



Høgskolen
i Innlandet



Grethe Netland, Lorentz Stavrum, Kerstin Söderström

Barnevernets ansvar for det ufødte liv

**-en utredning om meldeplikt, fostervern
og tiltak overfor gravide**

Skriftserien 1 - 2021



Utgivelsessted: Elverum

© Forfatterne/Høgskolen i Innlandet, 2021

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner.
Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for høgskolens syn.

I Høgskolen i Innlandets skriftserie publiseres både internt og eksternt finansierte FoU-arbeider.

Skulptur og forsidefoto: Kerstin Söderström

ISSN: 2535-5678

Trykt utgave: 978-82-8380-241-2

Online utgave: 978-82-8380-242-9

Sammendrag

I 2019 ga Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet Høgskolen i Innlandet i oppdrag å utrede spørsmål knyttet til barnevernets ansvar for det ufødte liv. Spørsmålene dreier seg om hva barnevernet og andre tjenester bør gjøre for gravide kvinner som lever i omstendigheter eller med tilstander som vekker bekymring for fosterets helse og det nyfødte barnets omsorgsvilkår. Utredningen omhandler to hovedspørsmål: Om det bør innføres en adgang eller plikt for helsepersonell til å melde bekymring til barnevernet ved nærmere definerte risikoforhold, og hvilke tiltak som i så fall bør settes inn overfor den gravide.

Bakgrunn

Bakgrunnen for oppdraget er tidligere rapporter og utredningers anbefalinger om nærmere belysning av spørsmålene, samt Stortingets anmodningsvedtak nr. 745 (2015–2016): «Stortinget ber regjeringen vurdere om også pålagte tiltak kan settes inn uten samtykke under svangerskap for å sørge for tidlig hjelp og forebygge omsorgssvikt for nyfødte.»

Kunnskapskilder og innfallsvinkler

Drøftingene og konklusjonene er basert på nasjonale føringer og retningslinjer, forskning og profesjonsutøveres og brukeres erfaringskunnskap. Spørsmålene er belyst og besvart ut fra helsefaglige, barnevernfaglige, etiske og juridiske perspektiver.

Risikofaktorer

Det redegjøres for hvilke omstendigheter og tilstander hos den gravide som eventuelt bør utløse en bekymringsmelding til barnevernet – blant annet psykisk sykdom, vold og psykisk utviklingshemning. Svært ofte er problemene sammensatte og komplekse, der flere risikoforhold er til stede.

Adgang eller plikt til å melde bekymring for det ufødte liv

Det første hovedspørsmålet – hvilke risikoforhold som eventuelt bør utløse en anledning eller plikt til å melde bekymring – er belyst ut fra kunnskap om faregraden ved ulike risikoforhold, og mulige negative og positive konsekvenser av meldeadgang eller -plikt. Konklusjonen er at en eventuell melding må basere seg på et samlet risikobilde. Her inngår forskningsbasert kunnskap om hva som gir direkte eller indirekte fosterskade, og hvilke risikoreduserende

faktorer som er til stede, for eksempel den gravides partner og sosiale nettverk samt hennes motivasjon og kapasitet for endring.

Innføring av meldeplikt eller meldeadgang vurderes å ha både negative og positive konsekvenser. En negativ konsekvens er at melding uten den gravides samtykke griper inn i hennes personvern, autonomi og råderett over egen kropp. En annen er at meldeadgang eller meldeplikt i mange tilfeller vil forstyrre det viktige tillitsforholdet mellom den gravide og helsepersonell. Et svekket tillitsforhold kan i sin tur føre til at hun unndrar seg svangerskapskontroll og helsehjelp.

Positive konsekvenser inkluderer tidlig og behovstilpasset bistand til den gravide og hennes eventuelle partner, og reduksjon av risiko for fosterskade. Tidlig bistand kan føre til at den nyfødte får tilfredsstillende omsorg i egen familie fremfor å bli plassert utenfor hjemmet. Bistand under svangerskapet kan gjøre det mulig å forberede og etablere dialog med den gravide om omsorgsovertakelse like etter fødsel, når et slikt inngrep vurderes som uunngåelig. I disse tilfellene kan en positiv konsekvens være at en potensielt traumatisk akutt hendelse forebygges, og at den gravides rett til deltakelse og forberedelse blir ivaretatt.

Drøftingen av spørsmålet om innføring av meldeadgang eller meldeplikt inkluderer også kunnskapen om at samtykke og frivillighet er det beste utgangspunktet for bistand.

- Ut fra en samlet vurdering av dagens kunnskap om risikofaktorer, avveining mellom heldige og uheldige konsekvenser av meldeadgang eller meldeplikt, og kunnskap om betydningen av frivillighet anbefales det at barnevernets ansvar for det ufødte liv som hovedregel skal baseres på en samtykkebasert melding til barnevernet.
- For de unntakstilfeller hvor fosteret med overveiende sannsynlighet vil bli født med varig skade, anbefales det innføring av en plikt til å melde. Det samme gjelder dersom det er overveiende sannsynlig at det må skje en omsorgsovertakelse like etter fødsel. Dette betyr at terskelen for at meldeplikt utløses, skal være svært høy.

Tiltak

Det andre hovedspørsmålet – hvilke tiltak barnevernet bør sette inn overfor målgruppen, og

hvilke formål tiltakene skal ha – er belyst med utgangspunkt i hvilke tilbud som finnes i dag, og at barnevernets bistand overfor sårbare gravide er en ikke-lovpålagt oppgave.

- Det anbefales at barnevernets bistand til gravide og det ufødte liv gjøres til en lovpålagt oppgave, uavhengig av om kontakten er etablert frivillig eller via meldeplikt. Formålet med tjenestene skal være å redusere belastning og risiko, forberede foreldreskapet og planlegge for barnets beste.
- Det anbefales at barnevernets bistand integreres i en samordnet, tverrfaglig modell for helhetlig ivaretagelse av den gravide / paret og det kommende barnet.
- Barnevernets tiltak overfor målgruppen bør baseres på frivillighet. Den eksisterende tiltaksviften, som for eksempel råd og veiledning, tiltak i hjemmet og opphold for gravide på sentre for foreldre og barn, må tilpasses målgruppen.
- Det anbefales at tvangstiltak som skal avverge tilstander (for eksempel suicidfare) eller omstendigheter (for eksempel grov vold / kroppsskade) som med overveiende sannsynlighet påfører fosteret varig skade, ikke skal ligge til barnevernet, men til tjenester som allerede rår over tvangshjemler i tilfelle fare for liv og helse.

Summary – English

In 2019, The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir) commissioned Inland Norway University of Applied Sciences to investigate issues related to the Child Welfare Service's responsibility for unborn lives. The questions are directed towards what the Child Welfare Service and other services should do with pregnant women who live in circumstances or have conditions that raise concerns about the foetus's health and the new-born child's quality of care. This report deals with two main questions. One is whether health personnel should be given an option or a duty to report concerns to the Child Welfare Service when they identify the presence of defined risk factors. The other considers what measures should be directed towards the pregnant woman if concerns are raised.

Background

The background for the commission comprises previous reports and enquiries' recommendations for further elucidation of these questions, including the Storting's request decision no. 745 (2015–2016): 'The Storting requests the government to evaluate whether imposed measures can also be implemented without consent during pregnancy in order to secure help at an early stage and to prevent the neglect of newborns.'

Perspectives and sources of knowledge

The discussions and conclusions are based on national regulations and guidelines, research, and the experience of both professionals and users. The questions are explained and answered from health-professional, child-welfare-professional, ethical, and legal perspectives.

Risk factors

This report clarifies possible circumstances and conditions regarding the pregnant woman that should possibly initiate a report of concern to the Child Welfare Service – including mental illness, violence, and mental disability. The problems are very often multifaceted and complex, with the presence of several risk factors.

An option or a duty to report concerns for the unborn life

The first main question – which risk factors should possibly initiate an option or a duty to report a concern – has been approached according to the knowledge of the degree of danger with respect to various risk factors, and possible negative and positive consequences that can

result from an option or a duty to report. The conclusion is that any report of concern must be based on an overall picture of the risks. This picture includes research-based knowledge about what causes direct or indirect foetal harm and the risk-reducing factors that are present, such as the pregnant woman's social network and her motivation and capacity for change.

The introduction of an option or a duty to report is considered to have both negative and positive consequences. One negative consequence is that reporting without the pregnant woman's consent interferes with her privacy, autonomy, and right to self-determination over her own body. Another is that an option or a duty to report will in many cases disrupt the important relationship of trust between the pregnant woman and the health personnel. A weakened relationship of trust can in turn lead to the woman's evading pregnancy control and health care.

The positive consequences include early and needs-adapted assistance to the pregnant woman and her partner and a reduction of the risk of foetal harm. Early assistance can lead to the newborn's receiving satisfactory care from the mother and father, which is preferable to being placed outside the home. In rare cases, assistance during pregnancy will also make it possible to prepare and establish a dialogue with the pregnant woman about implementing a care order immediately after birth in circumstances where an intervention is considered inevitable. The objective is to prevent traumatic emergencies, to safeguard the pregnant woman's right to participation and the opportunity to prepare herself, and to safeguard the mother and child in as a gentle manner as possible.

The discussion regarding the introduction of an option or a duty to report also includes the recognition of the knowledge that consent and voluntary cooperation make up the best starting point for assistance.

- On the basis of an overall assessment of current knowledge about risk factors, the balance between positive and negative consequences of an option or a duty to report, and knowledge of the importance of voluntary cooperation, this report recommends that the Child Welfare Service's responsibility for the unborn life be based on a consent-based report to the Child Welfare Service.
- In exceptional cases where the foetus will in all likelihood be born with permanent damage, it is recommended that a duty to report be introduced. The same applies if there is an overwhelmingly probability that a care order will be enforced immediately

after birth. This means that the threshold for initiating the duty to report concerns must be very high.

Measures

The second main question – what measures the child welfare service should have towards the target group, and the purpose the measures should have – is elucidated on the basis of the services that are currently available to the target group and the fact that the Child Welfare Service's assistance to vulnerable pregnant women today is not a legal requirement.

- It is recommended that the Child Welfare Service's assistance to pregnant women and the unborn life be made a legal requirement, regardless of whether the contact has been established voluntarily or by means of a duty to report. The purpose of the services is to reduce the burden and risks, to prepare for parenthood, and to plan for the best interests of the child.
- It is recommended that the Child Welfare Service's assistance be integrated into a coordinated interdisciplinary model for comprehensive care of the pregnant woman / couple and the expectant child.
- The Child Welfare Service's measures towards the target group should be based on voluntary cooperation. The existing range of measures, such as advice and guidance, home-based measures, and stays for pregnant women in centres for parents and children, must be adapted to the target group.
- It is recommended that coercive measures to prevent conditions (e.g., danger of suicide) or circumstances (e.g., serious violence / bodily injury) which in all probability would inflict permanent damage to the foetus should not be left to the Child Welfare Service, but to services that are already authorized to implement coercive measures in cases of danger to life and health.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
SUMMARY – ENGLISH	4
1 INNLEDNING	9
1.1 OPPDRAG.....	9
1.2 UTREDNINGENS HOVEDTEMAER.....	11
1.3 UTREDNINGENS KAPITLER	14
1.4 ANBEFALINGER – SAMMENDRAG.....	15
1.4.1 <i>Anbefaling om frivillighet og samtykke som hovedregel</i>	15
1.4.2 <i>Anbefaling om meldeplikt for helsepersonell som en unntaksbestemmelse</i>	16
1.4.3 <i>Anbefaling om meldeplikt for politi og NAV-ansatte</i>	17
1.4.4 <i>Anbefaling om bistandsplikt til gravide</i>	18
1.4.5 <i>Anbefaling om tiltak</i>	18
1.4.6 <i>Anbefaling om ansvarsfordeling og samarbeid</i>	20
1.4.7 <i>Anbefalte lovendringer</i>	21
2 UTREDNINGSPROSESSEN	22
2.1 BIDRAGSYTERE	22
2.2 METODE OG PROSESS	25
3 UTREDNINGENS KONTEKST	28
3.1 ET BARNEVENNLIG SAMFUNN	28
3.2 GRAVIDITET OG SVANGERSKAPSOMSORG	30
3.3 FOSTERETS MORALSKE STATUS.....	31
3.4 AKTUELL BARNEVERNDEBATT.....	34
3.5 KULTUR OG KULTURFORSKJELLER.....	36
4 TIDLIGERE ANBEFALINGER OM Å UTREDE PROBLEMSTILLINGENE	38
4.1 RAUNDALEN-UTVALGETS INNSTILLING	38
4.2 NY BARNEVERNLOVGIVNING.....	40
4.3 BARNEVOLDUTVALGETS INNSTILLING.....	40
4.4 TVANGSBEGRENSNINGSLOVEN.....	44
4.5 LAR-RETNINGSLINJEN	45
4.6 STORTINGETS ANMODNINGSVEDTAK	45
5 BEKYMNINGSFULLE TILSTANDER OG LIVSSITUASJONER FOR DEN GRAVIDE OG FOSTERET	46
5.1 BEKYMNINGSFULLE SITUASJONER OG TILSTANDER	46
5.2 KASUISTIKK «ANETTE».....	48
5.2.1 <i>Hva kan være skadelig for Anettes foster og nyfødte barn?</i>	49
5.2.2 <i>Gir kunnskapen grunnlag for inngripen overfor Anette?</i>	52
5.3 KASUISTIKK «LIV»	53
5.3.1 <i>Risikofaktorer og belastninger som kan påvirke Livs foster og nyfødte barn</i>	54
5.3.2 <i>Gir kunnskapen grunnlag for inngripen overfor Liv?</i>	57
5.4 KASUISTIKK «SAMAH»	58
5.4.1 <i>Potensiell risiko for Samahs foster og nyfødte barn</i>	59
5.4.2 <i>Gir kunnskapen grunnlag for inngripen overfor Samah?</i>	61
5.5 OPPSUMMERT OM KUNNSKAPSGRUNNLAGET FOR INNGRIPEN	62
5.6 KASUISTIKKENES SENTRALE DILEMMAER.....	64
6 INNFØRING AV ADGANG ELLER PLIKT TIL Å MELDE?	67
6.1 KONSEKVENSER AV MELDING TIL BARNEVERNET	67
6.1.1 <i>Konsekvenser for tillitsforhold, svangerskapsomsorg og helsehjelp</i>	68
6.1.2 <i>Konsekvenser for den gravides personvern og autonomi</i>	73

6.1.3	<i>Konsekvenser for tidspunktet barnevernet kan komme inn med bistand</i>	75
6.1.4	<i>Konsekvenser for akutte omsorgsovertakelser</i>	77
6.1.5	<i>Konsekvenser for opplysningsrett og taushetsplikt</i>	77
6.1.6	<i>Konsekvenser for ansvarsfordeling mellom tjenestene</i>	78
6.1.7	<i>Avveining av konsekvenser</i>	78
6.1.8	<i>Anbefaling</i>	80
6.2	OM MELDEKRITERIER OG ADGANG ELLER PLIKT TIL Å MELDE	81
6.2.1	<i>Vurderingskriterier</i>	81
6.2.2	<i>Noen argumenter for meldeplikt fremfor meldeadgang</i>	82
6.2.3	<i>Noen argumenter for meldeadgang fremfor meldeplikt</i>	83
6.2.4	<i>Anbefaling</i>	85
6.3	ADGANG ELLER PLIKT FOR ANDRE GRUPPER TIL Å MELDE	86
6.3.1	<i>Politi</i>	86
6.3.2	<i>NAV-ansatte</i>	87
6.3.3	<i>«Allmenn» meldeplikt?</i>	87
6.3.4	<i>Anbefaling</i>	88
7	BARNEVERNETS ANSVAR – HVILKE TILTAK MED HVILKET FORMÅL?	89
7.1	NASJONALE FØRINGER OG RETNINGSLINJER	89
7.2	ÉN KROPP – TO LIV	91
7.3	BARNEVERN OG FORELDRESTØTTE I GRAVIDITET OG SPEDBARNSTID	93
7.3.1	<i>Tilbud i regi av helse- og omsorgstjenestene</i>	93
7.3.2	<i>De overordnede formål med barnevernets tiltak</i>	95
7.3.3	<i>Barnevernets arbeidsform og tiltak</i>	97
7.3.4	<i>Oppsummering og anbefaling om plikt til bistand i et tverrfaglig samarbeid</i>	103
7.4	FRIVILLIGE VERSUS TVANGSPÅLAGTE TILTAK	104
7.4.1	<i>Forholdet til internasjonale menneskerettigheter</i>	105
7.4.2	<i>Andre lands lovgivning</i>	108
7.4.3	<i>Nasjonal lovgivning</i>	109
7.4.4	<i>Etiske refleksjoner rundt eventuell bruk av tvangsmakt</i>	110
7.4.5	<i>Grensene for bruk av tvangsmakt</i>	116
7.4.6	<i>Oppsummerende drøfting og anbefaling om tvang / ikke-tvang</i>	117
7.5	ANBEFALINGER OM TILTAK	120
8	ANBEFALTE LOVENDRINGER	124
8.1	BARNEVERNLOVEN	124
8.2	HELSEPERSONELLOVEN	126
8.3	SOSIALTJENESTELOVEN	127
9	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	128
9.1	KOSTNADSESTIMAT OG GEVINSTER	128
9.2	ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	133
10	REFERANSER	135
11	VEDLEGG	145

1 Innledning

En god start i livet, en trygg barndom. Støtte ved behov og stimulering til vekst og trivsel. Det er målet – et uomtvistelig gode for individ og samfunn. Barn fødes med ulike forutsetninger og inn i mer eller mindre gunstige oppvekstkår. Samfunnets oppgave er å optimalisere de gode kreftene og beskytte barn fra det som skader. Barneverntjenesten har ansvar for at barn får den hjelp og beskyttelse de trenger – *til rett tid*.

1.1 Oppdrag

Dette utredningsoppdraget springer ut av spørsmålet om hva som er *rett tid*, og hvilket ansvar og hvilke fullmakter barnevernet bør ha dersom det viser seg at rett tid for innsats i noen tilfeller er før barnet er født. I norsk lovgivning er det allerede slått fast at samfunnet i enkelte situasjoner skal gripe inn for å beskytte det ufødte liv. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gir anledning til å beskytte et foster fra rusmidlers skadelige virkning gjennom pålagt institusjonsinnleggelse, selv om den gravide ikke samtykker. Rett tid i dette tilfellet er så tidlig som mulig i fosterutviklingen, fordi det vil gi barnet den beste start i livet. Helsevesenet forvalter beskyttelsesmandatet og barnevernet kan tilby bistand til den gravide.

Selv om fosteret er godt beskyttet i den gravides mage, er det ikke upåvirket av den gravides tilstand, livsførsel og omstendigheter. Fosteret deler den gravides ernæring, stress, og påvirkning av stoffer: rusmidler, nikotin og miljøgifter. Det kan skades av vold og ulykker. Barnets utvikling og omsorgssituasjon vil påvirkes av hvordan kvinnen forbereder seg til foreldreskapet og hvordan hun føler og tenker om barnet som skal komme: Om det nye livet oppleves som et gode eller et onde, om hun føler seg trygg eller truet, sterk eller kuet. Et sentralt spørsmål er om andre forhold enn rusmiddelbruk har et skadepotensiale som tilsier at rett tid for at barnevernets beskyttelsesmandat slår inn, er i fosterlivet. Dette er bakgrunnen for at Stortinget har bedt regjeringen vurdere om også pålagte tiltak kan settes inn uten samtykke under svangerskap, for å sørge for tidlig hjelp og forebygge omsorgssvikt for nyfødte.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) gjennom å gi Høgskolen i Innlandet oppdraget med å utrede spørsmål knyttet til barnevernets ansvar for det ufødte liv. Følgende hovedspørsmål med tilhørende underspørsmål utredes:

Bør det innføres en adgang eller plikt for helsepersonell til å melde fra til barneverntjenesten ved bekymring for ufødt liv?

- Hvilke former for livsførsel hos gravide bør eventuelt utløse en slik adgang eller plikt?
- Hvilke kriterier bør legges til grunn for en vurdering av om det foreligger en adgang eller en plikt?
- Hvilke uheldige konsekvenser kan en adgang eller plikt for helsepersonell til å melde fra om gravide til barneverntjenesten føre til?
- Bør en eventuell adgang eller plikt også omfatte andre enn personell i helse- og omsorgstjenesten?

Dersom barnevernet får et nærmere definert ansvar for det ufødte liv, hvilken rolle skal barnevernet ha?

- Hvilke tiltak skal kunne settes inn overfor den gravide, og hvilke formål skal disse tiltakene ivareta?
- Skal barnevernet kunne pålegge tiltak for å forebygge omsorgssvikt for nyfødte og sørge for tidlig innsats?

Hvordan kan internasjonal rett belyse eller sette rammer for utredningsspørsmålene?

- Hvilke rammer for meldeadgang/meldeplikt og tvangstiltak setter Norges menneskerettighetsforpliktelser?
- Hvordan er dette regulert i de andre nordiske landene, eventuelt andre land det er naturlig å sammenligne Norge med?

Hvilke økonomiske og administrative konsekvenser følger av utredningens konklusjoner?

**

Forholdet mellom barnevernets og helse- og omsorgstjenestenes ansvar og oppgaver for det ufødte liv er en viktig dimensjon i drøftingene og anbefalingene. Utredningens anbefalinger inkluderer forslag til hvordan barnevernets ansvar bør reguleres i barnevernloven.

