertidig afgørelse, som skal godkendes af formanden for udvalget. Både lovtæksten og lovforslagets bemærkninger præciserer, at midlertidige beslutninger skal være en snæver undtagelsesregel, men denne behandlingsmåde er i praksis blevet hovedreglen, jf. figur 1.

Hvad ved vi om brugen af § 6-2a?

I Norge findes der ingen central statistik knyttet til brug af tvangsbestemmelserne i socialtjenesteloven. I forbindelse med mit doktorgradsprojekt indsamlede jeg samtlige beslutninger, som socialudvalgene har truffet efter ordinær sagsbehandling i henhold til § 6-2a i perioden 1996-2003. I det følgende vil jeg præsentere nogle data fra denne undersøgelse, suppleret med materiale, som jeg har indsamlet fra fylkesnævne vedrørende senere perioder. For god ordens skyld gør jeg opmærksom på, at tal for 2004 og fremover er uofficielle, og at jeg foreløbig heller ikke har kvalitetssikret dem. I forbindelse med lovvedtagelsen anslog departementet, at § 6-2a ville være aktuel i ca. 10 tilfælde om året. Denne angivelse var mere ment som et estimat end et måltal, men erfaringen indtil nu har vist, at bestemmelsen bruges langt hyppigere end anslået. (Se figur 1). Som det fremgår af talmaterialet, er midlertidige afgørelser den fremgangsmåde, som følges i praksis, til trods for lovgivers forudsætning om, at dette skal være en snæver undtagelsesregel. Så længe der er flere ugers sagsbehandlingstid i fylkesnævnet, har man i praksis fundet en tillem্পning, som efter mit skøn er etisk forsvarlig, men lovgivningen bør ændres og tage højde for, at denne type sager altid er hastesager. Dermed må lovgiver enten gribe ind for at reducere sagsbehandlingstiden i ordinære sager efter § 6-2a - eller gøre midlertidige afgørelser til lovens hovedregel.

Af i alt 108 sager efter § 6-2a, rejst efter ordinær sagsbehandling i perioden 1996 – 2003, fik socialtjenesten medhold i 100 af begæringerne om tvangsindlæggelse. Oversigten i figur 2 viser, hvilke typer rusmidler de kvinder, som blev begæret tvangsindlagt, havde.

For fuldstændighedens skyld har jeg medtaget statistik om afgørelser efter § 6-2 (for perioden 1993-2003). Tallene viser, at de tvangsindlagte kvinder hovedsageligt bruger opiater, hvilket normalt vil sige injektion af heroin. Derudover er der mange, der bruger lægemidler (benzodiazepiner), som stort set ikke er udskrevet af en læge. Tilsvarende fund er gjort ved undersøgelser blandt de kvinder, som bliver indskrevet på institution efter § 6-2a, og som dermed også inkluderer midlertidige afgørelser (Hansen & Svenkerud 2006).

Fosterets eksponering for rusmidler

Det medicinske fagmiljø har en enig opfattelse af, at alkoholindtagelse er farligere for fosteret end narkotikabrug på grund af alkoholens påvirkning af organdannelsen. Tillige er alkoholbrug mere udbredt blandt gravide end narkotikabrug. Selvom det er en fordel for fosteret, hvis moderen nedsætter sit narkotikabrug som følge af en tvangsindlæggelse, så har bestemmelsen i § 6-2a begrænset betydning for det, som i et samfundsperspektiv har størst skadepotentiale, nemlig alkoholforbruget. Jeg har ikke haft mulighed for at lave analyser af forskellige forklaringer på denne skævvridning, men antagelig er årsagsbilledet sammensat og komplekst. Ét element kan være, at kvinder med et alkoholdomineret forbrug i større grad er ukendte for det sociale system end kvinder, som bruger opiater/benzodiazepiner, mens en anden faktor kan være, at opiatbrug for mange intuitivt fremstår som værre for fosteret end alkoholbrug.