1.2 Utredningens hovedtemaer

Spørsmålet om barnevernets rolle og ansvar for det ufødte liv er komplisert og verdiladet. Det berører eksistensielle spørsmål, som når en barndom starter, hva et menneske er, om et foster har egne rettigheter, og hvem som er nærmest til å forsvare og ta valg på vegne av det ufødte liv. Disse spørsmålene berører tema som selvbestemmelse over egen kropp og eget liv, paternalisme og bruk av myndighetsmakt, og statens ansvar for individets (befolkningens) helse og velferd. Problemstillingene drøftes innenfor rammen av utredningens temaer: statens rolle og individets rettigheter, hjelpeapparatets forpliktelser, det ufødte liv, risikofaktorer, meldeadgang eller meldeplikt, frivillige og pålagte tiltak. Her beskrives noen utgangspunkter for hvordan disse temaene behandles i utredningen.

Statens rolle og individets rettigheter

Velferdsstatens rolle er å etablere og regulere lover, tiltak og tjenester for å ivareta befolkningens ve og vel. Dette uten unødig inngripen i individers og gruppers grunnleggende friheter og rettigheter. Barns beste er særlig høyt prioritert. Spørsmålet om fostervern på den ene siden og den gravides rettigheter på den andre, krever en balansering av hensyn og verdier. Det blir viktig å avklare det juridiske og menneskerettslige handlingsrommet, og drøfte hva som følger av å tilkjenne et foster juridisk status som et selvstendig individ med tilhørende pasientrettigheter. I dag får et barn person- og pasientstatus ved fødsel. Før fødselen er fosterets rettigheter regulert av abortlovgivningen. Utover det er fosteret ivaretatt av den gravides valg og handlinger.

Hjelpeapparatets forpliktelser

Profesjonelle hjelperes ansvar, faglige integritet og fagetiske forpliktelse til å gjøre godt og unngå skade er grunnleggende i helse- og omsorgstjenestene. Ulike profesjoner og tjenester forvalter ulik kompetanse, og opererer under dels like og dels ulike lovverk. Forpliktelsen til å ivareta hensynet til barnets beste gjelder alle offentlige etater. Kjernemandatet til helse- og omsorgstjenestene er å gi helsehjelp, støtte og omsorg ut fra faglige utredninger av behov. Pasientens frivillighet, selvråderett og krav på konfidensialitet står sterkt. Med barnevernets særlige hjelpe- og beskyttelsesmandat følger det vide fullmakter til å ta beslutninger og gjennomføre inngripende tiltak. Tematikken for denne utredningen krever at vi ser på hvordan det felles ansvaret for å forebygge omsorgssvikt og gi nødvendig vern for det ufødte liv kan

forvaltes. Vi vil også belyse hvordan vurderinger fra de helsefaglige og barnevernfaglige perspektivene kan gi ulike svar, hvordan ansvarsfordeling mellom helse- og omsorgstjenestene og barnevernet bør være, og hvilke plikter og muligheter hjelpeapparatet bør ha.

Det ufødte liv

«Det ufødte liv» brukes synonymt med foster og slik det defineres innen helsefagene. Derav følger ordbruken fosterhelse, potensiell fosterskade, fosterutvikling, fosterets rettigheter og moralske status. Fødselen representerer overgangen fra foster til barn. Vi forsøker å unngå begrepet *det ufødte barn* fordi det kan ha en sterkere normativ betydning, selv om meningen i dagligtale kan være nøytral.

Risikofaktorer

Risikofaktorer i graviditeten som kan tenkes å utløse en bekymringsmelding til barnevernet vil ofte også vekke bekymring for barnet etter fødselen. Motsatt vil det være en rekke risikofaktorer som kan være skadelig for et barn, men som ikke i samme grad truer det ufødte liv. Vi har valgt å vurdere risikofaktorer ut fra skadepotensialet for fosteret, men også ut fra hvilken trussel de utgjør for barnet etter fødselen.

I utredningens drøfting av hvilke former for livsførsel som eventuelt bør utløse en adgang eller plikt for helsepersonell til å melde bekymring til barnevernet, har vi valgt å tone ned begrepet *den gravides livsførsel* i betydningen antatt selvvalgt måte å leve på. Dette fordi en slik forståelse kan bidra til å stigmatisere og belaste den gravide og samtidig tildekke de komplekse årsaksforholdene som oftest ligger bak de livssituasjonene som vekker bekymring for det ufødte liv. I stedet for *livsførsel* ser vi på den gravides livssituasjon, omstendigheter og helsetilstand.

Plikt eller anledning til å melde

I utgangspunktet skal den som oppsøker hjelp hos en offentlig tjeneste være trygg på at opplysninger om personlige forhold og helseopplysninger ikke videreformidles. I denne utredningen er det primært snakk om taushetsplikten som pålegges helsepersonell i henhold til helsepersonelloven § 21 (1999): «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»

Taushetsplikten skal imidlertid ikke komme i veien for å gi nødvendig helsehjelp. En pasient eller bruker kan gi et informert samtykke til informasjonsutveksling og tverrfaglig samarbeid. Informert samtykke betyr at samtykket gis etter at pasienten har fått og forstått tilstrekkelig informasjon om hva samtykket innebærer.

Frivillige og pålagte tiltak

Et av utredningsspørsmålene er om barnevernet bør få anledning til å pålegge tiltak. Vår oppfatning er at et pålagt tiltak er ensbetydende med et tvangstiltak, selv om det i praksis er stor forskjell mellom et pålagt hjelpetiltak (for eksempel råd og veiledning) og et inngripende omsorgsvedtak.

I noen tilfeller rår offentlige tjenester over pålagte tiltak, det vil si ulike tiltak som i henhold til lov kan pålegges den gravide uten samtykke. Særlig relevant for denne utredningen er tvangsmyndigheten som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) til å tvangsinnlegge gravide rusavhengige på institusjon. De kan også pålegge tiltak, for eksempel å ta urinprøver. Den gravide kan ikke hindre melding til barnevernet, men barnevernets tiltak også for denne gruppen gravide, er begrenset til frivillige tiltak.

Psykisk helsevernloven (1999) inneholder tvangshjemler hvor hovedvilkåret er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og at frivillighet har vært prøvd først. Tilleggsvilkår er at pasienten mister utsikten til å bli frisk uten bruk av tvang, eller at tilstanden vil bli vesentlig forverret (behandlingskriteriet). Det andre tilleggsvilkåret er at det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse (farekriteriet). Bruk av tvang i psykisk helsevern forutsetter at pasienten ikke har samtykkekompetanse, bortsett fra om farekriteriet er til stede (Helsedirektoratet, 2017a). En inngrepsterskel er lovfestede kriterier som må være oppfylt for at tvangstiltak kan iverksettes. Det er et uttalt helsepolitisk og menneskerettslig mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Den som utsettes for tvunget psykisk helsevern og andre vedtak om bruk av tvang, kan klage over vedtaket til en kontrollkommisjon. Rettsikkerheten er også ivaretatt gjennom rett til gratis advokatbistand (Helsedirektoratet, 2017b).

I lys av dette vurderer vi spørsmålet om barnevernets adgang til tvangstiltak overfor gravide; hva kan tenkes å være inngrepskriterier og -terskel og hvordan kan grunnleggende rettigheter og rettsikkerhet ivaretas.

1.3 Utredningens kapitler

Kapittel 1, *Innledning*, inneholder en introduksjon av utredningsspørsmålene og de sentrale temaene spørsmålene reiser, samt et sammendrag av våre anbefalinger. I kapittel 2, *Utredningsprosessen*, følger en oversikt over hvem som har bidratt i arbeidet, og en kort beskrivelse av hvilke metoder som er brukt i utredningsprosessen. Kapittel 3, *Utredningens kontekst*, danner et bakteppe for drøftingene og anbefalingene. Her beskriver vi noen diskurser og karakteristika ved det norske samfunnet, kunnskapsutvikling og politiske føringer. I kapittel 4, *Tidligere anbefalinger om å utrede problemstillingene*, gir vi en oversikt over tidligere utredninger og stortingsmeldinger der enkelte av utrednings-spørsmålene er berørt, og hvordan de er tematisert.

Med utgangspunkt i tre kasuistikker redegjør vi i kapittel 5 for *Bekymringsfulle tilstander og livssituasjoner for den gravide og fosteret*. Her ser vi på kunnskapsgrunnet og i hvilken grad enkelte risikofaktorer representerer en trussel mot fosteret og barnet. På bakgrunn av kunnskapen drøftes spørsmålet om inngripen uten den gravides samtykke. Kapitlet oppsummeres med saksfeltets mange dilemmaer.

Kapittel 6, *Adgang eller plikt til å melde*, inneholder først en drøfting av mulige uheldige og heldige konsekvenser av en eventuell adgang eller plikt for helsepersonell til å melde bekymring for et foster: Hvilke konsekvenser vil det ha for den gravides tillit til helsepersonell, for svangerskapskontroll, for rett til helsehjelp og rett til abort, samt for den gravides selvråderett og personvern? Hvilke konsekvenser vil innføring av en meldeadgang eller -plikt ha for foreldreforbereidelse og forebygging av omsorgsovertakelse, for opplysningsrett og taushetsplikt, samt for tjenestenes kapasitet og kompetanse?

Dernest drøftes hvilke kriterier som må være oppfylt for at melding kan eller skal sendes. Videre diskuteres forholdet mellom meldeadgang og meldeplikt, før det drøftes om en eventuell meldeadgang eller -plikt bør omfatte andre enn helsepersonell.

I kapittel 7, *Barnevernets rolle og tiltak*, beskrives hvilke tiltak barnevernet kan bidra med i samarbeidet om og med gravide. Først beskrives nasjonale retningslinjer og føringer for tjenester til gravide med særlige utfordringer. Dernest følger en kort beskrivelse av

eksisterende tilbud til målgruppen. Vi foreslår så hvilken rolle barnevernet kan spille i et samlet tjenestetilbud, og hvilke tiltak barnevernet mer konkret kan bidra med.

I kapittel 8, *Anbefalte lovendringer*, anbefales endringer i barnevernloven, helsepersonelloven og sosialtjenesteloven. Avslutningsvis, i kapittel 9, *Økonomiske og administrative konsekvenser*, estimeres kostnader knyttet til anbefalingene, vi trekker frem potensielle gevinster og peker på hvordan anbefalingene kan følges opp.

1.4 Anbefalinger – sammendrag

Gjennomgangen av risikofaktorer og praksisfeltets vurderinger viser at selv om det er forhold i svangerskapet som kan være til skade for fosteret, er det bekymringer for tiden etter fødselen som utløser størst bekymring. Anbefalingene er forankret i en forebyggende strategi, hvor tiltak under graviditeten har som formål å styrke vernet om fosteret og bedre omsorgssituasjonen etter fødselen. En eventuell involvering fra barnevernets side må baseres på en helhetsvurdering, hvor ikke bare risikofaktorer, men også ressurser og andre risiko-reducerende forhold spiller inn.

De nylig avsatte dommene mot Norge i Den europeiske menneskerettighetsdomstolen er retningsgivende for barnevernets målsettinger med tiltakene overfor gravide. Dommene signaliserer at Norge bør styrke retten til familieliv i barnevernssaker, i den forstand at barnevernets tiltak i større grad enn praksis tyder på, må ta sikte på at barnet kan vokse opp i/ føres tilbake til sin biologiske familie.

1.4.1 Anbefaling om frivillighet og samtykke som hovedregel

Hovedregelen for kontakt med barneverntjenesten bør være basert på den gravides frivillighet og samtykke.

Prinsippet om frivillighet skal stå sterkt i kontakten mellom den gravide og hjelpetjenestene. De antatt negative konsekvensene av meldeadgang eller -plikt veier totalt sett tyngre enn summen av mulige positive konsekvenser. De negative konsekvensene dreier seg om svekket tillitsforhold mellom helsepersonell og den gravide, med fare for at den gravide unndrar seg svangerskapsomsorg og annen helsehjelp. Det kan i noen tilfeller også regnes som en negativ

konsekvens at meldeadgang eller -plikt kan tenkes å være en faktor i et valg mellom å ta abort eller å gjennomføre svangerskapet. En meldeadgang eller -plikt vil stride mot prinsippene i en kvinnesentrert svangerskapsomsorg, og medføre en betydelig inngripen i personvernet og retten til selvbestemmelse. Positive konsekvenser av meldeadgang eller -plikt uten samtykke dreier seg om at den gravide kan få hjelp og støtte hun ellers ikke ville ha fått, og at det ryddes i dagens gråsonep praksis om «under bordet»-meldinger i tilfeller der helsevesenet ønsker å forberede barnevernet på en bekymringsfull situasjon for et nyfødt barn.

I løpet av utredningsprosessen har det kommet frem at helse- og omsorgspersonell i de aller fleste tilfeller oppnår samtykke og felles forståelse for at det er gunstig at barnevernet deltar i arbeidet med å trygge situasjonen før, under og etter fødsel. Ansvar for egne handlinger og barnets beste er en sentral del av foreldreskapets utviklingsprosess. Hovedprinsippet i hjelpetiltak bør fortsatt være å informere, støtte og motivere den gravide til å ta imot anbefalte tiltak. En følelse av press kan oppstå når helsepersonell informerer om hva som kan skje hvis den gravide ikke samtykker. Dette «riset bak speilet» kan ses på som en form for realitetsorientering som bør tematiseres i samtaler mellom den gravide og helsepersonell. At prosessen frem mot et samtykke noen ganger kan bære preg av press, er legitimt.

1.4.2 Anbefaling om meldeplikt for helsepersonell som en unntaksbestemmelse

Meldeplikt anbefales i situasjoner der det, uavhengig av årsak, er sannsynlig at barnet blir født med varig skade.

Meldeplikt anbefales i situasjoner der summen av risiko og belastninger, og fravær av ressurser og beskyttende faktorer, gjør det overveiende sannsynlig at omsorgen vil bli overtatt like etter fødsel.

Meldeplikt anbefales i situasjoner hvor den gravides livssituasjon vanskeliggjør et selvstendig valg om samtykke, for eksempel ved sterk negativ sosial kontroll, uavhengig av om kontrollen er forankret i kultur, religion eller normsett i lukkede miljøer.

Vår vurdering av kunnskapsgrunnet om risikoforhold, og praksisfeltets innspill om at faregrad og behov for inngrep avhenger av en helhetsvurdering, tilsier at det ikke er hensiktsmessig å peke ut noen helt spesifikke enkeltfaktorer som kan hjemle en melding uten samtykke.

Her er det nærliggende å vise til den nødrettsvurderingen som i andre deler av lovverket gjør det legitimt å veie de respektive verdier / goder mot hverandre, og hvor resultatet av avveiningen kan være at den gravides selvråderett må underordnes behovet for å avverge faren for liv eller helse. En slik adgang til å sette til side den gravides eget valg eller samtykkevegring må praktiseres med stor forsiktighet, og bare skje i helt ekstraordinære tilfeller.

En meldeplikt bidrar til en ytterligere ansvarliggjøring av helsepersonell. Meldeplikten etablerer en legitim kommunikasjon med barnevernet før barnet er født.

Utredningen inkluderer en avveining av argumenter for meldeplikt på den ene siden og meldeadgang på den andre. Hvis det skal innføres mulighet for melding, anbefaler vi altså meldeplikt (også i tilfeller av manglende samtykkekompetanse), gitt anbefalingen om at melding uten samtykke bare kan skje rent unntaksvis. Det forutsettes at meldeplikten forvaltes på en måte som ikke setter den gravide eller barnet i ytterligere fare, og at avvergeplikt vurderes opp mot meldeplikt til barnevernet. Det anbefales at meldeplikten gjøres uavhengig av grensen for selvbestemt abort, men at det tillegges vekt om svangerskapet planlegges gjennomført eller ikke.

1.4.3 Anbefaling om meldeplikt for politi og NAV-ansatte

Politiet bør gis en plikt til å melde bekymring til barnevernet i situasjoner der gravide blir utsatt for vold, ved at politiregisterloven (2010) og politiregisterforskriften (2013) klargjøres på dette punktet, jf. anbefalingene i Barnevoldsutvalgets innstilling (NOU 2017: 12), kap. 12.6., særlig punkt 12.6.3.3 s. 139 flg.

Profesjonsutøvere som arbeider etter sosialtjenesteloven bør gis plikt til å melde bekymring for det ufødte liv på like linje med helsepersonell, og at rundskrivet til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen klargjøres på dette punktet.

Det anbefales at bekymringer som kommer fra den gravide selv eller fra privatpersoner, følges opp på samme måte som bekymringer meldt av offentlig ansatte i medhold av lov.

1.4.4 Anbefaling om bistandsplikt til gravide

Barnevernet bør få et medansvar overfor det ufødte liv ved at plikt til bistand loyfestes.

Bistandsplikten utøses overfor gravide som er i en situasjon eller tilstand som er til potensiell fare for fosteret, og/eller er i en situasjon der det er fare for at det fødte barnet vil få utilfredsstillende omsorg. Bistanden skal gis i form av tiltak som kan styrke foreldreskapet og forebygge fremtidig omsorgssvikt, uavhengig av om kontakten er etablert frivillig eller via meldeplikt.

1.4.5 Anbefaling om tiltak

Barnevernets eksisterende tiltaksvifte bør utvikles slik at bistandsplikten til gravide kan ivaretas. Tiltakene integreres, koordineres og videreutvikles sammen med helsefaglige tilbud for målgruppen.

Barnevernets tiltak bør være frivillige.

Barnevernet bør gis hjemmel til å gi opplysninger til og samarbeide med andre tjenester som rår over tvangstiltak, for eksempel psykisk helsevern.

Eksempler på barnevernets rolle og tiltak:

- Gi veiledning og konsultasjoner til andre tjenester, anonymt eller med samtykke fra den gravide.
- Ha en koordineringsrolle i tverrfaglige ressursteam der bekymringene er mer barnevernrelaterte enn helserelaterte.
- Forberede til tiden etter fødsel gjennom råd og veiledning.
- Forberede foreldrestøttende tiltak i barseltiden.
- Tilby opphold på senter for foreldre og barn.

- Tilby et hjem etter modell av fosterhjem, hvor den gravide kan bo og få støtte gjennom graviditeten, og som kan være et sted å hente støtte også etter fødselen.
- Vurdering av omsorgsevne.
- Når omsorgsovertakelse er uunngåelig, sørge for skånsomhet og tilrettelagt informasjon og ivaretagelse etter separasjonen.
- Bygge et tillitsforhold og en god hjelperrelasjon under svangerskapet.
- Bidra til forsvarlige levekår, inklusive god nok økonomi, under og etter fødselen.

Den anbefalte innføringen av meldeplikt i svært alvorlige tilfeller er enklere å forsvare dersom barnevernet kun rår over frivillige hjelpetiltak. Dette vil trolig gjøre det lettere for den gravide å samtykke til kontakt, og å inngå i et samarbeid, selv etter en melding hun bare motvillig har samtykket til. Det kan dempe den gravides motvilje mot barnevernet og frykt for hva som vil skje med henne og barnet.

I de tilfeller det vurderes at tvang er nødvendig for å forebygge varig skade hos det fremtidige barnet, kan tvangstiltak forsvares både etisk og juridisk. Etisk kan et tvangstiltak blant annet begrunnes i at hensynet til det fremtidige barnets mulighet til å leve et selvstendig liv uten skade veier tyngre enn den gravides rett til selvbestemmelse i den gitte situasjonen. Juridisk kan et tvangstiltak begrunnes i jussens regler om bruk av tvang i sammenlignbare situasjoner, det vil si situasjoner der liv og helse står på spill.

Når det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med varig skade, anbefales meldeplikt. Dersom faren for skade ikke kan avhjelpes med barnevernets frivillige tiltak, må barnevernet informere og samarbeide med andre tjenester med hjemler til å gripe inn. Dersom risikoen for foster og barn følger av den gravides helsetilstand, bør vurderinger og iverksettelse av tvangstiltak forvaltes av helsetjenestene, som i dagens lovverk. Politi bør varsles dersom faren er forbundet med vold og negativ sosial kontroll. Dette vil også mobilisere kommunens strategi mot vold i nære relasjoner.

Dersom en enslig, gravid kvinne underlegges tvungent psykisk helsevern vil det i de fleste tilfeller være nødvendig at barnevernet undersøker om barnets omsorgssituasjon vil bli forsvarlig.

Per dags dato foreligger det ikke klare menneskerettslige hindringer for at staten kan regulere barnevernlovgivningen i retning av generell tvangskompetanse overfor ufødt liv.

Forutsetningen er at slik lovgivning ikke strider mot andre rettsprinsipper. Rettsområdet vil trolig – lik abortlovgivningen – regnes for å ligge innenfor statens skjønnsmargin, og dermed være overlatt til statens vurdering og lovgivning.

1.4.6 Anbefaling om ansvarsfordeling og samarbeid

Det bør utvikles forpliktende samarbeidsmodeller med utgangspunkt i et delt ansvar mellom helse- og omsorgstjenester og barneverntjenesten.

Det offentliges ansvar for det ufødte liv primært bør, som nå, ligge til helse- og omsorgssektoren. Bekymring for et foster, som bunner i den gravides helsesituasjon og livsomstendigheter, bør håndteres av helsepersonell i samråd med den gravide.

Det bør motiveres til et frivillig samarbeid med barneverntjenesten, NAV og andre tjenester. Hvis frivillighet ikke oppnås, bør helsepersonell søke råd og veiledning hos barneverntjenesten innenfor lovreguleringen av anonymitet og taushetsplikt, eller melde fra i de ovennevnte, helt spesielle omstendighetene. Vi legger til grunn for anbefalingen at forberedelse til omsorgsrollen og nødvendig behandling og endringsarbeid er mest virksomt innen frivillighet.

Utgangspunktet er at den gravide kvinnen er den primære mottakeren av hjelp, og at helsepersonell aktivt og tydelig tematiserer vern om det ufødte liv og tiden etter fødsel. En forpliktende samarbeidsmodell med helse- og omsorgstjenestene i «førersetet» under svangerskapet, med frivillig og/eller konsultativ deltakelse fra barnevernet, ivaretar denne helhetstenkningen best.

Vi legger til grunn at barnevern i perioden før barnet er født, krever et utviklingsarbeid for å finne de mest hensiktsmessige arbeidsformene. Signalene fra praksisfeltet er at tiltakene bør være tverrfaglige og basert på gjensidige forpliktelser mellom tjenester. Tiden man har til rådighet for tiltak i svangerskapet, er kort, og det vil være hensiktsmessig om tjenesten kan gå raskt inn i et pågående tverrfaglig samarbeid. Det bør derfor vurderes om barnevern overfor gravide kan organiseres på en noe annen måte enn hva dagens barnevernlov gir rom for.

1.4.7 Anbefalte lovendringer

Det foreslås endringer i barnevernloven (1992) som innebærer en lovfesting av barnevernets plikt til å bistå med foreldreforberedende, frivillige tiltak til gravide kvinner og til familier med særskilte behov. Videre foreslås endringer i helsepersonelloven (1999) og sosialtjenesteloven (2009) som hjemler anbefaling om meldeplikt til barnevernet i ekstraordinære tilfeller.

2 Utredningsprosessen

Fremgangsmåten i arbeidet er bestemt av temaets kompleksitet. Mange ulike og til dels motstridende hensyn må veies opp mot hverandre. Spørsmålene, og av at. Spørsmålene skal belyses fra flere faglige perspektiver: etiske, juridiske, helse-, sosial- og barnevernfaglige. Gruppen som er ansvarlig for utredningen, består av ansatte ved Høgskolen i Innlandet (HINN), og sammensetningen reflekterer at spørsmålene skal belyses fra disse ulike perspektivene:

- Grethe Netland. Filosof/instituttleder HINN. Ph.d. Politisk filosofi/etikk/menneskerettigheter. Prosjektleder og utreder.
- Kerstin Söderström. Førsteamanuensis HINN og psykologspesialist / faglig rådgiver Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet. Klinisk erfaring / ph.d. Barn og småbarnsforeldre / omsorgsovertakelse ved fødsel / gravide med rusavhengighet og menneskerettigheter. Utreder.
- Lorentz Stavrum. Jurist/førsteamanuensis HINN / advokat med møterett for Høyesterett. Internasjonal rett. Barnevernrett. Menneskerettigheter. Utreder.
- Kristin Kommisrud. Sosionom/høgskolelektor. Studieprogramansvarlig BA sosialt arbeid, HINN. Master. Psykisk helsevern / barn som pårørende / rusproblematikk. Sekretær.

Et sentralt mål for arbeidet har vært å tydeliggjøre mange motstridende hensyn, og drøfte dem på en balansert og reflektert måte, slik at våre anbefalinger vil fremstå godt begrunnede. En uvurderlig hjelp for å nå dette målet, har vært innspill fra brukere og profesjonsutøvere i tjenester som er berørt av problemstillingene, og fra forskere innenfor relevante fagområder. Prosjektgruppen ønsker å takke alle bidragsyttere som har brukt av sin tid og delt sin kompetanse med oss, og dermed bidratt til det kunnskapsgrunnlaget som utredningen bygger på. Vi vil også takke våre kontaktpersoner i Bufdir for mange nyttige innspill underveis i prosessen.

2.1 Bidragsyttere

Prosjektet har siden oppstart hatt en fast referansegruppe med åtte medlemmer. Disse har hatt en rådgivende funksjon overfor prosjektgruppen. De representerer ulike kilder til kunnskap

om og erfaring med potensielle risikofaktorer for det ufødte liv og utsatte gravide. Gruppen har bestått av følgende representanter:

- Anne Kjersti Myhre. Førsteamanuensis HINN, ansvarlig for helsesykepleieutdanningen. Ph.d. Forskning på ungdoms psykiske helse. Klinisk erfaring som helsesykepleier.
- Mette Sund Sjøvoll. Psykologspesialist ved Stiftelsen Alternativ til Vold og forfatter av boken *De minste barnas stemme*. Klinisk erfaring fra Aline spedbarnssenter, barnevernsinstitusjon i Oslo.
- Astrid Halså. Førsteamanuensis/ studieansvarlig for Master i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier, HINN. Ph.d. Foreldreskap og rus og foreldreskap og psykiske lidelser, samt barn og unges erfaringer med å vokse opp med rusproblemer og psykiske lidelser.
- Kristin Håland. Leder for «Tidlig inn» ved KoRus Sør. Ph.d. Vold i svangerskapet. Klinisk erfaring som jordmor. Utredningserfaring fra nye retningslinjer om svangerskapsomsorgen i Norge (2014).
- Gro Vatne Brean. Spesialist i klinisk psykologi og spesialrådgiver ved RBUP Øst og Sør, avd. for sped- og småbarn. Klinisk erfaring med psykoterapi for gravide.
- Wayni Bergan. Teamleder ved Barneverntjenesten Øst i Agder. Klinisk erfaring fra arbeid med gruppen gravide med samtykke.
- Siv-Elin Reitan. Brukermedvirker RiO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) – en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet og ass. regionansvarlig i Nord-Norge. Ansatt ved Exit, nettverkstilbud til tidligere rusavhengige, mennesker med psykiske problemer og andre vanskeligstilte, samt prosjektleder ved Marborg, brukerorganisasjon for LARiNord.
- Ida Kristine Olsen. Ansatt ved proLAR Nett. Nasjonalt forbund for folk i LAR (legemiddelassistert rehabilitering) og leder for SMIL (Sammen Midt I Livet), et brukerstyrt og nasjonalt tilbud for familier i LAR. Brukerrepresentant i utarbeiding av retningslinje for gravide i LAR, samt revideringen av denne.

Øvrige bidragsytere fra praksisfeltet:

- Marte Brendstuen. Ambulant miljøterapeut/ klinisk barnevernspedagog, sped- og småbarnsteam, BUP Oppland, psykisk helsevern for barn og unge, Sykehuset Innlandet

- Annika Gundersen. Jordmor (nylig pensjonert), tidligere ansvarlig for Forsterket barsel, Kvinneklinikken, Sykehuset Innlandet
- Hans Andre Røste. Overlege og enhetsleder. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), Enhet for familie, Sykehuset Innlandet, Reinsvoll
- Olav Nordengen. Sykehusprest og gruppeterapeut, Avd. TSB, Sykehuset Innlandet, Reinsvoll
- Eva Sirirud. Enhetsleder, Avd. TSB, Enhet for gravide, Sykehuset Innlandet, Reinsvoll
- Trond Markestad. Barnelege og professor emeritus, Universitetet i Bergen
- Morten Juell. Avdelingsoverlege, Sykehuset Innlandet, Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, Sykehuset Innlandet, Reinsvoll
- Lola Magnussen og Wenche Dahl Elde. Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, Oslo og Viken
- Anne Ulsrud og Ingrid Lindtun. Vestre Toten barneverntjeneste
- Roya Øverjordet og kollega. Vestre Toten helsestasjonstjeneste
- Mariann Langleite og Caroline Løsåmoen. Søndre Nordstrand barneverntjeneste
- Helene Skeie. Juridisk kontor, barne- og familieetaten, Oslo kommune
- Peter Zachariassen, Alma Sikiric, Annette Helen Hunt, Bente Ellinor Strømberg og Liv-Unni Røraas. Avdeling for nevrohabilitering, Ullevål universitetssykehus
- Jorid Eide. Jordmor/ teamleder, Ullevål-team, Oslo universitetssykehus (OUS), Helseforetak (HF) Ullevål

Forskere og faggrupper som har bidratt i ulike faser av utredningen:

- Camilla Bennin, jurist, høskolelektor HINN
- Bjørn Arne Buer, barnevernspedagog / cand.polit., høskolelektor HINN
- Halvor Fauske, professor HINN
- Hanne Glemmestad, sosionom, Leder av profesjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen (FO)
- Medlemmer av referansegruppen til *SIM-prosjektet*, et samarbeidsprosjekt mellom HINN og Sykehuset Innlandet, hvor det arbeides med å utvikle gode praksiser rundt spedbarnevern og foreldrestøtte.
- Forskergruppen *Practical Philosophy Group* ved Universitetet i Oslo, som tidlig i utredningsprosessen egnert et av sine ukentlige seminarer til diskusjon av utredningstematikken.

2.2 Metode og prosess

Utredningsarbeidet har vært gjennomført som en undersøkelse av hvordan utredningens sentrale spørsmål erfares av de som jobber med tematikken, målgruppen for eventuelle endringer og av eksperter og forskere med særlig kunnskap om utredningsspørsmålene. Ambisjonen har vært å gjøre en praksisnær utredning, med støtte fra forskningsbasert kunnskap og teori.

I den innledende fasen ble en spørreskjemaundersøkelse (se vedlegg) sendt til deler av tjenesteapparatet som en forberedelse til møtene med praksisfeltet og som en pilotering av spørsmål. Vi fikk 25 svar, halvparten fra ansatte i barneverntjenesten. Det ble etablert en tverrfaglig referansegruppe med brukerrepresentanter, og lagt en plan for møter med praksisfeltet. Dette inkluderte svangerskapsomsorg, inklusive spesialteam for utsatte gravide, barneverntjenester i en liten landkommune og en stor bykommune, psykisk helsevern for voksne og sped- og småbarn, tjenester som arbeider med spesielt utsatte gravide (rusavhengighet, psykisk utviklingshemning, vold), ansatte i fylkesnemnd og kommunal forvaltning av helse- og omsorgstjenester samt eksperter innen relevante fagfelt (blant andre nyfødtemedisin, avhengighetslidelser og gravide).

Vi har regnet alle bidragsyterne som *rådgivere* i prosessen, og de blir betegnet som sådanne i utredningen.

Møter med praksisfeltet

Det har blitt gjennomført ti dialogmøter med innspill fra ulike profesjonsutøvere, presentert ovenfor som øvrige bidragsytere fra praksisfeltet. De fleste møtene ble gjennomført tidlig i prosessen. Deltakerne ble invitert til å reflektere over hva de ser som de største truslene mot det ufødte liv, hva de mener om spørsmål knyttet til meldeplikt, og hvordan de ser på forholdet mellom frivillige tiltak og tvangstiltak. De ble også oppfordret til å gi eksempler på saker eller situasjonen som illustrerer deres erfaringer med utsatte gravide og bekymringer for det ufødte liv.

Referansegruppen

Medlemmene i referansegruppen har, samlet sett, bred erfaring med tematikken. Gruppen består av fagpersoner og forskere fra helsevesen, kompetansesentra, og utdannings-

institusjoner. De fleste har praktisk og klinisk erfaring fra psykisk helsevern, kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, og/eller spesialtiltak for utredningens målgruppe. Referansegruppen har hatt to samlinger på til sammen tre dager. Samlingene har vært organisert som workshops med diskusjon og utveksling av kunnskap og erfaringer. Referansegruppen har lest og kommentert på tidlige utredningsutkast og vært tilgjengelige for konsultasjoner underveis.

Litteratur

De skriftlige og forskningsbaserte kunnskapskildene består hovedsakelig av eksisterende retningslinjer, nasjonale anbefalinger, kunnskapsoversikter og enkeltstudier om ulike risikoforhold. Med et stort antall potensielle risikofaktorer har det ikke vært mulig, innen rammene for denne utredningen, å gjøre systematiske kunnskapsoppsummeringer for hver av faktorene.

Kasuistikker

For å tydeliggjøre etiske dilemmaer og typiske bekymringsfulle situasjoner har vi utviklet tre kasuistikker med bakgrunn i informasjon fra praksisfeltet. Fortellingene om de tre kvinnene Anette, Samah og Liv beskriver ulike tilstander og livsomstendigheter som vekker bekymring for det ufødte liv og barnet etter fødsel. Kasuistikkene gir også et virkelighetsnært bilde av hva bekymringsmeldinger til barnevernet kan tenkes å inneholde, og et bilde av menneskene de angår. Slik sett er de et forsøk på å gjøre fremstillingen lettere tilgjengelig. Konkretiseringen i kasuistikkene er ment å gjøre det enklere å identifisere de mange hensyn som må veies mot hverandre i drøftingene og i anbefalingene.

Drøftingen

Utredningstematikken er i sin natur flerfaglig, og et premiss for arbeidet var at spørsmålene skulle belyses ut fra helsefaglige, barnevernfaglige, etiske og juridiske perspektiver. De etiske perspektivene er dels integrert i de helsefaglige drøftingene, dels som en separat drøfting om bruk av tvang. De juridiske perspektivene er brakt inn i arbeidet ved at det tidlig ble etablert en oversikt over rettslige rammer for spørsmålene som skulle drøftes. Underveis i prosessen har det vært viktig å sjekke mulige svar på spørsmålene opp mot hva som ville ligge innenfor dagens rettsregler, og hva som ville kreve lovendringer.

Temaenes kompleksitet forutsetter at anbefalte regler og retningslinjer må gjøre det mulig å møte bekymringene for det ufødte liv på nyanserte måter. Uttrykket *etisk relevante forskjeller* har vært sentralt i mange av prosjektgruppens diskusjoner. En etisk relevant forskjell er en forskjell mellom saker som gjør at de *bør* behandles ulikt. Eksempelvis kan to saker fremstå som ganske like, slik at man ved første øyekast vurderer at de må behandles på samme måte: I sak A står helsepersonell overfor en gravid med psykisk utviklingshemning som gleder seg til å få barn, og som har et svakt familienettverk. Alle forhold tilsier at bekymringene bør meldes til barnevernet. I sak B er alt likt som i sak A, men med den forskjell at den gravide har et sterkt familienettverk. Denne forskjellen medfører at en melding til barnevernet ikke er like opplagt. Poenget er at enkeltfaktoren «psykisk utviklingshemning» ikke skal være tilstrekkelig til å utløse melding.

Dette premisset har påvirket hvordan vi tenker oss at en kan møte de mange etiske dilemmaene temaene for utredningen reiser. I eksemplene A og B over står helsepersonell overfor et etisk dilemma når de må foreta et valg mellom å melde eller ikke melde. Dilemmaet er *etisk* fordi valget som tas, kan være bra for noe og dårlig for noe annet. Dilemmaene utredningsspørsmålene reiser, berører grunnleggende verdier, hvor valgene som tas får dyptgripende konsekvenser. Derfor finnes det ingen enkle og opplagte svar på spørsmålene – de må besvares ut fra helhetsvurderinger der alle relevante forhold tas i betraktning.

Med mål om en nyansert fremstilling har vi lagt opp til å synliggjøre kompleksiteten gjennom refleksjoner rundt kunnskap, bekymringer, dilemmaer og mulige løsninger gjennom pro-og-kontra-resonnementer.

3 Utredningens kontekst

I dette kapitlet beskrives konteksten som utredningsoppdraget etter vår oppfatning er påvirket av, og som anbefalingene må forstås ut fra. Vi løfter frem en sterk barnerettighetsorientering, ny kunnskap om barns tidlige utvikling samt vår tids sterke vektlegging av tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon for å forhindre eller redusere problemutvikling – det man kan betegne som en tidlig-inn-diskurs. Ny helseteknologi og nye behandlingsmuligheter synliggjør fosteret og stiller oss overfor nye etiske problemstillinger. Konteksten består også av aktuell barnevern-debatt og forholdet mellom stat, familie og individ i et flerkulturelt samfunn.

3.1 Et barnevennlig samfunn

Norge var det første landet i verden som fikk et barneombud. Barnekonvensjonens (2003) sentrale prinsipper er inkorporert i den norske Grunnloven § 104 (1814), hvor det blant annet slås fast at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører barn. Med gode velferdsordninger og helsetjenester for gravide, barn og familier havner Norge i toppskiktet når UNICEF (2020) rangerer barnevennlige samfunn.

Et velutbygd helsestasjonsprogram danner kjernen i den norske mor-barn-helsetjenesten. De siste tiårene har det vært en dreining fra kun å følge med på barnets fysiske utvikling og somatiske helse, til en økt bevissthet om barnets psykiske helse og betydningen av nærmiljøet, omsorgsrelasjonen og foreldrenes fungering. Denne dreiningen henger sammen med kunnskapsrevolusjonen knyttet til barns tidlige utvikling.

Kunnskap om tidlig utvikling maner til forebyggende tidlig innsats

Spedbarns- og samspillsforskningen har gitt oss mer kunnskap om sped- og småbarns utvikling enn om noen annen livsfase. Sammen med oppdagelsene av spedbarnets kompetanser tydeliggjorde *vitenskapen om tidlig utvikling* barnets avhengighet av god omsorg og utviklingsstøtte. *Det kompetente spedbarnet* er også formbart og sårbart. Omsorgssvikt og mangelfull stimulering påvirker ikke bare barnets trivsel, men kan også ha alvorlige og langtrekkende konsekvenser for selve utviklingsforløpet, og senere for helse og livskvalitet (Center on the developing child, 2007; Stern, 2003; Nordanger og Braarud, 2017; Moe et al.,

2010). Dermed har tidlig oppdagelse og tidlig innsats blitt en viktig barnehelsestrategi med mål om å identifisere gravide og spedbarnsfamilier som er i en risikosituasjon.

Tidlig innsats, eller tidlig intervensjon, betyr å gripe tidlig inn i en tenkt problemutviklingsprosess. Særlig barn av foreldre med rusproblemer og psykiske lidelser har vært en målgruppe for tidlig innsats. Opptappingsplanen for rusfeltet fra 2007 anbefalte kompetanseløft i hjelpetjenestene for å sette dem bedre i stand til å oppdage og hjelpe både barn og foreldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Ikke lenge etter ble ivaretagelse av barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten forskriftsfestet (Ot.prp. nr. 84. (2008–2009)). Et nasjonalt opplæringsprogram, «*Tidlig inn*», har siden 2011 blitt tilbudt til fagfolk i kommunale tjenester som arbeider med målgruppen. Målsettingen er at gravide og småbarnsfamilier får tidlig og kompetent hjelp. Tjenestene får opplæring i å identifisere risiko, i samtalemotodikk og i tverrfaglig samarbeid. I en revidert versjon av programmet er fedrenes rolle og betydning sterkere vektlagt (Forebygging.no).

At forebygging av problemer er bedre enn reparasjon, er udiskutabelt. Nobelprisvinner i økonomi, James Heckman (2006), har overbevisende argumentert for at tidlig innsats i utsatte familier, helst med oppstart i svangerskapet, er den beste av alle samfunnsøkonomiske investeringer. En rekke modeller og intervensjoner er utviklet for å styrke foreldreferdigheter og barnets og familiens beskyttelsesfaktorer, og dermed bidra til at barnets utvikling kommer på rett kurs fra starten av. Noen av disse omtales i kapittel 7.3., *Tilbud i regi av helse- og omsorgstjenestene*. I et forebyggende, tidlig-inn- og føre-var-perspektiv som omhandler fosterets og det nyfødte barnets helse og utvikling, er oppmerksomheten på risiko uunngåelig. Men i et helhetsperspektiv må risiko vurderes i lys av potensielle ressurser og beskyttelsesfaktorer. Begrepsparet risiko- og beskyttelsesfaktorer har blitt bakt inn i barnevernets utredningsprosedyrer (Kvillo, 2007; 2015) og i helse- og omsorgstjenestenes tankesett om utsatte barn.

Kunnskapen om hvordan omstendigheter i fosterlivet kan påvirke barnets helse, er under utvikling. Det som er sikkert, er at eksponering for rus, og da særlig for alkohol, er skadelig for fosteret. Dette ligger til grunn for helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3 (2011–2020) som gir hjemmel for innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, uten den gravides samtykke, for å forebygge potensiell fosterskade som følge av rusmiddelbruk i svangerskapet. Denne formaliserte muligheten til å gripe inn i den gravides selvråderett og avhengighets-relaterte

livsførsel er en viktig del av utredningens kontekst. Den forteller om en prioritering av barnets fremtidige helse, og om statens vilje til å gripe inn i individets (den gravides) selvråderett for å sikre barnets interesser. Tvangsmuligheten brukes hovedsakelig overfor gravide i svært utsatte livssituasjoner med blandingsavhengighet dominert av illegale rusmidler (Myra, 2018). Anvendelsen av inngrepsmuligheten beskytter i liten grad fostre fra eksponering for alkohol, det mest brukte rusmiddelet som har desidert størst skadepotensial.

Kunnskapen om betydningen av barns tidlige utvikling maner til handling på alle nivåer. Det må vurderes om lover og regler er i tråd med kunnskapen som foreligger, og om hjelpe-tjenestene har hensiktsmessige mandater, ressurser og arbeidsformer.

Problematisering av risiko og tidlig inn-diskursen

Den forebyggende, tidlig inn og føre var-holdningen på vegne av fosterets og det nyfødte barnets helse og utvikling har bred faglig og allmenn tilslutning. Risiko-orienteringen rundt problemstillingene i dette utredningsoppdraget er ikke enestående, men føyer seg inn i den generelle orienteringen mot risiko i samfunn og forskning. Den raskt økende bruken av ordet «risiko» i medisinsk forskningslitteratur ble dokumentert av Skolbekken allerede i 1995. Han har i den senere tid, sammen med Hofmann, beskrevet en tilsvarende vekst i forekomst av begrepet «tidlig oppdagelse» (early detection) (Hofmann & Skolbekken, 2017). Forfatterne problematiserer at screening og tidlig oppdagelse av risiko eller indikasjoner på belastning eller sykdom nesten utelukkende er beskrevet som et gode. Kun i svært liten grad inkluderes eventuelle negative sider ved aktiv søken etter tidlige tegn på at noe kan gå galt. Risiko innebærer en mulighet for både negative konsekvenser og for at det fryktede utfallet ikke skjer. En risiko- og tidlig inn-orientering påvirker både den som undersøker og hva man ser etter. Statistisk risiko påvirker hvordan hver enkelt sak blir vurdert, og om den som blir undersøkt, kan oppleve seg redusert og som gjenstand for negativ fokusering (Kildedal et al., 2011).