Jo tidligere samfundet griber ind gennem tvangsindlæggelse, jo længere periode vil fosteret være uden eksponering for rusmidler. Tidlig intervention øger derfor sandsynligheden for, at tvangsbehandling opnår den ønskede effekt. Samtidig er det en udfordring for samfundet tidligt at

identificere de kvinder, som er i målgruppen for bestemmelsen, og disse skal desuden først motiveres for forskellige former for frivillige tiltag. I perioden 1996 til 1999 var der i gennemsnit 84 dage til termin, da fylkesnævnet traf sin midlertidige afgørelse, mens tallet var steget til 114 i perioden 2000 til 2003 (Søvig 2007:398). I samme periode har der også været et fald i sagsbehandlingstiden i fylkesnævnene, det vil sige tiden fra nævnet får kendskab til, at kvinden er gravid og rusmiddelbruger, og til de træffer en midlertidig afgørelse. Disse tal tyder på en udvikling i retning af, at fylkesnævnene griber noget tidligere ind, men uanset hvad vil det være vanskeligt at gribe ind så tidligt, at fosteret kun får en beskedent ruspåvirkning.

Tvang og samtykke

Som tidligere nævnt var mange instanser skeptiske i forhold til at indføre tvangsbestemmelser af frygt for, at gravide med højt rusmiddelbrug skulle undlade at opsøge hjælpesystemet. Et overraskende fund ved gennemgangen af fylkesnævnenes afgørelser om tvangsindlæggelse var, at i 45 % af de sager, hvor der forelå oplysninger om dette, havde den gravide selv opsøgt det sociale system (Søvig 2007:114). En mulig forklaringsfaktor kan være, at kvinder med et opiattdomineret forbrug i stor udstrækning har løbende kontakt med det sociale system og derfor let fanges op. En anden indikator på, at bestemmelsen har en vis legitimitet – også blandt dem, som udsættes for tvangsindlæggelse – er frekvensen af samtykke. De norske regler praktiseres således, at fylkesnævnene også kan træffe afgørelse om tvangsindlæggelse i de tilfælde, hvor kvinden erklærer sig enig med beslutningen. I 25 % af de sager efter § 6-2a, som afgøres af nævnene efter ordinær sagsbehandling, erklærer kvindens advokat sig enig med nævnets afgørelse (Søvig 2007:241). Andelen, som samtykker, må ses i sammenhæng med, at kvinderne normalt altid har været tvangsindlagt en vis tid på grundlag af en midlertidig afgørelse og dermed har haft tid til at tænke sig om uden påvirkning af rusmidler. Alligevel er samtykkerefrekvensen højere for sager efter § 6-2, hvor den ligger på 46 %, og hvor anvendelsen af midlertidige afgørelser er lavere.

Hvad med børnene?

I dag foreligger der ingen officiel statistik over, hvordan de efter § 6-2a tvangsindlagte kvinders nyfødte børn har det. Derimod har Egil Nordlie (i Social- og Helsedirektoratets ekspert-udredning: Hva er farlig for fosteret?) foretaget en sammenligning mellem de nyfødte børns fødselsvægt i forhold til, om moderen var tvangsindlagt efter § 6-2a eller var frivilligt indlagt på grund af rusmiddelbrug under svangerskabet. Hos de tvangsindlagte kvinders børn var fødselsvægten signifikant lavere (3.027 gram mod 3.366 gram), og både for frivilligt indlagte og tvangsindlagte steg børnenes vægt i takt med opholdets varighed (tallene er refereret i Social- og helsedirektoratets udredning IS-1284 s.73). Samtidig vil de kvinder, som tvangsindlægges, generelt have et højere rusmiddelforbrug end frivilligt indlagte, hvorfor de to grupper ikke er direkte sammenlignelige. En udfordring på feltet er, at den mest nyttige forskning fra et samfundsmæssigt synspunkt vil være etisk uholdbar. Dermed vil det være vanskeligt at få gode data på, i hvilken udstrækning en tvangsindlæggelse forbedrer helbredet hos de børn, der fødes af denne gruppe mødre.

Har tvang løst problemet?