3.2 Graviditet og svangerskapsomsorg

En viktig kontekst for utredningsoppdraget, drøftingene og konklusjonene er svangerskaps-omsorgens grunnleggende prinsipper for hvordan hensyn til både foster og den gravide / partner bør ivaretas.

En kvinnesentrert svangerskapsomsorg

Kunnskapen om spedbarns utvikling har, som nevnt, forsterket helse og omsorgstjenestenes barnefokus. Også svangerskapsomsorgen er preget av tidlig inn-diskursen. Samtaler om psykisk helse, vold i nære relasjoner og den gravides levevaner, kosthold og rusmiddelbruk har til hensikt å oppdage problemer og gi tidlig hjelp. Dette gjøres etter prinsippet om en kvinnesentrert svangerskapsomsorg. En gravid kvinne skal ikke behandles som en beholder for et sunnest mulig foster og fremtidig barn, men skal selv ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet. Hun skal få kunnskapsbasert informasjon om alle sider ved svangerskapet for å kunne ta informerte valg.

For å oppfylle lovkravet om delaktighet og medbestemmelse er det viktig for helsepersonell i svangerskapsomsorgen å være lydhøre og ta hensyn til kvinnes unike behov og gi informasjon om tilbudet i svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen. Hensikten er å styrke autonomi og mestring av morsrollen. (Helsedirektoratet, 2018)

En kvinnesentrert svangerskapsomsorg er i tråd med Verdens helseorganisasjons anbefalinger om svangerskapsomsorg (WHO, 2015; 2016) og med anbefalingene i land det er naturlig å sammenligne seg med, som Danmark, Sverige og Storbritannia. Den kvinnesentrerte svangerskapsomsorgen er ikke valgt på bekostning av fosteromsorg, men er en strategi som antas å tjene begge interessene på best mulig måte.

3.3 Fosterets moralske status

Utredningens kontekst består også av at det finnes ulike syn på hvilke moralske plikter den gravide / paret og samfunnet har overfor et foster, og ulike syn på hva samfunnet bør gjøre hvis den gravide ikke greier å ivareta sine forpliktelser på en god nok måte.

Det ufødte liv, et tydeligere foster

Synet på fosteret og fostervern er påvirket av politikk, religion og kultur, og har til alle tider vært preget av motsetninger og motstridende definisjoner og moralske oppfatninger. Denne utredningens sentrale begrep, «det ufødte liv», kan oppfattes mindre normativt ladet enn «det

ufødte barnet», mens bruken av «foster» er deskriptivt, med minst normativt innhold. Definisjonsskillet mellom foster og barn som er brukt her, er ikke like entydig i allmenn oppfatning og i dagligtale. I norsk og nordisk sammenheng er abortrettigheter allment akseptert, men også her står fosterets verdi, og både innskrenking og utvidelse av retten til fri abort, på den politiske agendaen. McCullough og Chervenak (2008) kritiserer hvordan abortmotstandere bruker dagligtale-begrepet «ufødt barn», og fyller det med normativ betydning, nemlig retten til liv. Den norske Pro-life-gruppen har etablert seg med slagordet «Det er et barn» (Pro-life.no), og gir på den måten retorikken moralsk slagkraft.

McCullough & Chervenaks (2008) kritikk av å smugle inn moralsk innhold i allmenne begreper kan også ramme begrepet ufødt liv. Uten sammenligning for øvrig kan vi vel antyde at tidlig-inn-diskursen fyller begrepet *det ufødte liv* med retten til sunn utvikling og helse. I sitatet under refererer ordet *enhet* til et levende individ, som her også inkluderer et foster.

Tilskrivelse av moralsk status basert på rettigheter er en tilskrivelse av uavhengig moralsk status. Med dette menes at en enhet, basert på dennes egne særtrekk og dermed uavhengig av alle andre enheter, kan påberope seg overfor andre individer at de beskytter og fremmer dets interesser. (Vår oversettelse, s. 34)

Ifølge McCullough og Chervenak er det utenkelig at ulike perspektiver, for eksempel et feministisk, et medisinsk, et religiøst, et moralfilosofisk, et antiabort- og menneskerettslig perspektiv, skulle kunne enes om et fosters uavhengige moralske status og rettigheter. Men selv om McCullough og Chervenak mener at et foster ikke kan gis uavhengig moralsk status, betyr ikke dette at fosterets moralske status avskrives. De mener at en lege er etisk forpliktet til å behandle et levedyktig foster (som den gravide ønsker å bære frem), og beskriver dermed fosteret som en pasient som utløser en etisk forpliktelse hos andre til å gjøre godt – i artikkelen formulert som «the beneficence-based meaning of unborn child» (s. 37).

Utredningen hviler på en slik tilskrivelse av mening til det ufødte liv, men som også avhenger av den gravides valg om å bære livet frem til fødsel.

Debatten om fosterets moralske status er ett av flere trekk i tiden som gjør fosteret mer synlig. Ny teknologi og medisinske fremskritt gjør det mulig å «se» inn i den gravide magen og følge med på fosterets utvikling og helse. Befruktningsteknologi, fosterdiagnostikk, fosterreduksjon og medisinsk behandling av fosteret stiller oss overfor stadig nye etiske problemstillinger. Det

samme gjør mulighetene for å behandle stadig tidligere prematurfødte. Hvor bør grensen settes for livreddende behandling (Bratlid, 2016). Hvor tidlig et foster kan «reddes» tangerer verdispørsmål om hvor sent et foster kan aborteres.

Når fosteret synliggjøres og i større grad oppfattes mer som det kommende barnet, som et selvstendig liv med verdi, og i mindre grad som en del av den gravides kropp, kan man forvente en forpliktelse til å beskytte og legge til rette for best mulig utviklingsbetingelser i fosterlivet. Da vil også oppmerksomheten mot det som potensielt kan skade eller belaste fosteret, øke. Samtidig risikerer en å redusere den gravide kvinnen til kun å være barnets fysiologiske omgivelse, et «maternal environment» (Ravn, 2004). Den gravides oppgave og moralske forpliktelse blir da å sørge for at fostermiljøet blir så optimalt som mulig. Klarer hun ikke det, kan svangerskapet potensielt innebære en interessekonflikt mellom den gravide og fosteret, ofte referert til som en mor–foster-konflikt, *the maternal-fetal conflict*.

Mor – foster-konflikt

En mor – foster-konflikt illustrerer at det kan være motstrid når det gjelder behandlingsbehov, rettigheter, interesser, moralsk status og inngrepskriterier ved helsekomplikasjoner. Slike situasjoner involverer et spekter av mulige intervensjoner, fravær av inngrep og bruk av tvang. I noen situasjoner gis mors interesser forrang, for eksempel ved at abortlovens § 10 gir adgang til svangerskapsavbrudd uten hensyn til de øvrige bestemmelser i loven dersom svangerskapet medfører overhengende fare for kvinnens liv eller helse. Andre bestemmelser gir fosterets velferd forrang, for eksempel helse- og omsorgslovens §10-3 (2011) om tilbakehold av gravide rusmiddelavhengige.

Deler av Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene fram til barnet når skolealder (LAR-retningslinjen) (Helsedirektoratet, 2011) ble revidert i 2019. Revisjonen handlet dels om det som kan oppfattes som en mor – foster-konflikt hvor nødvendig helsehjelp og legemidler for den gravide ble ansett som potensielt skadelig eller belastende for fosteret, for den nyfødte (abstinenser) og for barnets senere helse og utvikling (Helsedirektoratet, 2019).

3.4 Aktuell barneverndebatt

Barneverntjenesten forvalter et mandat som er like viktig som det er vanskelig – å sørge for at barn som trenger det får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. For å fylle sin oppgave rår tjenesten over en rekke hjelpetiltak, men også fullmakter til å gripe inn i familier med tvangstiltak. Et omfattende og godt utbygd barnevern bidrar til Norges posisjon som et barnevennlig land.

Vitenskapen om barns tidlige utvikling preger barneverntjenestens innhold. Budskapet om at det er bedre å forebygge enn å reparere, utfordrer arbeidsmodellen og de ordinære kriteriene for meldeplikt, samt hva som utløser tiltak fra barnevernet. Det blir etisk problematisk å risikere at tiltakene kommer for sent, etter at skaden har skjedd. Det blir vanskelig å rettferdiggjøre at nybakte foreldre skal få muligheten til å «prøve seg» med fare for at de ikke klarer å gi barnet tilstrekkelig omsorg i en tidlig og formbar utviklingsfase. Samtidig er tiltak før fødsel en ikke-lovpålagt barneverntjeneste, og den praktiseres ulikt avhengig av den enkelte kommunale barneverntjenestens kapasitet, prioritering og ressurser.

Barnevernets doble mandat

Barnevernets muligheter og mandat til å på den ene siden hjelpe, og på den andre kunne gripe inn og ta kontroll, kan fra foreldreperspektivet oppleves som et tveegget sverd. Barnevernet kan sette inn tiltak i de tilfeller der den gravide ikke makter å ivareta seg selv og fosteret. Men, det faktum at frivillig hjelp kan forandre karakter til pålagte tiltak, og at kvinnen er under vurdering av omsorgsevne med omsorgsovertakelse som et mulig utfall, kan også skape frykt og gjøre at gravide unnlater å søke hjelp. Denne dobbeltheten er vesentlig for spørsmålet om det bør innføres meldeadgang eller -plikt i graviditeten.

Barnevernkritikk

Kritikken av norsk barnevern som stadig blir formidlet i sosiale medier og i norsk og internasjonal presse, er et faktum som utredningsarbeidet ikke kommer utenom. Eller, mer presist, i utredningsarbeidet må vi forholde oss til konsekvensene av den. Kritikken som kringkastes, er oftest knyttet til saker som involverer omsorgsovertakelse. Det er ikke til å undres over at et barnevern som rår over svært inngripende tiltak, er gjenstand for hard kritikk fra de som mener seg utsatt for maktovergrep. Men omfanget av kritikken har vært bemerkelsesverdig, og har opplagt fått noen konsekvenser for barnevernets omdømme.

Arbeidet med utredningen har foregått dels i kjølvannet av, dels samtidig med at barnevernets begrunnelser og vedtak i spedbarnssaker har møtt motbør i Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) (Søvig, 2019). Barnevernets tilsynelatende svake omdømme får trolig næring av det bildet pressen tegner av dommene. Også det faktum at EMD har hatt og fremdeles har mange norske barnevernssaker til behandling, hvilket er ganske oppsiktsvekkende så lenge nåløyet for å slippe saker igjennom til domstolen er smalt.

I tillegg til at «frykten for barnevernet» næres av offentlig omtale av enkeltsaker og EMDs «interesse» for norsk barnevern, næres den også av personlige dårlige erfaringer med barnevernet, og fortellinger folk imellom om dårlige erfaringer en selv eller andre har hatt. At det er slik, har vi fått bekreftet i utredningsprosessen.

En annen type kritikk av barnevernet reises i utredninger og tilsynsrapporter hvor det avdekkes at barnevernet ikke fyller sitt mandat tilstrekkelig. Det pekes på at barnevernet samlet sett har for lav kompetanse og kapasitet til å ivareta oppgavene på en god nok måte (Bufdir, 2018a; 2019). Dette kan gi seg utslag for eksempel i mangelfull saksbehandling, dårlig begrunnede vedtak og dårlig skjønnsutøvelse med hensyn til om vilkårene for inngripen er oppfylt. Det pekes også på svikt i det tverrfaglige samarbeidet når hjelpetjenestene feiler i oppgaven med å verne utsatte barn (for eksempel i NOU 2017: 12).

Som følge av kritikk og evalueringer har det vokst frem en politisk erkjennelse av at det trengs en kompetanseheving i barnevernet. Barnevernet og dets utfordringer har en tydelig plass på den politiske og faglige dagsorden. Flere tiltak er iverksatt for å styrke kompetansen på en rekke områder. Det har blant annet blitt etablert flere spisskompetansesentre; et av dem med ansvar for å utvikle barnevernets kunnskap om metoder for arbeid med sped- og småbarnsfamilier. I nær fremtid vil det stilles krav til utdanning på masternivå for å utføre bestemte oppgaver og inneha bestemte funksjoner i kommunalt barnevern og i barnevernsinstitusjoner.

Faren ved en tilsynelatende ensidig negativ fokusering på barnevernet er at alt det gode arbeidet kommer i bakgrunnen. Imidlertid er bildet nyansert. Mange barn og familier har fått og får verdifull og nødvendig hjelp av barnevernet. For eksempel peker Statens helsetilsyns (2019) gjennomgang av 106 barnevernssaker på at mange barneverntjenester har utviklet høy

kompetanse på tidlig innsats overfor de minste barna. Det er et godt utgangspunkt for at denne kompetansen kan utvikles og komme til nytte også overfor det ufødte liv.

3.5 Kultur og kulturforskjeller

Konteksten for utredningsspørsmålene er et flerkulturelt Norge. Kultur har betydning for hvordan både offentlige tjenester og statens rolle og inngripen oppfattes. Eriksen og Sajjad (2020) beskriver kultur som det du har lært som medlem av et samfunn, og som et filter av verdier og antakelser som påvirker tanker, meninger og handlinger. Tydeligst ser man kulturforskjeller mellom mennesker med ulike etnisk/nasjonale opprinnelseskulturer, og mellom majoritets- og minoritetskulturer. Men det er også kulturforskjeller mellom grupper med samme etniske opphav, men med ulike sosiale tilhørigheter i form av sosioøkonomisk status eller klasse. Rugkåsa et al. (2017) beskriver hvordan kultur-, klasse- og statusforskjeller mellom de som er ansatt i hjelpetjenestene og de som er mottakere av hjelp, har betydning for gjensidig tillit, forståelse og virkning av tiltak. I sin kartlegging av barnevernets kompetanse, fant Røsdal et al. (2017) at flere ansatte selv mente at de manglet kompetanse til å vurdere omsorg hos foreldre med annen sosial, kulturell eller erfaringsmessig bakgrunn.

Både helse- og omsorgstjenestene og barnevernet er avhengig av befolkningens tillit. Både nasjonalt og internasjonalt er tilliten til det norske barnevernet under press. Ifølge Eriksen og Sajjad (2020) er nettopp graden av *tillit* en tydelig kulturforskjell mellom majoritetsbefolkningen – med sitt typisk norske – og mange av minoritetsgruppene. I det «typisk» norske stoler en på at staten vil oss vel og har gode intensjoner, og en aksepterer dermed statlig regulering og inngripen samt en viss grad av paternalisme. I mange av minoritetskulturene er tilliten til offentlige instanser og staten svakere. Møtet mellom menneske og myndighet kan være preget av en kulturelt forankret skepsis, negative erfaringer og historiske myndighetsovergrep, som for eksempel fornorskingspolitikken overfor den samiske befolkningen.

Forståelsen av plikter og rettigheter samt ulike vektlegginger av individets frihet er en annen kilde til kulturkonflikt. Der mer kollektivistiske og familie-/klanorienterte kulturer er mer orientert mot plikt, og har en aksept for at individet må underkaste seg fellesskapet, er den norske kulturen mer individ- og rettighetsorientert (Eriksen og Sajjad, 2020).

Retningslinje for svangerskapsomsorg understreker at svangerskapsomsorgen «må være kultursensitiv og legge til rette for familier med migrant- og innvandrerbakgrunn».

Barnevernloven (1992) sier at det skal tas tilbørlig hensyn til barnets og familiens språklige og kulturelle bakgrunn (§ 4-15). En utredning om barnevern for den samiske befolkningen, innvandrere og nasjonale minoriteter i Norge viser at betydningen av kultur får liten innflytelse, og at «hensynet til kultur forsvinner i møte med grunnlaget for at tiltaket settes i verk» (Saus et al., 2018, s. 125).

Fiecko og Weele (2020) peker på to fallgruver når kulturelle temaer trekkes inn i omsorgsvurderinger. Den ene er til hinder for å ta omsorgssvikt på alvor, og brukes til å bagatellisere bekymring. Den andre er at kulturelle fenomener feiltolkes og misforstås som omsorgssvikt. Forfatterne hevder følgende:

Det viktigste i en kulturell analyse er å ha god oversikt over egne verdier og kommunikasjonsformer, og samtidig ha forståelse for hvor relative mange av disse verdiene og kommunikasjonsformene er. Det er ikke slik at andre har «kultur», mens vi er vanlige; alle mennesker er forankret i sin egen forståelse av verden, i særegne kommunikasjonsformer og verdier som har en lokal, kulturell forankring.

Kulturelle ulikheter i tillit, og i familie- og personforståelse, har betydning for hvor man søker råd, for hvor lojaliteten ligger, og for hvilke regler og bestemmelser man underkaster seg. Det påvirker hvordan myndighetenes rolle, handlinger og intensjoner forstås, og hvordan konkrete tiltak virker. Ifølge Rugkåsa et al. (2017) kan en ensidig fokusering på og statisk forståelse av kulturelle forskjeller – de kaller det kulturalisering – dekke over andre ulikheter som økonomi og klasse, og dermed hemme selvrefleksjon over egen praksis og betydningen av maktforhold mellom ansatte og klienter. Dette får betydning for en utredning om en mulig utvidelse av myndighetsmakt.

4 Tidligere anbefalinger om å utrede problemstillingene

Barnevernloven (1992) bygger på forutsetningen fra tidligere lovgivning om at barnevernets tvangstiltak først kan settes inn fra fødselen av, men holder åpent for at tiltak basert på frivillighet/samtykke kan skje også under graviditeten.

Praksis reflekterer dette, selv om det ikke er uvanlig at barnevernet gjennom ulike kilder får kunnskap om forhold ved en konkret graviditet som gir grunnlag for bekymring, og derved i realiteten langt på vei forbereder en inngrepssituasjon som iverksettes umiddelbart fra fødselen av. Unntaket for gravide rusbrukere har så langt ikke avstedkommet endringer i barnevernloven, selv om det fra tid til annen- og fra ulike hold- er blitt antydning eller foreslått at dette burde utredes. Ordningen som er innført for gravide rusbrukere, er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og ikke i barnevernloven, men uten at hjemmelsplasseringen har noen sentral betydning i seg selv. I forbindelse med ulike lovrevisjonsprosesser i barnevernlovgivningen er tanken om generell adgang til barnevernstiltak overfor ufødt liv nevnt. Nedenfor gis en summarisk oversikt over utredninger og lovforarbeider mv. fra de senere år.

4.1 Raundalen-utvalgets innstilling

NOU 2012: 5 *Bedre beskyttelse av barns utvikling* (Raundalen-utvalgets innstilling) har følgende tema i sitt kapittel 11: *Vern av ufødte barn fra gravide mødres skadelige livsførsel*. Innledningsvis gjengis i omtalen av sosialtjenestelovens § 6-2a (2009) (som på det tidspunktet hjemlet tvangsmessig tilbakeholdelse av gravide rusbrukere) og Sosial- og helsedepartementets uttalelse fra lovforarbeidene om at det er et sterkt inngrep i kvinnens integritet å vedta inntak i institusjon uten eget samtykke, og at dette av rettssikkerhetsmessige grunner «bare er akseptabelt dersom det er tungtveiende interesser som tilsier det».

I kapittel 11.4. *Utvalgets vurderinger* fremgår følgende:

Utvalget legger til grunn at også andre hendelser enn gravides livsførsel kan påvirke det ufødte barnet. Særlig viktig er det å verne den gravide og dermed også det ufødte

barnet mot vold og overgrep. Utvalget legger til grunn at enkelte gravide utsettes for vold og overgrep og at de må få tilstrekkelig hjelp og beskyttelse.

Dernest gjengis fra en uttalelse som utvalget mottok fra Borgestadklinikken om «farefull adferd som ikke kan dokumenteres som rusmisbruk», og dette utdypes til å gjelde

... gravide med psykiske lidelser, gravide som bruker medisiner som kan skade fosteret, eller gravide som lever i miljøer med mye vold og utagering [...]. □ □ vurdering er således at det i lovgivningen er flere svakheter som gjør at det ufødte barnet ikke blir godt nok ivaretatt når den gravides livsførsel er slik at barnet kan ta skade.

I punkt 11.4.2. *Vern mot andre sider av mors livsførsel* konkluderes det slik:

Utvalget har ikke prioritert å utrede dette nærmere. Utvalget ønsker likevel å understreke betydningen av at myndighetene foretar en slik utredning og likeledes følger nøye med på ny kunnskap om hvilken skaderisiko gravide gjennom sin livsførsel utsetter det ufødte barnet for.

I punkt 11.4.3. *Barnevernlovens anvendelsesområde*, uttales følgende:

Etter utvalgets syn vil vurderinger om hvilken skaderisiko den gravide utsetter barnet for gjennom sin livsførsel imidlertid være en mer medisinsk vurdering som krever medisinsk kunnskap. Slike vurderinger hører etter utvalgets syn først og fremst til helsevesenet, og ikke til barneverntjenesten.

Punkt 11.5. *Utvalgets anbefalinger*, inneholder tre (av fem) strekpunkter av betydning:

... (2) Helse- og sosialtjenesten bør i lov pålegges et ansvar for å varsle barneverntjenesten om gravide mødre som har en livsførsel som kan skade det ufødte barnet, ... (4) Det bør tas initiativ til en generell utredning av i hvilken grad internasjonale konvensjoner begrenser lovgivers mulighet til å verne ufødte barn mot skader under svangerskapet og ... (5) Utvalget ber om at det igangsettes et arbeid med

å sikre bedre vern av ufødte barn mot vold, overgrep, smitte og annen skade som kan forhindres gjennom rettsvern og bedre hjelp fra de offentlige etater.

4.2 Ny barnevernlovgivning

Senere lovrevisjonsarbeid vedrørende barneverntjenesteloven berører ikke – eller kun i liten grad – problemstillingen. Dette gjelder blant annet de omfattende endringene som ble foreslått i april 2013 (Prop. 106L (2012–2013) *Endringer i barnevernloven*, som nøyer seg med å fastslå at barn må vernes bedre gjennom å gi hjelp så tidlig som mulig, og at det derfor er viktig å utrede nærmere hvordan vernet av barn som ikke er født, kan styrkes. I høringsnotat av 6. oktober 2016 refererer man konklusjonene til Raundalen-utvalget og konkluderer med at «det ikke var tilstrekkelig grunnlag for å følge opp forslaget om en generell opplysningsplikt basert på livsførsel som kan skade det ufødte barnet». Departementet mente likevel at det var «grunn til å vurdere tiltak som kan gi bedre beskyttelse for rusmiddelavhengighet under svangerskapet» og fremhevet at «rusmiddelmisbruk er den livsførselen som er mest skadelig for et foster».

Hverken den meget grundige NOU 2016: 16 *Ny barnevernslov* eller den senere Prop. 73L (2016–2017) *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)* tar eksplisitt stilling til spørsmålet, men proposisjonen har et relativt fyldig kapittel 15. *Opplysningsplikt for kommunen til barneverntjenesten ved tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige*, hvor også departementets vurderinger av forslaget til Raundalen-utvalget gjentas.

4.3 Barnevoldutvalgets innstilling

NOU 2017: 12 *Svikt og svik – gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*, kapittel 12.6 *Opplysningsplikt til barneverntjenesten under graviditet*, fastslår innledningsvis at utvalget i saksgjennomgangen har sett eksempler på barn «som har vært utsatt for forhøyet risiko fordi deres omsorgspersoner for eksempel har ruset seg, har hatt psykiske lidelser, eller har utøvd vold eller seksuelle overgrep tidligere». Det fremgår deretter:

For å forebygge og forhindre vold, overgrep og omsorgssvikt mot de minste barna må innsatsen starte allerede før barnet er født. Internasjonal forskning har funnet at vold mot gravide ofte fortsetter etter fødselen, og velferdsforskningsinstituttet NOVA finner at vold mellom omsorgspersoner også øker barns risiko for selv å bli utsatt for fysisk vold, både fra utøveren av partnervold og fra den som er offer. Både rusbruk og psykisk lidelse hos foreldre er forbundet med markant forhøyet risiko for at barnet utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt.

Utsattheten trenger ikke alltid bety at omsorgspersonen er utøver, men kan også henge sammen med at foreldrebeskyttelsen svikter, slik at barnet blir mer utsatt for krenkelser fra andre. Det foreligger ingen plikt til å sende melding til barneverntjenesten om ufødte barn.

I punkt 12.6.2. behandles forslaget fra Raundalen-utvalget om å innføre av en generell varslingsplikt om gravide som har en livsførsel som kan skade barnet, og departementets oppfølging av dette i Prop. 106L (2012–2013), omtalt ovenfor, der man ikke fant tilstrekkelig grunnlag for å følge opp forslaget. Det refereres til at

Flere av høringsinstansene er kritiske til avgrensningen som departementet har gjort. En høy andel av de høringsinstansene som støtter forslaget om å innføre en lovfestet plikt, har samtidig gitt uttrykk for at de mener at forslaget som ble sendt på høring, ikke går langt nok, og atplikten også bør omfatte andre tilfeller enn der det blir fattet vedtak om tilbakeholdelse av en gravid kvinne på grunn av rusmiddelavhengighet.

En rekke av disse høringsinstansene er referert. Av disse uttalelsene gjengis noen, for eksempel følgende fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir):

Departementets forslag berører en svært begrenset gruppe hvor det er bekymring for barnets situasjon etter fødsel. Meldeplikten bør utvides til å omfatte alle tilfeller der offentlige myndigheter er bekymret for et ufødt barn, og ikke bare i de situasjoner der det dreier seg om ufødte barn av tvangsinnlagte, gravide rusmisbrukere. Etter direktoratets oppfatning bør meldeplikten omfatte situasjoner der det er en bekymring for om et barn vil kunne bli utsatt for alvorlig skade eller «omsorgssvikt» etter at det er født. Det bør ikke være forskjell om bekymringen har sitt utspring i mors rusmisbruk,

psyke eller om mor blir utsatt for vold fra partner. I situasjoner der det kan bli aktuelt med en omsorgsovertakelse etter fødselen kan det være en fordel for barneverntjenesten å få kjennskap til dette så tidlig som mulig, både for å kunne velge et godt og egnet fosterhjem til barnet, men også for å få vurdert muligheten til å plassere barnet i et fosterhjem i barnets familie eller nære nettverk. Tidlig informasjon og planlegging vil også kunne forhindre en omsorgsovertakelse eller et forhastet akuttvedtak ved fødsel. Direktoratet mener det bør være samme terskel for å melde fra om bekymring til barneverntjenesten for ufødte barn som for når et barn er født.

En annen høringsinstans, Sentralenheten for fylkesnemndene, uttaler at man derfra heller ikke er enig i departementets forslag, og viser blant annet til følgende:

Gravide kan også på annen måte være i en livssituasjon som kan sette barnet i fare enten under svangerskapet eller umiddelbart etter fødsel. Moren kan for eksempel være psykisk utviklingshemmet i en slik grad at hun ikke er i stand til å ta vare på den nyfødte, eller hun kan leve i et forhold preget av utstrakt voldsbruk.

Også flere andre høringsinstanser uttaler seg i samme retning. KoRus Sør fremholder blant annet følgende:

Videre er vi opptatt av at det ikke bare er den gravides bruk av rusmidler som kan medføre en fremtidig utrygg situasjon. For barnet kan situasjonen være like alarmerende på grunn av for eksempel fars misbruk, foreldrenes psykiske vansker, uro knyttet til vold og trusler eller andre forhold. Disse situasjonene omfattes ikke av det nye forslaget til meldeplikt. Helsepersonell som arbeider i kommunen, vil fortsatt bryte loven hvis de melder fra til barnevern om slike forhold før barnet blir født.

I punkt 12.6.4. *Utvalgets vurdering*, fremgår det at flertallet mener at departementets begrensning av varslingsplikten (til å gjelde gravide rusbrukere) er «*uheldig*». Videre står det:

Den mest alvorlige barnemishandlingen som i verste fall kan føre til tidlig død, er hyppigst overfor barn under ett år. Videre vet man at barnets første leveår er svært viktig for barnets utvikling [...] Skal man forebygge og forhindre vold, overgrep og omsorgssvikt mot de minste barna, må innsatsen starte allerede før barnet er født.

Behovet for å melde til barneverntjenesten kan for eksempel være like stort i tilfeller der en gravid rusmiddelavhengig er innlagt etter eget samtykke, der den gravide har et rusproblem, men ikke er innlagt, eller der det er barnets far som har et alvorlig rusproblem. Det kan også være andre forhold som gjør at barneverntjenesten bør tidlig inn i familien. Det kan være vold i familien, eller det kan være psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming hos foreldrene. Vold mellom omsorgspersoner øker som nevnt barns risiko for selv å bli utsatt for fysisk vold, både fra utøveren av partnervold og fra den som er offer. Vold mot gravide i svangerskapet er en direkte risiko for det ufødte barnet, både ved at det kan utsettes for direkte skade gjennom slag og spark, og gjennom forhøyet risiko for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Vold mot mor i svangerskapet er også en indirekte risikofaktor for barnet ved at det kan føre til en betydelig økning av den gravidens stressnivå, og ved økt risiko for flere psykiske og fysiske lidelser hos mor. Vold i svangerskapet ser også ut til å øke i forekomst i løpet av svangerskapet og gjennom det første halvannet år etter fødselen. Både rusbruk og psykisk lidelse hos foreldre er forbundet med markant forhøyet risiko for at barnet utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt. Nyfødte barn kan bli drept eller påført store og uopprettelige skader på kort tid for eksempel ved risting eller overoppheting. Utvalgets flertall mener det er avgjørende at hjelpeapparatet får kjennskap til barn som blir født inn i familier der det foreligger kjente risikofaktorer. Hensynet til å kunne ivareta barnet, til å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt bør etter flertallets mening tillegges betydelig vekt, og i dette spørsmålet veie tyngre enn andre hensyn.

Andre faktorer som flertallet påpeker som grunnlag for opplysningsplikt, er om barnets omsorgspersoner er mistenkt eller dømt for straffbare forhold og at dette gir grunn til å tro at barnet vil leve under forhold som vil skade barnets helse og utvikling, eller at barnet ikke vil få nødvendig omsorg og beskyttelse i rett tid.

Utvalgsflertallet mener også at det kan utredes om det for noen tilfeller heller bør innføres en opplysningsrett, men ikke en plikt, «slik at det blir opp til tjenestepersonene å vurdere og bestemme hvorvidt man skal sende en melding». Dessuten har man mer detaljerte forslag om dokumentasjonsplikt for meldinger, rett og plikt for barnevernet til å foreta undersøkelser, tilby hjelpetiltak og forberede iverksettelse av tiltak etter fødsel, kontrolltiltak m.m. Man fremhever at det er uheldig at barneverntjenesten ikke kan foreta nødvendige undersøkelser av både mor og far før barnet er født.

Et mindretall i utvalget mener at en generell meldeplikt til barnevernet vil kunne gi mange bekymringsmeldinger tuftet på hypoteser om risiko fremfor en reell risiko for det ufødte barnet, og at man i stedet bør tilstrebe et samarbeid.

4.4 Tvangsbegrensingsloven

Tvangslovutvalget avga i juni 2019 sin meget omfattende utredning i NOU 2019:14 *Tvangsbegrensingsloven*, med oversikt over tvangs- og inngrepshjemplene i helse- og omsorgstjenesten generelt, og har her en kortfattet redegjørelse for gravide rusmiddel-avhengige (kapittel 24.10). Utredningen behandler imidlertid ikke spørsmålet om tvang for andre grupper enn de som er regulert i helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3, selv om den inneholder enkelte uttalelser som vel også kan ha relevans for andre grupper, f.eks. på side 530, hvor det blant annet uttales følgende:

Det er en kjent sak at ikke bare mors bruk av rusmidler, men også en lang rekke andre faktorer som følger av mors livsførsel, påvirker fosterets utvikling. Når det likevel er spørsmål om det finnes et etisk og rettslig grunnlag for å begrense mors selvbestemmelsesrett for å verne fosteret, er det fordi skadepotensialet rusmidler kan ha, atskiller seg fra andre faktorer som har negative virkninger.

Om gravide rusbrukere heter det (punkt 24.10.5. *Utvalgets vurderinger*):

Utvalget mener at adgangen til tilbakehold i institusjon av gravide rusmiddelmisbrukere bør videreføres. Hensynet til det ufødte barnet, dets helsetilstand etter fødselen, samt utviklingsmuligheter senere i livet, begrunner at tvangstiltak kan tas i bruk når det har vist seg ikke mulig å motivere kvinnen til å ta imot et frivillig tilbud [...].

Når det gjelder inngrepsterskelen (det vil si lovfestede kriterier som må være oppfylt for at tvangstiltak kan iverksettes), uttaler utvalget at «... avveiningen mellom kvinnen og det ufødte barnets interesser må bygge på prognosevurderingen ‘nærliggende og alvorlig risiko’ for at barnet kan bli påført skade ...».

4.5 LAR-retningslinjen

Relevant for den foreliggende utredningens problemstillinger er 2019-revisjonen av tre anbefalinger i ovennevnte LAR-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2019; 2011). Revisjonen krevde en avveining av hensynet til det ufødte liv på den ene siden, og til fertile og gravide kvinners behandlingsbehov og autonomi på den andre. Det forelå forslag til Helsedirektoratet om langtidsvirkende prevensjon som forutsetning for fertile kvinners tilbud om LAR, delvis eller full nedtrapping av LAR-legemidler under svangerskapet, og en åpning for bruk av tvang tilsvarende den som er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven §10-3 dersom den gravide ikke klarte å trappe ned under frivillighet.

Argumentene for en innskrenking av kvinnens selvråderett og frie tilgang til livreddende behandling, som LAR representerer, var i hovedsak forankret i et barnets beste- og føre-var-prinsipp. Konklusjonen på utredningsprosessen ble imidlertid at kunnskapsgrunnlaget om LAR-legemidlenes skadelige effekt på foster og barn var for svakt til å rettferdiggjøre myndighetsinngripen og restriksjoner av behandlingstilbud for kvinnen. I stedet for tvangsmakt anbefaler retningslinjen at innleggelse i døgninstitusjon i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) bør tilbys gravide kvinner i LAR ved ønske og behov.

4.6 Stortingets anmodningsvedtak

Det foreligger ikke øvrige utredninger eller lovforarbeider som omtaler spørsmålet om andre grupper enn gravide rusbrukere. Stortinget har truffet følgende anmodningsvedtak nr.745 (2015–2016):

Stortinget ber regjeringen vurdere om også pålagte tiltak kan settes inn uten samtykke under svangerskap for å sørge for tidlig hjelp og forebygge omsorgssvikt for nyfødte

5 Bekymringsfulle tilstander og livssituasjoner for den gravide og fosteret

I dette kapittelet adresserer vi spørsmålet om hva som representerer potensiell risiko for det ufødte og nyfødte liv, og som kan tenkes å utløse en meldeplikt eller -adgang. Fra listen av de bekymringsfulle livssituasjonene eller tilstandene som ble pekt på i utredningsprosessen har vi konstruert tre kasuistikker, *Anette*, *Samah* og *Liv*, for å konkretisere saksforholdet. Hver av kasuistikkene illustrerer et hovedproblem og flere tilleggsbelastninger med potensielt negative konsekvenser for fosteret.

Erfaringene fra praksisfeltet og brukerrepresentantene tilsier at det er lite hensiktsmessig å vurdere enkeltbelastninger adskilt fra den helhet de inngår i. Dette styrkes av forskning. Larrieu et al. (2008) understreker at spesifikke risikofaktorer spiller en mindre rolle enn antall belastninger og den samlede risiko disse utgjør, når man forsøker å forutsi hva som vil føre til en omsorgsovertakelse. Derfor gjør vi en samlet vurdering av belastningene i de tre kasuistikkene, og drøfter spørsmålet om det er noe, og i så fall hva, som kan begrunne en inngripen som strider mot den gravides ønske og vilje.

Til slutt oppsummeres dilemmaer knyttet til spørsmålet om barnevernets rolle og ansvar. Kasuistikkene, kunnskapen og dilemmaene danner grunnlaget for drøftingene i kapittel 6 av om det bør innføres en form for melding til barnevernet, og hvilke kriterier som i så fall bør legges til grunn. Spørsmålet om frivillighet eller tvangspålagte tiltak drøftes i kapittel 7.

5.1 Bekymringsfulle situasjoner og tilstander

Den gravides somatiske og psykiske helsetilstand, hennes kognitive kapasitet, tilgang på sosial støtte, nære relasjoner og familieforhold samt den materielle og økonomiske situasjonen er alle forhold som kan påvirke barnets utviklingsbetingelser. Som tidligere nevnt legges det mindre vekt på begrepet *former for livsførsel* – i betydningen selvvalgte handlingsmønstre som er opp til kvinnen alene å endre. Det finnes selvsagt tilfeller hvor den gravides frie handlinger, for eksempel et selvmord, eller hennes livsstil, for eksempel utøvelse av ekstremsport, representerer risiko for det ufødte liv.

De situasjoner, tilstander og livsførsler som vekker bekymring, er i de fleste tilfeller ikke avgrenset til graviditet og fosterliv, men omhandler like mye omstendighetene som barnet fødes inn i. Listen under er delt mellom det som oppfattes som en direkte risiko for fosteret, og forhold som i større grad belaster det fødte barnet, selv om det er glidende overganger.

Forhold under graviditeten som potensielt kan innebære risiko for det ufødte liv:

- selvskading, suicidal adferd og suicid
- vedvarende høyt stress
- psykisk eller somatisk sykdom forbundet med adferd eller medikamentbruk med antatt eller kjent fosterskadelig virkning
- partnervold rettet mot den gravide
- dårlig ernæring eller feilernæring, betydelig over- eller undervekt
- livsstil og aktiviteter som potensielt kan skade fosteret

Forhold under graviditeten som kan innebære risiko primært for det fødte liv:

- sosialt utenforskap, begrenset sosial støtte eller negativt sosialt nettverk
- svak kognitiv fungering / (psykisk) utviklingshemning
- psykiske lidelser som systematisk forstyrrer omsorgsevnen
- fysisk og psykisk vold i nære relasjoner, høyt konflikt- og stressnivå
- fattigdom og marginale levekår
- egen erfaring med omsorgssvikt / bakgrunn som barnevernsbarn
- alvorlig traumatisering med pågående konsekvenser / symptomer
- manglende egenomsorg og manglende vilje eller evne til å ta imot hjelp

Denne listen overlapper i stor grad med belastninger som Ward et al. (2012) mener å øke faren for fremtidig omsorgssvikt. Risikofaktorene de beskriver under graviditeten er voldelig aggresjon, benektelse av problemer, manglende etterfølgelse av behandling eller tiltak, svak kognitiv fungering, alvorlig psykisk sykdom, paranoid psykose, rusavhengighet, omsorgssvikt og mishandling i egen barndom som ikke er bearbeidet. Etter at barnet er født, er risikofaktorene foreldres egne problematiske tilknytningserfaringer, mangel på empati for barnet, svake foreldreferdigheter og en tendens til å sette egne behov foran barnets. Forfatterne lister samtidig opp forhold som demper risikoen ved disse faktorene. For tiden før barnet er født, nevner de en støttende, ikke-voldelig partner, erkjennelse av vanskene samt

vilje til å ta imot hjelp, psykisk lidelse med positiv effekt av behandling, og tilpassing/avklart forhold til egen barndom. For tiden etter at barnet er født, nevner de foreldres normale tilknytningsmønster, empati for barnet samt foreldreferdigheter på noen områder. Dette er også de risikoforholdene som Krutzinna & Skivenes (2020) har brukt for å undersøke hva som omtales som risiko for framtidig omsorgssvikt i den juridiske prosessen mot omsorgsovertakelse av nyfødt barn. Risiko og beskyttelse etter fødsel vil også påvirkes av forhold ved barnet – som for eksempel at det er vanskelig å roe og regulere, prematuritet, sykdom, syndrom eller utviklingshemning.

De ovennevnte situasjoner og tilstander danner utgangspunktet for de tre kasuistikkene. Etter hver kasuistikk ser vi på hva forskningen sier om risiko og skadepotensiale for fosteret, for barnet etter fødsel og hvordan belastningene eventuelt påvirker foreldreskapet. Deretter vurderer vi om kunnskapen gir grunnlag for inngripen, selv om det skulle stride mot den gravide kvinnens eget ønske.

5.2 Kasuistikk «Anette»

Anette er gravid i femte måned. Hun ønsker ikke å si hvem som er barnefaren. Oppveksten hennes var preget av mors psykiske lidelse og perioder med festing og rus i hjemmet. Hun ble utsatt for overgrep som barn, og strevde i ungdommen med spiseforstyrrelser og selvskading, eksperimenterte med rus og medikamenter.

Anette har hatt kontakt med psykisk helsevern siden tidlige tenår og med barnevernet fra tiårsalderen. Hun er nå pasient ved DPS (Distriktpsikiatrisk senter) og er diagnostisert med ustabil personlighetsforstyrrelse og bipolar lidelse. Hun er anbefalt å ta stemningsstabiliserende medisiner etter flere episoder med dyp depresjon og suicidforsøk som førte til innleggelse. Hun hevder at hun ikke har noe rusproblem nå, men har omgang med venner som ruser seg. Anette bor alene og mottar sosialstønad. Hun treffer sin mor og mormor, men har ellers minimal kontakt med familie.

Fastlege, jordmor og saksbehandlerne på NAV og DPS har etablert en ansvarsgruppe etter samtykke fra Anette. De profesjonelle er bekymret for både Anette og barnet, men de har ulike ideer om hva som er bra for henne. Behandleren på DPS mener at Anette bør fortsette med

stemningsstabiliserende medisiner for å unngå at hun skal få nye episoder med selvskading og fare for suicidalforsøk. Jordmor forsøker å motivere Anette til å samarbeide med barnevernet før fødsel. Hun tror at Anette vil trenge mer hjelp etter fødsel enn det helsestasjonen kan tilby, og at det bør planlegges så tidlig som mulig. Fastlegen har dårlige erfaringer med barnevernet, og tenker at det p.t. ikke er noen grunn til å koble dem inn. Han foreslår regelmessige urinprøver for å være sikker på at svangerskapet er rusfritt, og foreslår henvisning til et forsterket barseltilbud og BUPs sped- og småbarnsteam som er tilrettelagt for fødende med psykososiale belastninger.

Selv om svangerskapet ikke var planlagt, og Anette er ambivalent, har hun bestemt seg for å gjøre alt hun kan for barnet. Hun kutter ut medisinene og vil få orden på livet, uten innblanding av barnevernet. Hun frykter hva de profesjonelle vil mene om henne som mor.