Som jeg indledningsvist var inde på, er jeg ingen ideologisk modstander af regler om tvangsindlæggelse af gravide med et rusmiddelforbrug, som kan medføre, at børn vokser op med helbredsskader. En sådan lovbestemmelse kan efter min mening være både etisk forsvarlig og nødvendig, men den må i så fald føre til, at denne type skader helt undgås, eller at der i det mindste bliver færre af dem. I den henseende er jeg mere betænkelig.

Da Stortinget vedtog § 6-2a, var lovvedtagelsen ledsaget af løftet om en evaluering. Først i 2008 udbød Helsedirektoratet projektet, og Rokkansenteret har nu fået i opdrag at gennemføre en evaluering af tvangsbestemmelserne i socialtjenesteloven (for god ordens skyld gør jeg opmærksom på, at jeg er medarbejder på projektet). Dog er der fare for, at meget interessant information er forsvundet eller er blevet vanskelig tilgængelig på grund af ventetiden. Systematisk indsamlede data på landsbasis vedrørende kvinder, som har født efter at have været tvangsindlagt, mangler, og Norge står også uden officielle data om, hvordan det går med kvinderne under tvangsopholdet (antal tvangsdøgn, brug af rusmidler m.v.).

Selvom der mangler megen viden, giver de empiriske data, vi har, grund til bekymring. Kun et fåtal af de kvinder, som tvangsindlægges, bruger alkohol, til trods for at alkoholbrug under svangerskabet har større skadepotentiale end narkotika, og at alkoholbrug er langt mere udbredt. Et andet kritisk punkt er mulighederne for tidlig intervention. I princippet kan afgørelser træffes, så snart graviditeten er konstateret, selvom vilkåret om afprøvning af frivillige hjælpeforanstaltninger vil være til hinder for umiddelbar intervention. I praksis vil det imidlertid tage tid, før kvindens graviditet med tilhørende rusmiddelforbrug bliver kendt for det sociale system. Dette er problematisk, når formålet er at hindre skader på indre organer, som dannes tidligt i svangerskabet. Denne udfordring findes der få retslige løsningsmodeller til.

Den måde, hvorpå tvangsregulering og praktiseringen af den i dag foregår, giver også grundlag for diskussioner om forholdet mellem individ- og gruppeniveau. Selv om vi kun har få data, tyder den tilgængelige viden på, at tvangsindlæggelse fører til, at de aktuelle børn har bedre helbred som nyfødte, end de ville have haft, hvis moderen ikke var tvangsindlagt. I et folkesundhedsperspektiv handler det alligevel om få individer. Det er usikkert, hvor stor den positive sundhedsgevinst er, og reglerne er ikke i stand til at få bugt med det, som set i et samfundsperspektiv er den store udfordring: børn født af mødre, som har et overdrevent alkoholforbrug.

På denne baggrund er der grund til at stille spørgsmålstejn ved, om de norske tvangsbestemmelser har fået en tilslørende funktion? Efter at reglerne blev vedtaget, stilnede den samfundsmæssige debat af. Ved at vedtage lovbestemmelsen viste politikerne handlekraft og havde tilsyneladende løst et samfundsproblem, selv om meget tyder på, at tvangsbestemmelsen har begrænset betydning for helbredet hos de børn, der fødes af mødre, som bruger rusmidler under svangerskabet.

FORFATTER

KARL HARALD SØVIG, DR.JUR.

UNIVERSITETET I BERGEN

OM FORFATTEREN

Karl Harald Søvig er ansatt som 1. amanuensis ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Han er desuden gjæsteforsker ved Rokkansenteret i Bergen. I 2005 forsvarede Søvig sin doktordisputats: Tvang over for rusmiddelafhængige. Socialtjenesteloven § 6-2 – 6-3.

Læs mere på www.jur.uib.no/ansatte/JPRKS/DEFAULT.HTML og www.rokkan.uni.no

Oversættelse: Birgitte Jensen

Oversætterens bemærkning: I Danmark taler vi om tvangsbehandling generelt, mens man i Norge skelner mellem tvangsindlæggelse og tvangsbehandling. Tvangsbehandling er et mere vidtrækkende tiltag end tvangsindlæggelse. Førstnævnte indebærer bl.a. en ret til at medicinere imod patientens vilje, hvilket efter det norske regelsæt udtrykkelig er forbudt over for gravide rusmiddelbrugere (men derimod tilladt inden for psykiatrien).