5.2.1 Hva kan være skadelig for Anettes foster og nyfødte barn?

Anettes tilstand og livssituasjon preges av en opphopning av risikofaktorer: psykisk lidelse og historikk med suicidalforsøk, egne belastende barndomsopplevelser samt bruk av foreskrevne medikamenter med kjent potensiell fosterskadelig virkning. Fastlegen er usikker på om hun har sluttet med rusmidler. Hun blir sannsynligvis aleneforelder, har et begrenset sosialt nettverk og er uten tilknytning til arbeidslivet. Typisk for slike bekymringsbeskrivelser er fraværet i kasuistikken av en eksplisitt redegjørelse for forhold som kan dempe bekymringen. Det vi vet, er at Anette har en operativ ansvarsgruppe med representanter fra helse- og omsorgstjenestene. Hun har noe kontakt med familie, og det kan være at disse representerer ressurser for Anette. Det finnes en lokal tiltakskjede for utsatte gravide, nyfødte og spedbarnsfamilier. Anette har selv tatt beslutningen om å avslutte medisinering. Hun er motivert for å få til forandringer som vil gjøre livssituasjonen bedre egnet for å kunne ta imot barnet.

Selvskading og selvmordsrisiko

Graviditet kan redusere, men også øke risikoen for selvmordstanker og selvskading (Jones et al., 2014). Økt risiko er forbundet med psykisk lidelse som alvorlig depresjon, angstlidelser og psykose, partnervold, ikke-planlagt graviditet, arbeidsløshet og status som aleneforelder (Mendez-Figueroa et al., 2013). Det sier seg selv at stort blodtap, oksygenmangel ved kvelning, forgiftning eller overdose av rus- eller legemidler, eventuelt alvorlig kroppsskade, setter både kvinnens og fosterets liv og helse på spill. Dersom Anettes tilstand forverres

gjennom økt selvskading og selvmordsrisiko, representerer dette en økt og direkte fare for fosteret.

Bipolar lidelse og risiko for svangerskapspsykose

At Anette har sluttet med stemningsstabiliserende medikamenter, beskytter fosteret mot eventuell teratogen (fosterskadelig) virkning, men øker risikoen for forverring av egen psykisk lidelse. Bipolar lidelse innebærer skifter i tilstand mellom depresjon og oppstemthet og mani. Lidelsen kan forstyrre forberedelsene til foreldreskapet og lede til adferd som kan være farlig for både kvinnens og barnets liv og helse.

Ved siden av den direkte risikoen ved økt selvmordsrisiko gir bipolar lidelse en forhøyet risiko for å utvikle barselpsykose og depresjon, særlig hvis det ikke gis adekvat behandling (Jones et al., 2014). Tilstanden er sjelden. Totalt er det 1–2 per 1000 fødende som utvikler en svangerskapspsykose, det vil si mellom 60 og 120 norske kvinner per år (nhi.no). Suicidale impulser (selvmordstanker) er imidlertid ikke uvanlig. Vrangforestillinger eller hallusinasjoner involverer ofte barnet, og sterke, aggressive impulser rettet mot barnet forekommer (Cohen & Nonacs, 2005). Dermed er en barselpsykose potensielt farlig for både kvinne og spedbarn. I Storbritannia er det funnet å være en av de ledende årsaker til kvinners dødelighet i barselperioden (Cantwell et al., 2011).

Til tross for alvorlighetsgraden vil de fleste pasienter som utvikler en psykose etter fødsel, tilfriskne relativt raskt med riktig behandling. En tidligere barselpsykose øker sannsynligheten for at det kan skje igjen. Slike pasienter bør få ekstra oppfølging og informasjon om denne økte risikoen (Raza & Raza, 2020).

Egne omsorgserfaringer

Egen vanskelig oppvekst, med omsorgssvikt og seksuelle overgrep, vil – i henhold til dagens barnevernpraksis – øke alvorlighetsgraden i bekymringen. Juhasz' forskning viser at mange av mødrene som mistet omsorgen for sitt nyfødte barn, selv hadde vært barn i barnevernet (Jakobsen, 2018; Juhasz, 2020). Det tyder på at mors egne omsorgssviktferfaringer spiller en rolle i barnevernets vurderinger av risiko for neste generasjon.

«Indre omsorgsmodeller» og tilknytningsmønster, det vil si de typiske måtene som barn og foreldre forholder seg til hverandre på i situasjoner hvor barnet har behov for beskyttelse og

omsorg, eller når det undersøker og mestrer verden, viser seg ofte å bli overført fra én generasjon til den neste (Fonagy & Target, 2005). I terapeutisk arbeid med sped- og småbarnsfamilier vil et av målene være å forhindre at omsorgspersonens egne dårlige oppvekst- og omsorgserfaringer skal belaste barnet. Antakelsen er at ved å styrke foreldres refleksjoner over egne erfaringer, følelser og handlinger, og samtidig deres kompetanse til å forstå barnet innenfra, vil man samtidig øke omsorgens kvalitet og barnets opplevelse av trygghet i relasjonen (Sadler et al., 2006). Dét er det psykoterapeutiske bidraget til å bryte generasjonsoverføring av problematiske livserfaringer og tilknytningsmønstre. For at terapi skal forbedre betingelsene for kommende generasjoner bør også andre belastninger ryddes av veien, og familien bør ha tilstrekkelige livsbetingelser i et sosialt fellesskap.

Både barnevernfaglig og helsefaglig erfaring, teorier og empirisk forskning understøtter at foreldrenes egne omsorgserfaringer har betydning for hvordan de vil oppdra og vise omsorg for sine barn. Samtidig kan ikke den statistiske sannsynligheten for at barnet «arver» foreldres tilknytningsmønstre forutsi hvordan akkurat Anettes barn får det. Krutzinna & Skivenes' (2020) forskning på de juridiske avgjørelsene om omsorgsovertakelse ved fødsel i tre ulike land, Storbritannia, Tyskland og Norge, viser at dommernes beslutninger hovedsakelig baserer seg på risikofaktorer, uten særlig fokus på risikoreducerende forhold. Norge skiller seg ut med å begrunne økt risiko for barnet med morens negative barndomserfaringer i 74 % av sakene som ble studert. Til sammenligning nevnes dette som en risikofaktor i 36 % av de britiske sakene, og kun 4 % i det tyske utvalget.

Medikament-, rus- og nikotinbruk

Hvis Anette likevel bruker rusmidler i et visst omfang, øker risikoen for en rekke plager og utviklingsavvik. Dette kan være alt fra lav fødselsvekt, abstinenser og reguleringsforstyrrelser av ulik alvorlighetsgrad til mer alvorlig fysiologisk skade og mental retardasjon. De mest alvorlige konsekvenser for fosteret er stort alkoholinntak under svangerskapet, beskrevet som FAS (føtalt alkoholsyndrom) (Lægreid, Bruarøy, & Reigstad, 2005).

Bruk og misbruk av legemidler kan også skade fosteret. Det skjer enten direkte, ved at fosterutviklingen hemmes og i verste fall forårsaker abort, eller indirekte, via effekten på morkakens blodgjennomstrømning, som påvirker fosterets vekst og kan forårsake for tidlig fødsel (Folkehelseinstituttet, 2018). Nikotin har den samme virkningen på morkaken.

Svakt sosialt nettverk

Velfungerende sosiale nettverk er generelt en buffer mot psykisk lidelse, og øker tilfredsheten med en selv og livet. Milgrom et al. (2019) fant at sosial støtte har klar betydning for forekomsten av depresjon og angst fra midten av svangerskapet og til seks måneder etter fødsel. Den positive effekten av støtte var tydeligst mot slutten av graviditeten, og da særlig i form av bekreftelse av den gravides verdi og en trofast, pålitelig relasjon. De fant også at sosial støtte var en beskyttende faktor mot opplevd foreldrestress.

Alle fordelene med sosial støtte og velfungerende nettverk forteller samtidig om konsekvenser av manglende sosiale nettverk. Den gravide har færre å spille på, støtte seg til og få oppmuntringer fra. Hun får mindre praktisk hjelp og avlastning. Hetherington et al. (2019) fant at gravide med svak sosial støtte og få medlemmer i sitt sosiale nettverk har oftere lav inntekt og tilhørte en etnisk minoritet.

5.2.2 Gir kunnskapen grunnlag for inngripen overfor Anette?

Anettes og hennes foster er omgitt av belastninger og risiko som kan være farlige for det ufødte liv. Hvorvidt situasjonen gir grunnlag for å gripe inn, avhenger av om den i løpet av svangerskapet utvikler seg i positiv eller negativ retning. Selvmordsforsøk og alvorlig selvskaade er en åpenbar trussel mot fosteret. Disse to faremomentene og en forverring av hennes bipolare lidelse kan oppfylle både behandlings- og farekriteriet for tvunget psykisk helsevern. Fra både et helsefaglig og barnevernfaglig perspektiv vil livreddende, skadereducerende og stabiliserende helsehjelp til Anette også være den beste ivaretagelse av fosteret.

Hvis det skulle vise seg at Anette har en rus- og medikamentbruk av et omfang som overveiende sannsynlig vil påføre fosteret skade, gir dette hjemmel til bruk av tvang i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. I slike tilfeller er også melding til barneverntjenesten lov hjemlet i dagens barnevernlov. Anette har valgt å kutte ut medisiner, og dermed trosset legens anbefaling. Både inntak av visse medikamenter og avslutning av medikamentell behandling kan gi forhøyet risiko for fosteret gjennom forverring av sykdommen. I dette tilfellet kan ingen av dem gi grunn til verken melding til barnevernet eller inngrep med tvang.

Anettes barndomserfaringer med omsorgssvikt og overgrep øker den statistiske sannsynligheten for at barnet hennes vil kunne trenge ekstra beskyttelse, men barndommen

hennes representerer ingen direkte fare for fosteret. Eventuelle inngrep kan kun forsvares hvis de vil styrke foreldreskap og forebygge omsorgssvikt. Svangerskap og spebarnstid er et gunstig tidspunkt for å bryte en negativ sosial arv og generasjonsoverførte traumer i en frivillig hjelperelasjon. Denne kunnskapen tilsier at hjelpen bør være frivillig og ikke pålegges med tvang.

Manglende eller svakt sosialt nettverk hører ikke med blant de forholdene som er direkte fosterskadelige, og bør dermed isolert sett verken utløse en eventuell meldeplikt eller tvangstiltak. I en helhetsvurdering av hva som trengs av hjelp under svangerskapet og etter fødselen, og hva som kan påvirke mors psykiske helse og omsorgsevne, positivt og negativt, hører imidlertid det sosiale nettverket med.

Opprettelse av kontakt med barnevernet vil være gunstig i de fleste tilfeller der mors sykdom antas å være alvorlig og langvarig. Et tidlig samarbeid mellom helsetjenestene og barnevernet vil gi et bedre utgangspunkt for å utrede behovene for støtte og planlegge gode rammer for den nye familien. I tilsvarende saker som Anettes er hjemmel for inngripen uten samtykke ivaretatt i psykisk helsevernloven (1999).

5.3 Kasuistikk «Liv»

Liv er samboer med Roald, og de har et turbulent forhold. Konfliktene dem imellom ender ofte med at Roald tyr til vold. Liv har gjentatte ganger søkt ly på krisesenteret etter slike episoder. Da Liv ble gravid, lovet han å aldri mer legge hånd på henne. Roald ble selv utsatt for vold av sin far, og vil at hans barn skal få en bedre oppvekst. Men graviditeten intensiverer både de gode følelsene og konfliktnivået. Roald plages av tanker om at barnet kanskje ikke er hans. I femte måned oppsøker Liv krisesenteret etter en ny voldsepisode fra en sint, sjalu og full Roald. Hun er i dårlig psykisk forfatning.

Krisesenterets sosionom sørger for legesjekk, og for at Liv følger opp svangerskapskontrollene. Hun anbefaler å koble inn barnevernet for å støtte mor og barn etter fødsel, og informerer om ulike tilbud barneverntjenesten har, blant annet opphold på Senter for foreldre og barn. Samtidig legger Roald seg flat, erklærer sin kjærlighet til Liv og barnet, og forteller at han selv har søkt hjelp hos Alternativ til vold. Liv flytter hjem.

Sosionomen på krisesenteret frykter for liv og helse for både Liv og barnet i magen, og holder kontakten med henne. Liv vil ikke politianmelde Roald, men er åpen for å ta imot hjelp. Hun gir samtykke til at sosionomen samarbeider med leger og jordmor, og sier ja til kontakt med kommunens lavterskel familieteam. Hun vil imidlertid ikke ha noe med barnevernet å gjøre. Hun ble fratatt omsorgen for sitt førstefødte barn ti år tidligere, og både hun og Roald har liten tillit til norske myndighetsinstitusjoner. De har begge samisk opphav.

5.3.1 Risikofaktorer og belastninger som kan påvirke Livs foster og nyfødte barn

Vold og fysisk skade

Voldsutøvelse mot den gravide regnes som en av de største truslene mot god svangerskapshelse (Helsedirektoratet, 2014), og kan i verste fall skade fosteret fysisk. Isdal (2018) beskriver *vold* som enhver handling rettet mot en annen person – som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker – får denne andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil. Vold kan også være fravær av handlinger, i form av fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt (Krug et al., 2002).

Med referanse til Haaland et al. (2005), stipulerer Helsedirektoratet at hver fjerde kvinne har vært utsatt for vold, og at cirka 4 % av alle gravide har opplevd vold under svangerskapet. Forekomsten beregnes noe høyere i internasjonale studier. WHO rapporterer om en forekomst på mellom 4 % og 12 % for de fleste landene som ble studert (Garcia-Moreno et al., 2005). En metaanalyse av 92 studier i 23 land viste at 19,8 % av gravide hadde blitt utsatt for vold. Dette omfatter psykisk, fysisk og seksuell vold (James et al. 2013). I et utvalg på 50 000 fra den norske mor-barn-undersøkelsen, sa 32 % at de hadde blitt utsatt for vold, enten i løpet av svangerskapet eller før (Sørbo et al., 2014). Til tross for variasjon i definisjoner av vold og rapportert forekomst, er det enighet om at vold i nære relasjoner er en dominerende årsak til fysisk skade i svangerskapet.

Rusbruk er hyppig til stede i alle former for fysisk skade under graviditet – som fall, partnervold og ulykker. Risiko for voldelig skade øker ytterligere med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status, uønsket svangerskap, en historie med partnervold før graviditeten og egen oppvekst med familievold (Mendez-Figueroa et al. 2013). I *Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner* (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013) vises det til kunnskap som dokumenterer en høyere forekomst av vold i befolkningsgrupper som er

avhengige av velferdsytelser (trygd og sosialhjelp), som er uten arbeid, og som har lav utdanning.

Partnervold har utvilsomt en skadelig virkning på kvinnens fysiske, psykiske og reproduktive helse (García-Moreno et al., 2013). Risikoen for å få en fødselsdepresjon er mellom 50 og 80% høyere for kvinner som har blitt utsatt for vold, enn for de som ikke har vært utsatt for vold (Sørbø et al., 2014). Vold er en stor belastning under forberedelsene til foreldreskapet og omsorgsrollen.

Ved vold mot gravide står også fosteret i fare for å bli skadet. Der en gravid kvinne utsettes for vold, skal det også tas hensyn til fosteret. En kunnskapsoppsummering om konsekvensene av vold i svangerskapet for foster og nyfødt barn fant at det *er* en forbindelse mellom voldsutsatthet og for tidlig fødsel og lav fødselsvekt som kan være kausal (Hill et al., 2016). Flere barn av voldsutsatte kvinner må ha opphold på en nyfødtintensivavdeling (Jagoe et al., 2000).

En studie fra Kamerun fant at partnervold bidro til økt sannsynlighet for spontanabort, og at emosjonell vold bidro sterkest til dette (Alio et al., 2009). Studien anerkjennes i *The Lancet* som et viktig bidrag til kunnskapen om vold mot gravide gjennom sitt søkelys på emosjonell vold og funnet om at emosjonell vold hadde sterkere sammenheng med spontanabort enn fysisk vold (Garcia-Moreno, 2009). Det indikerer sammensatte bio-psyko-sosiale mekanismer som påvirker reproduktiv helse og mor/foster/barn-helse. Vi må forstå hva volden gjør med kvinnen og den blivende mor når en mulig foster- og nyfødtskadelig effekt skal vurderes.

I WHO's internasjonale kartlegging av kvinners helse og utsatthet for vold i nære relasjoner rapporteres det at mellom 11 % og 44 % av kvinner som noen gang hadde vært utsatt for partnervold, også ble mishandlet under graviditeten (García-Moreno et al., 2005). Ifølge NOU 2017: 12 *Svikt og svik* finnes det forskningsmessig belegg for at vold mot gravide ofte fortsetter etter fødselen, og at vold mellom omsorgspersoner også øker barns risiko for selv å bli utsatt for fysisk vold, både fra utøveren av partnervold og fra den som er offer.

Stress

Kunnskapen om at høye nivåer av stresshormoner kan påvirke den nevrobiologiske utviklingen og kroppens reguleringsmekanismer og immunforsvar etter fødsel og gjennom

livsløpet er vel etablert og akseptert (Shonkoff et al., 2012). Getz et al. (2011) oppsummerer forskning som beskriver stadig mer presist emosjonenes fysiologiske korrelater, og hvordan langvarig overbeskatning av menneskets fysiologiske tilpasningsevne kan lede til helseskade. At høye nivåer av stress vil påvirke den psykologiske forberedelsesprosessen for foreldreskap, og at de samme fysiologiske mekanismene påvirker den gravide kroppen og begge livene, kvinnens og det ufødte, er en rimelig antakelse. I boken *De minste barnas stemme* (Sjøvold & Furuholmen, 2020) beskrives denne sammenhengen slik:

Den gravidens fysiske og psykiske helse utgjør en viktig del av fosterets miljø. Dersom en person utsettes for stress, vil hjernen øke produksjonen av det livsviktige aktiveringshormonet kortisol. Utskillelsen skjer i den såkalte HPA-aksen (hypothalamus–hypofysen–adrenalkjertelen), som er sensitiv for følelsesmessige prosesser, og som bidrar til å kanalisere individets energi blant annet til beskyttelse og overlevelse når trusler i omgivelsene oppstår. Gjennom hyperaktivitet i denne aksen skjer en økt utskillelse av kortisol. Under graviditeten overføres hormonet via navlestrengen til fosteret og påvirker det ufødte barnets hjerneutvikling (Sheridan & Nelson, 2009). Dette gir økt følsomhet for stress hos barnet, også etter fødsel. Barn født av kvinner som har levd med belastninger over tid under graviditeten, vil derfor ha økt sårbarhet for vansker med regulering etter fødsel (s. 26).

Denne forsiktige konklusjonen om økt sårbarhet for reguleringsvansker hos den nyfødte støttes av studier som finner indikasjoner på at høyt stress- og angstnivå i svangerskapet gir økt risiko for tidlige fødsler, dårligere nyfødtstatus, og at barnets videre utvikling kan påvirkes negativt (Buffa et al., 2018; Littleton et al., 2010). Andre studier toner ned betydningen av stress. Putnam-Hornstein & Needell (2011) hevder at selv om disse utfallene har betydning ved fødsel, synes de å miste sin forklaringskraft for hvordan barnet utvikler seg etter småbarnsalderen.

Angst og depresjon

Forekomsten av angst og depressive symptomer øker i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode. Hvert år er det mellom 4000 og 8000 kvinner i Norge som rammes. Det tilsvarer en andel på mellom 7 og 13 % av de som gjennomgår et svangerskap. Ca. en tredel av depresjonene starter under svangerskapet (Eberhardt-Gran et al., 2014). I tillegg til at angst og depresjon påvirker de mentale, forberedende utviklingsprosessene i svangerskapet finnes

det forskning som antyder at dyp depresjon hos den gravide også kan påvirke fosteret (Sjøvold & Furuholmen, 2020).

I en studie av hvorvidt den gravides angst eller depresjonstilstand påvirket fosterets neurofysiologiske utvikling, ble det gjort funn – med forbehold om begrensninger i studien – som tyder på at fosteret reagerer med økt reaktivitet når den gravide har angst, og redusert reaktivitet ved depresjon (Reissland et al., 2018). I en kunnskapsoppsummering om hvorvidt mors angst før og etter fødselen kan påføre barnet emosjonelle vansker, konkluderes det imidlertid med en alt i alt liten negativ effekt (Rees et al., 2019). Den norske mor-barnundersøkelsen finner ingen sammenheng mellom angst i svangerskapet og emosjonelle vansker hos barnet (Bekkhus et al., 2018).

Det er imidlertid godt dokumentert at mødres depresjon har en negativ effekt på samspill og kontakt med barnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Eberhard-Gran et al., 2014; Murray & Cooper, 1997). Men depresjon og andre psykiske lidelser varierer i alvorlighetsgrad med symptomer som spenner fra milde til alvorlige. Konsekvensen for barnet avhenger av alvorlighetsgrad og varighet, og hvordan lidelsen systematisk påvirker omsorgsfunksjonene. Konsekvensene vil også modereres av morens praktiske og sosiale støtte.

Omsorgspersonens depressive tilstand er en belastning for spedbarnets trivsel og utvikling. Konsekvensene for barnet henger imidlertid sammen med depresjonens grad og varighet, om barnet har tilgang på alternativ omsorgsperson, tilgang på sosial støtte, og hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som ellers er i situasjonen. Spesielt er en tilstedeværende, frisk og sensitiv far/partner eller støtteperson en beskyttende faktor (Folkehelseinstituttet, 2018).

5.3.2 Gir kunnskapen grunnlag for inngripen overfor Liv?

Livs foster utsettes for to vesentlige belastninger, den ene er vold og den andre er psykisk lidelse i form av depresjon og angst. Er Livs valg om å bli værende i parforholdet, og dermed utsette seg selv og fosteret for en mulig fortsatt voldsfare, alvorlig nok til å forsvare en inngrepsmulighet uten samtykke? Alvorlighetsgrad kan knyttes til den psykiske belastningen og kroppsskaden forårsaket av voldshandlingene, men også risikoen ved å bli værende i en voldelig relasjon, og sannsynligheten for at den fortsetter etter at barnet er født. I kasuistikken erkjenner den voldelige partneren at han har et problem og søker hjelp. Ifølge modellen fra Ward med flere (2012) kan dette dempe risikoen for framtidig omsorgssvikt. Gravide som

utsettes for vold, kan ha behov for særskilt oppfølging under graviditeten samt under fødselen, og det er derfor viktig at annet helsepersonell som møter kvinnen er informert om situasjonen (Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2018). Inngripen i voldsrelasjoner kan fungere tilsvarende som for rusavhengige gravide – der myndighetsinngripen blir et virkemiddel for å rive henne løs fra et grep som hun på egenhånd ikke kommer løs fra.

Ut fra dagens kunnskap er den direkte skadelige effekten av angst og depresjon under svangerskapet isolert sett så svak at det ikke er grunnlag for en eventuell bekymringsmelding. Det samme gjelder kunnskapsgrunnlaget vedrørende sammenheng mellom den gravides høye stressnivå og en direkte og målbar negativ effekt på fosterets og spedbarnets helse. Høyt stressnivå alene er ikke alvorlig nok til å forsvare en inngripen mot den gravides vilje.

Oppsummert kan vi si at ulike former for psykisk lidelse har betydning for vurderingen av fremtidig omsorgsevne, og at fosteret kan påvirkes av den gravides sinnstilstand. Men selv om mor har en diagnose er det ikke gitt at barnet belastes og utvikler vansker. Selv om det ikke er forskningsmessig belegg for å si at psykisk lidelse alene kan være en indikasjon på nødvendingen av myndighetsinngripen, er det verd å merke seg at forhold ved den gravides psykiske helse er den hyppigste årsaken til omsorgsovertakelse ved fødsel. Betydningen av mors psykiske lidelse inngår i barnevernets helhetsvurdering av om kriterier for separasjon etter fødsel er oppfylt, men Juhasz' gjennomgang dokumenterer at psykisk helse er den primære årsaken til inngrepet. Av dette kan det slutes at barneverntjenesten vurderer mors psykiske helseproblemer som en klar risiko for det nyfødte barnet (Jakobsen, 2018).

5.4 Kasuistikk «Samah»

Samah er andregenerasjons innvandrere og bor sammen med sin storfamilie. Hun har en psykisk utviklingshemning med uklar årsak. Samah er sysselsatt i en vernet bedrift hvor også kjæresten jobber. Foreldrene er fortvilet, men Samah gleder seg over graviditeten, som ble oppdaget først i fjerde måned. Hun er overvektig, men er ellers frisk. Når barnet er født, ser hun for seg å etablere sitt selvstendige voksen- og familieliv sammen med barnefaren.

Samahs familie er «tett på», særlig hennes mor og en eldre søster. Hun går til ordinære svangerskapskontroller, som regel i følge med mor eller søster. Svangerskapet utvikler seg

normalt, men jordmor og fastlege er svært bekymret for tiden etter fødsel. De vurderer at Samahs kognitive fungering er uforenlig med å ivareta omsorgen for et barn. I møte med Samah og mor, anbefaler de å etablere et samarbeid med barnevernet før fødsel. Samah reagerer med redsel. Hennes mor sier nei, og uttrykker skepsis til norsk barnevern. Etterpå rådfører Samahs foreldre seg med familiens overhoder.

Kort tid senere får jordmor høre at Samah skal reise til familiens opprinnelsesland. Hun blir bekymret for både Samah og barnet i magen og bestemmer seg for å rådføre seg med en samarbeidspartner i barneverntjenesten.

5.4.1 Potensiell risiko for Samahs foster og nyfødte barn

Psykisk utviklingshemning

Samahs psykiske utviklingshemning er det som først vekker bekymring hos helsepersonell. Bekymringen er knyttet til tiden etter fødsel, og om Samah vil være i stand til å gi barnet forsvarlig omsorg. Psykisk utviklingshemning defineres i den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) som en

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale (Kodeverket ICD-10 og ICD-11, 2015).

Selv om svangerskap og fødsel er en periode som stimulerer til utvikling av omsorgsevne, vil en utviklingshemning påvirke også denne utviklingen. I følge Juhasz' forskning på norske fylkesnemndsvedtak er svak kognitiv fungering den nest hyppigste årsaken til omsorgsovertakelse ved fødsel – ut fra prognostiske vurderinger av utilstrekkelig omsorg for barnet etter fødsel (Jakobsen, 2018).

Kanadiske Potvin et al. (2020) og Brown et al. (2016) sin forskning viser økt utsatthet også for det ufødte liv i form av noe svakere nyfødtstatus, høyere forekomst av svangerskapskomplikasjoner, for tidlig fødsel lavere fødselsvekt og dårligere APGAR-skåre. Forskerne setter disse negative utfallene i sammenheng med en helseskadelig livsstil som for eksempel røyking, samtidig mental lidelse og en sosial kontekst preget av fattigdom, sosial isolasjon,

stigma og fordommer. Disse er to av flere forskningsartikler som peker på at det ikke nødvendigvis er kvinnens tilstand i seg selv som representerer risiko for foster og barn, men snarere en rekke bakenforliggende faktorer og samtidige belastninger.

Kvinner med svak kognitiv fungering og utviklingshemning kan dessuten mangle vesentlig kunnskap om reproduktiv helse, fosterutvikling og selvivaretagelse under svangerskapet, som for eksempel betydningen av et sunt kosthold og folsyretilskudd, røykavvenning og faren ved medikament- og rusbruk (Potvin et al., 2020). Kanadiske fødselsregistre viser at kvinner med utviklingshemning dobbelt så ofte blir gravide på ny innen ett år etter forrige fødsel, sammenlignet med en normalgruppe (Brown et al., 2018).

Fedme og spiseforstyrrelser

Én av fem norske kvinner i fertil alder klassifiseres med fedme, og under halvparten har normal BMI (Body Mass Index). Fedme og overvekt er den vanligste risikofaktoren i svangerskapsomsorgen, og er forbundet med uvanlig høy fødselsvekt (over 90-persentilen i tilknytning til svangerskapslengde), noe som øker risikoen for fødselskomplikasjoner. Fedme gir også økt risiko for svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes (Norsk gynekologisk forening, 2020). En studie viser at mors overvekt eller fedme før svangerskapet samvarierer med hyppigere forekomst av nevropsykologiske tilstander senere i barnets utvikling, uten at fedme nødvendigvis er en direkte årsak til disse (Sanchez et al., 2018).

Det motsatte av hva som er tilfelle i kasuistikken om Samah, er sterk underernæring, anoreksi eller et næringsfattig kosthold. Dette er også forhold som vekker bekymring for fosterhelse, særlig når det opptrer sammen med en generell dårlig selvivaretagelse. En omfattende kanadisk registerundersøkelse, som omfattet mer enn to millioner svangerskap, dokumenterer at kvinner med alvorlig anoreksi nervosa, som krevde sykehusinnleggelse før eller under svangerskapet, hadde flere dødfødsler og for tidlige fødsler, sammenlignet med kvinner uten noen innleggelse for anoreksi. Barna av kvinnene med innleggelse hadde oftere lav fødselsvekt og var små for alderen. Biologiske mekanismer reduserer sannsynligheten for befruktning ved langvarig undervekt, og sikrer næring til fosteret dersom kvinnen blir gravid. Men den nevnte undersøkelsen dokumenter negative utfall i nyfødtstatus og forklarer det i hovedsak med dårlig fostervekst på grunn av redusert blodgjennomstrømming i morkake og utilstrekkelig overføring av næring. Anoreksi er forbundet med jern, folsyre, sink og vitamin A-mangler, noe som også kan påvirke fosterhelse (Ante et.al., 2020).

Sosialt nettverk, partner og sosial kontroll

I Samahs tilfelle er den sosiale støtten sterk, og hun har et stort familienettverk. I utgangspunktet vil en tenke at dette kan kompensere for at Samah har kognitive begrensninger som vil gå ut over hennes omsorgsevne. Barnet vil trolig ha andre velfungerende omsorgspersoner som er stabilt til stede og som barnet kan knytte seg til. Men det er også en mulighet for at familiens kontroll over Samah kan representere en fare for både mor og foster/barn. *Vold i nære relasjoner* omfatter negativ sosial kontroll og tvangsekteskap (NKVTS, 2018). Negativ sosial kontroll handler om ulike former for oppsyn, press, trusler og tvang som utøves for å sikre at en person lever i tråd med familiens eller gruppens normer og verdier. Negativ sosial kontroll kan forekomme hyppig i noen kulturer og religiøse grupper, men forekommer også i lukkede miljøer i kulturer hvor slik kontroll ikke er vanlig. Kontrollen kan være i strid med den enkeltes rettigheter og norsk lov.

Siden barnefaren også er sysselsatt i en vernet bedrift, har også han noen utfordringer, men det er uklart om han representerer en ressurs eller en ytterligere bekymring. Internasjonal forskning viser at hjelpeapparatets tilnærming i perinatalperioden gjør at fedre kan komme i bakgrunnen, og at deres omsorgskapasitet ikke blir behørig vurdert. Ekstra tydelig er det i saker med barnevernbekymring (Brown et al., 2009). En kvalitativ, norsk studie av fedre i rusbehandling avdekker en lignende dynamikk (Söderström & Skårderud, 2013). En helhetlig vurdering av risiko for det ufødte liv må inkludere fedrenes / partneres rolle og ressurser for å kunne vite om deres bidrag demper eller øker risiko, og om de kan gi en trygg omsorgssituasjon for barnet.

5.4.2 Gir kunnskapen grunnlag for inngripen overfor Samah?

Psykisk utviklingshemning alene er ingen direkte trussel mot fosteret, men de fleste blivende mødre med psykisk utviklingshemning bør utredes og vurderes med tanke på omsorgskompetanse. Dette for å unngå at kvinner med en mild grad av kognitiv svikt feilaktig fraskrives muligheten til å være omsorgsperson, men også for å sikre barnet etter fødselen der den kognitive svikten er så stor at den er uforenlig med barneomsorg. En plikt eller anledning til å melde barnevernet kan ivareta utredningsbehovet for alle gravide med psykisk utviklingshemning, også de kvinnene som i dag ikke tør å samtykke.

Samahs fedme representerer en risiko for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, uten at dette isolert setteren sterk nok risikofaktor til å være en bekymring som berettiger inngripen uten samtykke. Ekstrem underernæring over tid representerer en alvorlig helserisiko for både den gravide og fosteret. Inngrep med tvang kan i noen tilfeller være hjemlet i farekriteriet i psykisk helsevernloven (1999).

I en del situasjoner vil bekymringen for fosterets og barnets velferd være knyttet til den gravide kvinnens sosiale miljø eller nære relasjoner. I kasuistikken om Samah kan det tenkes at jordmors bekymring handlet om frykt for negativ sosial kontroll, tvangsekteskap eller æresrelatert vold med potensiell fare for Samahs liv og helse, eller at barnet skulle bli født og etterlatt i familiens opprinnelsesland – eller begge deler. Vurdering av negativ sosial kontroll og fare for vold krever spesialkompetanse, beskrevet blant annet i *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet* (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

Barnevernet kan bidra til å beskytte unge kvinner mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold, i tilfeller hvor disse kvinnes liv og helse er i fare. Slik det også er konkludert i omtalene av kasuistikken Liv, vurderes kunnskapsgrunnlaget å være et sterkt for å si at vold i nære relasjoner er skadelig for både den gravide kvinnen, fosteret og barnet. *Retningslinje for svangerskapsomsorgen* anbefaler at jordmor legger til rette for en samtale med den gravide om vold og negativ sosial kontroll, og at jordmor samarbeider med fagpersoner med særskilt kompetanse på vold for å gjøre spesifikke vurderinger og sikkerhetsarbeid. Som helsepersonell har hun et ansvar for å avverge at en pasient utsettes for vold, og hun skal ta hensyn til konsekvenser for fosteret (NKVTS, 2018).

Psykisk utviklingshemning og manglende forståelse av reproduktiv helse er et moment i et forebyggingsperspektiv hvor «tidlig inn» betyr veiledning og råd om familieplanlegging og reproduktiv helse før (neste) svangerskap er et faktum.

5.5 Oppsummert om kunnskapsgrunnlaget for inngripen

Ingen av kvinnene i de tre kasuistikkene ønsket kontakt med barnevernet under svangerskapet. Spørsmålet er om kunnskapsbasen om risikoforholdene inneholder noe som legitimerer det å tilsidesette deres beslutninger. Prinsippene om en kvinnesentrert

svangerskapsomsorg og pasienters selvråderett tilsier at dokumentasjonen om fosterskade eller tapte muligheter for å forebygge senere skade må være overbevisende for at man skal kunne gripe inn uten samtykke.

I vår gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget, for eventuelt å hevde at andre forhold enn rusmisbruk kan gi fosterskade, har vi funnet at vold i nære relasjoner utgjør en risiko. Vold i nære relasjoner betyr et skadepotensiale både før og etter fødsel, som fra et helsefaglig og barnevernfaglig perspektiv kan legitimere inngripen uten samtykke.

Psykisk utviklingshemning er en tilstand hvor en risiko for utilstrekkelig omsorg og dårlige utviklingsbetingelser er størst etter fødsel. En legitim mulighet for inngrep under svangerskapet kan bidra til bedre og tidligere utredning av omsorgsevne, og muligens forhindre svakt begrunnede omsorgsovertakelser.

Ingen av de andre risikoforholdene har, ifølge vår gjennomgang, et skadepotensial som isolert sett kan begrunne en inngripen uten samtykke. Det er i store trekk den samme konklusjon som tidligere utredninger, for eksempel Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14) og revisjonen av LAR- retningslinjen (Helsedirektoratet, 2019).

Med forskning som viser at ingen spesifikk risikoprofil, for eksempel mødre med rusavhengighet eller mødre med psykisk lidelse, utelukker en fremtidig, god omsorgsevne i mente (Larrieu et al., 2008), understrekes betydningen av å gjøre helhetsvurderinger av risiko og beskyttelse i den gitte konteksten den gravide er i.

Forskningsbasert kunnskap om konkrete risikoforhold er viktig, og er i kontinuerlig utvikling. Vår tverrfaglige tilnærming til utredningen innebærer et standpunkt om at forskningsbasert evidens vil være et viktig grunnlag for å vurdere berettigelsen av samfunnets inngrep for å verne om det ufødte liv. Men det vil bare være ett grunnlag blant flere. Forskning alene vil ikke gi endelige svar på de moralske spørsmålene eller løse de etiske dilemmaene og rettighetskonfliktene. Dette gjelder uavhengig av om framtidig forskning vil gi ny kunnskap om konsekvenser av påkjenninger i fosterlivet.

5.6 Kasuistikkenes sentrale dilemmaer

Vi har her redegjort for ulike potensielt (direkte og indirekte) skadelige tilstander og livsomstendigheter for fosteret og det fødte barnet. Kasuistikkene illustrerer at flere belastninger og lidelser samtidig og at situasjonene er og komplekse. Problemstillingene og dilemmaene er mange, men kan oppsummeres i noen hovedkategorier knyttet til:

- den gravides selvråderett og kvinnesentrert svangerskapsomsorg versus ønsket om å komme tidlig inn
- helse- og omsorgspersonells bekymring for både den gravides og fosterets liv og helse
- kompliserte avveininger mellom den gravides behandlingsbehov og fosterets / barnets beste
- uenighet blant helsepersonell om barnevernet bør involveres
- manglende tillit til barnevernet blant helsepersonell
- manglende tillit til barnevernet i minoritetskulturer
- barnefars og annen families nære eller perifere rolle

Både kunnskapen om risikoforhold og kasuistikkene, som våre rådgivere i praksisfeltet vurderte å være representative og gjenkjennbare, tilsier at de fleste bekymringer som oppstår for en gravid og det ufødte barnet, er knyttet til tiden etter fødselen. Ønsket om at barnevernet bør involveres tidlig, er knyttet til muligheten for å starte kartlegging av behov og begynne med hjelpetiltak allerede under graviditeten for å få et bedre grunnlag for en tilpasset plan –og sannsynligvis bedre beslutninger og tiltak etter fødsel.

Hjelp eller frykt

Frykten er at hvis det sendes en melding mot den gravides ønske og vilje, kan det motsatte skje, nemlig at kontakten med hjelpetjenestene bryter sammen. Det er en viss risiko for at en meldeplikt/-anledning kan sette Anettes samarbeid med ansvarsgruppen på spill, og at hun reserverer seg eller avslutter all kontakt. I verste fall kan hun unndra seg svangerskapsomsorg eller velge å flytte til et nytt sted, slik det antydes vil skje i Samahs historie. Livs voldsutsatthet utløser en moralsk plikt til å forsøke å beskytte både henne og fosteret.

Våre rådgivere fra barnevern som yter tjenester i en region med høy andel av innvandrere, er godt kjent med den frykten for barnevernet som hersker blant flyktning- og innvandrerbefolkningen og blant etniske minoriteter. De problematiserer at et utvidet ansvar og meldeplikt kan øke denne frykten og føre til vegring for kontakt med barnevernet. Flere kan

velge «å gå under jorda» og unndra seg kontakt med alle typer helse- og hjelpetjenester, og eventuelt velge å føde i opprinnelseslandet.

Hvem kan beslutte hva på vegne av hvem?

Pasienters selvråderett, kvinnesentrert barselomsorg og fosterets juridiske status er sterke grunner til at det er den gravide selv som har ansvar og tar valg, også valg av betydning for fosteret. Slik kasuistikken om Anette er formulert, har hun beslutningskompetanse. Hun er ikke i en tilstand av overhengende fare for seg selv eller fosteret. Hun har kontakt med flere instanser som arbeider koordinert og legger planer for tiden frem mot fødsel og etter. Imidlertid ønsker hun ikke kontakt med barnevernet, og blokkerer dermed muligheten for at tjenestene kommer i den gunstige posisjonen at de kan planlegge sammen med henne, eller på vegne av henne og barnet.

I tilfeller som ligner Samahs, hvor det stilles spørsmål ved beslutningskompetanse og kognitiv kapasitet til å ta informerte valg på vegne av seg selv og fosteret, er kvinnen avhengig av beslutningsstøtte. I Samahs tilfelle synes hennes valgfrihet å være overtatt av familiens overhode(r). La oss anta at jordmorens bekymring er at barnet vil bli født i utlandet og muligens etterlatt der for å vokse opp med slektninger. Dersom fosteret tilskrives et beskyttelsesbehov for dette, er spørsmålet om handlingen da kommer inn under definisjonene av vold, slik de gjelder for fødte barns ufrivillige opphold i familiens opprinnelsesland. Dette fortoner seg som et svært komplisert politisk, kulturelt og rettslig landskap – nærmest et minefelt.

Hvem som vet best, og hvem som har rett til å bestemme, kan gi grobunn for kulturelle misforståelser. Det kreves en god og lyttede dialog mellom de som har myndighetsmakt og ansvar og de som står Samah og hennes fremtidige barn nær, for å vite hvilke løsninger som på kort og lang sikt vil gagne kvinnen og barnet.

Helsetjenestenes eller barnevernets ansvar?

Fra helsefaglig hold er det utenkelig at barnevernet skulle få anledning til å tilsidesette helsefaglige vurderinger og/eller få anledning til å tvangsinnlegge psykisk syke gravide i helseinstitusjon – i den hensikt å beskytte det ufødte liv. Like problematisk er det dersom den psykisk syke skulle bli innlagt i en barneverninstitusjon uten samtykke, og uten at hennes psykiske helse og behandlingsbehov ivaretas forsvarlig.

Tvang eller frivillighet

Utredningsprosessen vitner om en sterk anerkjennelse av at det er viktig å komme tidlig inn, men også hvor viktig det er at dette skjer med utgang punkt i kvinnens egen motivasjon og frivillighet. Våre rådgivere sier at de som regel får dette til innenfor dagens mandat, uten å tråkke over noen juridiske grenser. Når de likevel ser fordeler med en mulighet til å melde uten samtykke, er det for å vinne tid. De ønsker å komme i posisjon i de sjeldne tilfellene der mangel på samtykke øker sannsynligheten for at kvinnen, fosteret eller barnet vil ta skade, og hjelpemuligheter går tapt.

Mer eller mindre tvangsbruk

En innføring av tvangsbestemmelser overfor gravide er i konflikt med nasjonale og menneskerettslige føringer om å redusere tvang i psykisk helsevern. Men inngripen uten samtykke kan tenkes å være legitim på samme grunnlag som tvangsinnleggelse av gravide rusmiddelavhengige, der staten har hjemmel for å gripe inn for å hindre eller redusere varig skade.

6 Innføring av adgang eller plikt til å melde?

I dette kapitlet behandles et av utredningens hovedspørsmål – om det skal innføres en adgang eller plikt for helsepersonell til å melde bekymring for det ufødte liv. Som drøftingene hittil med all tydelighet har vist, støter vi på en rekke etiske dilemmaer i spørsmålet om en innføring av meldeadgang eller -plikt. Som nevnt foreligger det et etisk dilemma når vi står overfor handlingsvalg som innebærer tvil og usikkerhet om hva som er riktig å gjøre, når vi må velge mellom alternativer som er forbundet med ubehag for alle eller noen av de involverte partene. Et handlingsvalg kan være riktig for én involvert part og uriktig for en annen, og kan dermed påføre sistnevnte et ubehag. Eller så kan alle mulige handlingsvalg være negative for alle involverte parter. Det vil være snakk om hvilke hensyn som bør tillegges størst vekt.