LITTERATUR

Hansen, F. & Svenkerud, S.: Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 1996–2005 . Borgestadklinikken. Skien. 2006.

Herrmann, J. R.: Retsbeskyttelsen af fostre og befrugtede æg: om håndteringen af retlige hybrider. Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København. 2008.

Søvig, K. H.: Tvang over for rusmiddelafhængige. Fagbokforlaget. Bergen. 2007.

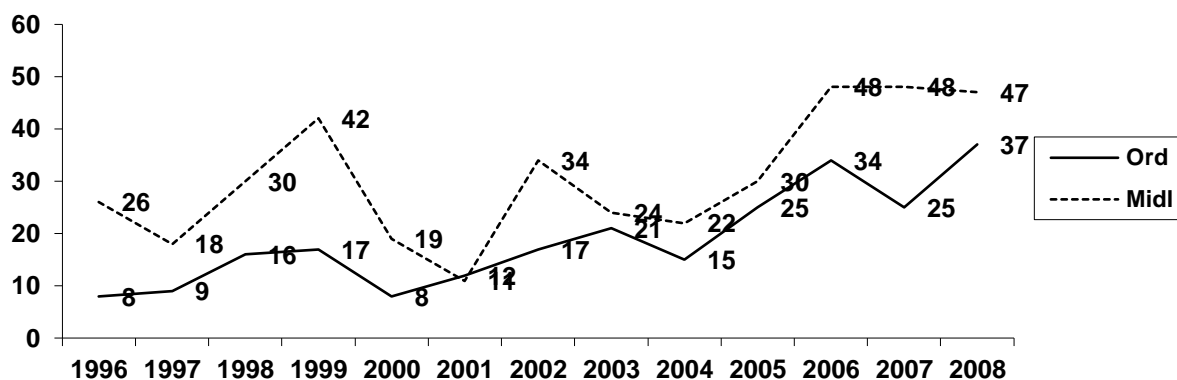
Sosial- og helsedepartementet: Ot.prp. 48 (1994-95) Om lov om endring i lov om sosiale tjenester mv. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon). 1995.

Sosial- og helsedirektoratet: Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe. (IS-1284). 2005.

Lovteksten er tilgjengelig på www.lovdata.no

Figur 1. – Oversigt over antal vedtagelser efter § 6 – 2a, truffet af fylkesnævnet efter ordinær sagsbehandling (Ord) og sager om godkendelse af midlertidige beslutninger truffet af socialtjenesten (Midl). Oversigten viser antallet af afgørelser (ikke antallet af personer). Kvinder, som både har været udsat for en midlertidig beslutning, og som senere er blevet tvangsindlagt af fylkesnævnet efter ordinær sagsbehandling, vil figurere i begge sagstyper. Tallene er baseret på indsamlet materiale.

Figur 1



Figur 2. – Tal baseret på eget indsamlet materiale fra fylkesnævnet (1993-2003), baseret på afgørelser truffet efter ordinær sagsbehandling (Søvig 2007:258). Klassificeringen er foretaget ud fra det forbrug, som fylkesnævnene har lagt til grund for afgørelserne. I de tilfælde, hvor kvinden bruger flere typer rusmidler, er alle talt med.

Figur 2

Substans	§ 6-2 (n=280)		§ 6-2a (n=108)	
	Antal	Procent	Procent	Antal
Alkohol	91	32,5 %	16,7 %	18
Amfetamin	71	25,4 %	40,7 %	44
Benzo- diasepiner	84	30 %	45,4 %	49
Cannabis	39	13,9 %	40,7 %	44
Flygtige opløs- ningsmidler	5	1,8 %	0	0
Hallucinogener	12	4,3 %	2,8 %	3
Kokain	4	1,4 %	1,9 %	2
Opiater	180	64,3 %	63 %	68
Usp.narkotika	28	10 %	1,9 %	2
Usp.medika- menter	52	18,6 %	7,4 %	8
Ikke-narkotiske medikamenter	4	1,4 %	2,8 %	3
Andre	6	2,1 %	4,6 %	5