I det følgende skal vi trekke inn momenter fra drøftingene hittil, vi skal tilføre nye momenter og vurdere hvordan de bidrar til å svare på spørsmålet om meldeadgang eller -plikt. Kapitlet starter med en gjennomgang av – på den ene siden uheldige og på den andre siden heldige – konsekvenser av meldeadgang eller -plikt. En avveining av forholdet mellom disse konsekvensene munner så ut i en anbefaling om hvorvidt det bør innføres en meldeadgang/-plikt. Dernest drøftes det hvilke kriterier som eventuelt kan eller skal utløse en melding, og hvorvidt det bør foreligge en adgang *eller* en plikt til å melde. Videre vurderes det om andre enn helsepersonell skal omfattes av en eventuell meldeadgang eller -plikt. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av anbefalingene som er gitt underveis.

6.1 Konsekvenser av melding til barnevernet

Utredningsoppdraget inkluderer stillingtagen til noen helt konkrete potensielt ugunstige konsekvenser av meldeadgang eller meldeplikt til barnevernet:

- I hvilken grad det vil kunne føre til fare for at gravide ikke vil oppsøke helse- og omsorgstjenestene under svangerskapet, og dermed avskjære god svangerskapsomsorg og ytelse av helse- og omsorgstjenester som bidrar til å ivareta den gravide og det ufødte livet;
- Om det vil kunne skade det nødvendige tillitsforholdet mellom den gravide og helsepersonell;

- Om det vil innebære inngrep i den gravides rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder retten til svangerskapsavbrudd;
- Hvordan det vil gripe inn i den gravides personvern og private autonomi.

I det følgende diskuteres disse potensielt ugunstige konsekvensene, kontrastert mot gunstige konsekvenser av en eventuell meldeadgang eller -plikt. Gunstige konsekvenser som trekkes frem er tidlig og god hjelp som kan trygge den gravide og forberede foreldreskapet, muligheter for å forebygge eventuell omsorgsovertakelse like etter fødsel, opprydding i en juridisk gråsoner der helsepersonell melder til barnevernet uten en klar hjemmel, og klarere ansvarsfordeling mellom tjenestene.

6.1.1 Konsekvenser for tillitsforhold, svangerskapsomsorg og helsehjelp

Her drøftes først om innføring av meldeadgang eller meldeplikt vil svekke tillitsforholdet mellom den gravide og helsepersonell. Dernest diskuteres hvilket problem et eventuelt svekket tillitsforhold representerer – om det vil påvirke retten til svangerskapsomsorg og helsehjelp, og i hvilken grad det vil føre til at den gravide ikke oppsøker slik omsorg og hjelp.

Det viktige tillitsforholdet

Et grunnleggende premiss i relasjonen mellom den gravide og helsepersonell er den gravides tillit til at helsepersonell ikke videreformidler informasjon hun gir. Hun søker råd, går i dialog med helsepersonell og tar imot helsehjelp under den forutsetning at informasjonen blir mellom dem. Taushetsplikten må her anses som helt grunnleggende for tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient, og brudd på taushetsplikten vil i de aller fleste tilfeller skade dette tillitsforholdet.

Innføring av adgang eller plikt for helsepersonell til å melde bekymring for det ufødte liv berører konfidensialitet og tillit i stor grad. Derfor må helsepersonell vurdere om de skal informere den gravide/pasienten om slik adgang eller plikt ved innledningen av kontakten, og hvilke konsekvenser en melding kan få. Det foreligger ingen plikt til å gi slik informasjon til pasienter, men rent prinsipielt er det rimelig at de får vite at helsepersonell har opplysningsplikt i visse tilfeller, og at slike opplysninger kan gis uten samtykke. Dersom helsepersonell har videreformidlet taushetsbelagte opplysninger, skal de ifølge pasient- og brukerrettighetslovens § 6-3, tredje ledd (1999), «så langt forholdene tilsier det» informere den personen

opplysning-ene gjelder, om at de er gjort tilgjengelige, samt hvilke opplysninger det dreier seg om.

At tillitsforholdet kan svekkes når en gravid er usikker på hva helsepersonell kan komme til å opplyse barnevernet om – uten hennes samtykke – er rimelig klart. Men spørsmålet er hvilke følger et svekket tillitsforhold vil få. Det er ikke mulig å gi et entydig svar, fordi «tillitsproblemet» kan variere i styrke avhengig av situasjonen den gravide befinner seg i. Det vil også variere med kvaliteten på relasjonen mellom kvinnen og helsepersonellet, hvilken kjennskap fagpersonen har til barnevernets tjenester og vedkommendes kompetanse til å formidle bekymring og begrunne behovet for en melding.

Alle de tre kasuistikkene som er presentert i foregående kapittel, innebærer en risiko for brudd i kontakten med helsevesen og andre hjelpeinstanser dersom det foreligger en meldeadgang eller -plikt. I Anettes sak er det ulike syn i ansvarsgruppen på om det bør meldes. Hvis meldeplikt innføres, vil det kreve en tverrfaglig drøfting om hvorvidt kriteriene er oppfylt, noe som kan tydeliggjøre foster- og barneperspektivet samt eksplisitte vurderinger av risiko og beskyttelse. I Samahs tilfelle kan det tenkes at mistillit til barnevernet og det norske samfunnets forståelse for betydningen av familieband vil kunne føre til en umiddelbar flytting til opprinnelseslandet. Helsepersonell vil da ikke komme i posisjon til å formidle informasjon om mulige hjelpetiltak, eller om muligheten for familie- og nettverkløsninger på barnets omsorgsbehov. Dersom det foreligger meldeplikt, kan det tenkes at Liv ikke vil tillate sosionomen på krisesenteret å samarbeide med jordmor.

Men vi kan heller ikke utelukke at en adgang eller plikt til å melde kunne vært et bidrag til at kvinner i lignende situasjoner som Samah og Liv blir hjulpet ut av voldsrelasjoner og negativ sosial kontroll med fare for liv og helse. En kvalitativ studie av Myra et al. (2016) fant at mange gravide rusavhengige anså tvangen hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 som gunstig for å komme ut av avhengighetens sterke grep, og ga en bedre situasjon for å forberede seg til foreldreskapet. Det kan ikke utelukkes at en mulighet til å melde til barnevernet uten den gravidens samtykke i andre destruktive og låste livssituasjoner kan virke på samme måte.

Sannsynlighet for unndragelse og tilbakeholdelse av informasjon

Det største problemet med et svekket tillitsforhold – som følge av meldeadgang eller meldeplikt – er om, og i hvilken grad det fører til at den gravide velger å ikke oppsøke svangerskapsomsorg og/eller annen helsehjelp. En meldeadgang eller -plikt vil ikke i seg selv gripe inn i den gravides rett til svangerskapsomsorg eller andre helse- og omsorgstjenester. Det vil ikke frata kvinnen rettigheter, men det er sannsynlig at noen vil unndra seg hjelp, enten ved at de aldri oppsøker tjenestene, eller trekker seg ut underveis. Andre vil benytte seg av hjelpetilbudene, men la være å gi viktig informasjon eller unnlate å be om råd hvis det er noe de er usikre på. Dette kan føre til dårligere helsehjelp eller svangerskapsomsorg enn den gravide ellers ville ha fått. For eksempel kan det føre til at hun går glipp av anbefalt tettere oppfølging enn hva vanlig svangerskapsomsorg innebærer. Konsekvenser for fosterets og den gravides helse kan potensielt være alvorlige.

Sannsynligheten for at den gravide vil unndra seg eller tilbakeholde informasjon, må baseres på antakelser, siden vi ikke har faktakunnskap om omfanget. Sannsynligheten henger sammen med styrken i «frykten for barnevernet». Frykten for barnevernet er tematisert i alle møtene vi har hatt med praksisfeltet i løpet av utredningsprosessen, og blir betegnet som et betydelig problem. Det er vanlig at den gravide frykter at barnevernet vil tvinge henne til noe under graviditeten, og/eller at kontakt med barnevernet vil føre til at hun uansett blir fratatt omsorgen. Hos noen av disse kvinnene er frykten basert på egne erfaringer, enten etter selv å ha vært under barnevernets omsorg, eller etter å ha opplevd barneverntiltak som mor til eldre barn. Hos andre er frykten (berettiget eller uberettiget), basert på rykter og omdømme.

Sannsynligheten for at den gravide unndrar seg eller tilbakeholder informasjon, kan motvirkes. Hennes frykt for barnevernet kan dempes hvis terskelen for melding er høy, og hvis barnevernet kun rår over støttende og foreldreforbereidende tiltak i samarbeid med helse- og omsorgstjenestene. Det vil også være viktig at helsepersonell evner å formidle barnevernets potensielt positive bidrag. Helsepersonell i institusjoner som har rusavhengige gravide i sin omsorg, erfarer at de fleste pasientene gjennom samtaler og informasjon gir sitt samtykke til at barneverntjenesten involveres. Det samme synes å være tilfelle i habiliteringstjenesten. Ansatte i begge typer tjenester sier at det i stor grad handler om å bruke tid, bygge tillit og redusere frykt. Denne prosessen vurderes som viktig for å komme «på lag med» kvinnenens endringsmotivasjon og for at hjelpetiltakene skal ha ønsket effekt.

Nettopp dette – å være på lag med den gravide – vektlegges i den nasjonale retningslinjen for svangerskapsomsorg. Det kan argumenteres for at en meldeadgang eller -plikt vil stride mot dette grunnprinsippet, og at ansvaret for vern om det ufødte liv derfor primært bør ligge til helsetjenestene. Det kan hevdes at en sårbar gravid kvinnes moralske ansvar og plikter overfor fosteret best ivaretas av henne selv i samarbeid med kompetent helse- og omsorgspersonell. En mulig risiko forbundet med meldeadgang eller -plikt, kan være at melding blir en snarvei til barnevernet med redusert innsats for helsepersonell til å motivere og informere.

Oppsummert vurderer vi det som sannsynlig at meldeadgang eller meldeplikt vil svekke tillitsforholdet mellom den gravide og helsepersonell, og at dette kan føre til at noen unndrar seg helsehjelp og/eller svangerskapsomsorg. Det vanskelig å anslå hvor stort dette problemet vil bli, men det kan reduseres dersom meldeterskelen er høy, og at den gravide oppfatter at barnevernets bidrag ikke er forbundet med tvang.

Svangerskapsavbrudd

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt en meldeadgang eller -plikt vil innebære inngrep i retten til svangerskapsavbrudd, er problemstillingen heller ikke her knyttet til den formelle retten. Den er klar nok, ved at abort er selvbestemt før 12. svangerskapsuke. Problemstillingen er i større grad knyttet til to andre forhold: For det første, hvordan retten til abort påvirker spørsmålet om innføring av meldeadgang eller -plikt, da særlig hvordan en bør vurdere spørsmålet i forhold til tidsgrensene for selvvalgt eller innvilget abort. For det andre, hvordan en meldeadgang eller -plikt påvirker den gravides egne overveielser i spørsmålet om abort.

Den eksisterende regelen om at en gravid rusavhengig kan tilbakeholdes i institusjon, og den tilhørende regelen om at barnevernet skal informeres om at en gravid rusmisbruker er tilbakeholdt, er ikke begrenset av retten til selvbestemt abort. En kunne tenke seg at det burde vært en slik begrensning, ved at meldeadgang eller -plikt først inntreffer når grensen for selvbestemt abort er overskredet. Denne begrensningen ville i så fall bety en logisk sammenheng mellom den gravides sin rett til selvbestemmelse over egen kropp, inkludert retten til å fjerne fosteret, og statens eventuelle rett til inngripen for å beskytte fosteret.

Denne logikken vil på sett og vis være i samsvar med abortlovgivningen mer generelt. Når loven tillater abort, enten den er selvbestemt før 12. svangerskapsuke, eller godkjent av en

abortnemnd mellom 12. og 22. uke, betyr det at hensynet og pliktene overfor det ufødte liv er mindre tungtveiende før disse tidsgrensene enn etter. Før 12. svangerskapsuke, tillater lovgivningen at mors rett til selvbestemmelse over egen kropp trumfer alle andre hensyn. Mellom 12. og 22. uke kan abort innvilges nemda som i sine overveielser skal vurdere flere hensyn enn mors preferanser. (Om det viser seg at et foster ikke er levedyktig, kan abort innvilges gjennom hele svangerskapet.)

Men en annen logikk kan også tenkes, nemlig at statens rett til inngripen bør være uavhengig av den til enhver tid gjeldende grensen til retten til selvbestemt abort, *for det tilfellet at* svangerskapsavbrudd ikke kommer til å skje. Dette betyr i så fall at staten tillegges en juridisk regulert moralsk plikt til å beskytte fosteret ut fra et føre-var-prinsipp, slik det reflekteres i regelen om at en gravid rusmisbruker kan tilbakeholdes i institusjon: Tilbakehold er ikke begrenset av grensen for retten til fri abort. Begrunnelsen er kunnskapen om at rusmidlers fosterskadelige effekt er størst tidlig i svangerskapet, og at det er i begge parter interesse å gripe inn før abortgrensen – i tilfelle kvinnen velger å bære frem barnet. Lovhjemmelen til å iverksette tiltak for å beskytte fosteret for ruseksponering før grensen for selvbestemt abort er nådd, påvirker ikke kvinnenes rett til abort.

Det etiske grunnlaget for tilbakehold i institusjon før uke 12 vil være å anta at et foster har moralsk status uavhengig av abortgrenser. Når noe eller noen tillegges moralsk status, betyr det at aktørers holdninger og handlinger bør reguleres av hensynet til dette noe eller noen. I vår sammenheng vil det bety at staten erkjenner et moralsk ansvar for fosteret idet en gravid kvinne kommer i kontakt med helsevesenet. Statens ansvar kommer til uttrykk i informasjon, samtaler og oppfølging gjennom svangerskapet. Dette kan inkludere samtaler om vanskelige spørsmål knyttet til risikoforhold og abort. I slike samtaler bør det være åpenhet om muligheten for frivillig bistand fra barnevernet, om en eventuell meldeadgang eller meldeplikt, og hva dette vil innebære.

Resultatet av slike samtaler kan være at den gravide velger å avbryte svangerskapet – fordi hun ikke ønsker noen inngripen mens hun er gravid, og heller ikke etter at barnet er født. Eller motsatt, at hun velger å ikke avbryte svangerskapet når hun blir kjent med hvilke muligheter og tiltak tjenestene kan bidra med.

Skal man unngå at den gravide velger å avslutte svangerskapet fordi hun ikke ønsker noen innblanding, kan det være hensiktsmessig at en eventuell meldeadgang eller -plikt først

utløses når den gravide ikke lenger har rett til å avbryte svangerskapet. I så fall vil det ikke være mulig å melde før uke 12. Risikoen er da at fosteret kan bli utsatt for belastninger som kunne vært unngått.

En samlet vurdering av disse forholdene tilsier – etter vår vurdering – at en eventuell meldeadgang eller -plikt kan inntreffe uavhengig av grensen for retten til selvbestemt abort, men det bør vektlegges om den gravide planlegger å ta abort eller ikke.

6.1.2 Konsekvenser for den gravides personvern og autonomi

Et viktig prinsipp i et velfungerende samfunn er at sensitive personopplysninger, for eksempel helseopplysninger, skal være taushetsbelagte, og bare tilgjengelige for personer som behøver dem i sin yrkesutøvelse. Med mindre opplysningsplikt uten samtykke er hjemlet i lov, er det straffbart å bryte taushetsplikten. For helse- og omsorgspersonell som ikke får en gravid kvinnes samtykke til å involvere barneverntjenesten, men som likevel melder, er det å bryte taushetsplikten juridisk holdbart dersom opplysningsplikten er lovfestet. Men juridisk holdbarhet sikrer ikke moralsk legitimitet. Moralsk legitimitet kan potensielt sikres ved at meldingen med overveiende sannsynlighet vil være det åpenbart mest forsvarlige eller åpenbart minst skadelige i et helhetsperspektiv: for fosteret, det fremtidige barnet og den gravide / partneren hennes, eller øvrige familie, på kort og lang sikt.

Vern om privat autonomi er også et viktig prinsipp i en sunn rettsstat. Privat autonomi – det å kunne forme egne oppfatninger og ta valg uten illegitime begrensninger eller ytre tvang – står sterkt i samfunn som vårt, godt underbygget av internasjonale menneskerettighetsforpliktelser.

En meldeadgang eller -plikt uten samtykke betyr en betydelig inngripen i den gravides / partnerens autonomi. Men det er ikke tilstrekkelig å fastslå at så er tilfelle. Vi må spørre om en slik inngripen er legitim. Moralsk legitimitet, eller – i dette tilfellet –tilslutning, vil blant annet bestemmes av det vitenskapelige grunnlaget for inngrepet. Tilslutningen vil være sterkere i de tilfellene inngrepet baserer seg på sikker viten om at den aktuelle situasjonen er skadelig for fosteret, og at det er snakk om alvorlige skader som med stor sannsynlighet vil prege barnet resten av livet. For de fleste av de potensielt skadelige enkeltfaktorene som er belyst over, finnes det ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om risiko for fosteret til å

rettfærdiggjøre opphevelse av taushetsplikt og inngripen i strid med kvinnens / pasientens autonomi.

Men et mer fullstendig kunnskapsgrunnlag vil ikke nødvendigvis sikre moralsk tilslutning til å oppheve taushetsplikten. Tilslutningen vil også bestemmes av allmennmoralske oppfatninger om fosterets moralske status, hvilke hensyn som bør tas til fostre og nyfødte, hvem som eier «barnet i magen» – den gravide / barnefaren eller staten, og hva «privatlivets fred» innebærer.

At noen oppfatninger er *allmennmoralske*, betyr ikke at alle deler dem; det er tilstrekkelig at de deles av de fleste. I vår sammenheng kan vi anta at det er stor enighet om at fosteret har moralsk status, og derfor skal tas hensyn til ved at staten legger til rette for god svangerskapsomsorg. Hva «god svangerskapsomsorg» betyr, kan variere, og vil være basert på moralske intuisjoner om hva som er rett og galt.

For eksempel vil en vanlig moralsk intuisjon være at samfunnet bør beskytte en gravid kvinne som utsettes for vold, som i kasuistikken om Liv. Det vil også være en vanlig moralsk intuisjon at et svangerskap bør holdes så «rent» og sunt som mulig. I kasuistikken om Anette illustreres en gravid kvinne som behøver medikamenter som er potensielt skadelige for fosteret. At Anette ikke vil ta medisiner, vil nok stemme med hva de fleste tenker er riktig. Det «folk flest» ikke vet, er at det «rene» svangerskapet i dette tilfellet kan sette både Anette og barnet i større risiko i form av depresjon, selvskade og suicidalfare, og medføre en økt risiko for psykose etter fødsel. Dette er et eksempel på at mer kunnskap om en sak kan endre vårt syn på hva som er riktig, og hva som bør gjøres. De nye opplysningene utgjør en etisk relevant forskjell.

Det er liten eller ingen allmennmoralsk tilslutning til en ide om at barna våre tilhører staten, og at staten derfor kan bestemme over deres liv. Både moralsk og juridisk er det erkjent at foreldre «eier» barna sine – i den forstand at foreldre bærer ansvaret for å gi dem omsorg og oppdragelse. De fleste vil oppfatte at «barnet i magen» er foreldrenes. I en nordisk kontekst vil en tenke at kvinnen som bærer barnet, har størst ansvar for det. I Samahs sak kan det tenkes at den individorienterte rettighetstenkningen og oppfatningen om at det først og fremst

er Samahs barn, strider mot de kulturelle verdier og forestillinger som gjelder i hennes familie.

Den gjengse oppfatning er at individer og familier må få leve sine liv i fred. Ved bekymring for at barn lider eller er i fare, er det allment akseptert at storsamfunnet griper inn i privatlivet. I den nordiske kulturkretsen har vi høy grad av tillit til at det offentlige vil oss vel, men kulturelle og etniske minoriteter – som i kasuistikkene Samah og Liv – har ikke nødvendigvis den samme tilliten, og konsekvensene ved å innføre anledning eller plikt til å melde, kan bli annerledes enn det som er ønskelig. Blant annet kan det bety en større fare for unndragelse av kontakt med hjelpeapparatet, og dermed en dårligere svangerskapsomsorg.

En allmenn enighet om at individer og familier skal leve i fred, betyr ikke enighet om et samfunn uten grenser for individets frihet til å gjøre hva det vil. Staten begrenser individets frihet og selvråderett på mange områder. Lover og regler fastsettes for å regulere forholdet mellom borgere, og for å sikre en rimelig fordeling av goder og byrder. Vi kan slutte oss til slike reguleringer når de resulterer i noe godt og rettferdig.

En mulig god og rettferdig konsekvens av meldeadgang eller meldeplikt ved bekymring for det ufødte liv kan være at det sikrer det fremtidige barnets muligheter for å leve et autonomt liv. At dette betyr en inngripen i den gravides autonomi, kan være moralsk legitimt ut fra tankegangen om at ulempene ved en kortvarig inngripen oppveies av betydelige fordeler for barnet på sikt. En slik slutning inviterer til en definisjon av hva et autonomt liv er. Dette er en større debatt som det ikke er rom for å gå inn i her, annet enn å slå fast at et barn som fødes uten alvorlige og varige skader, har større utsikter til å leve et autonomt liv enn et barn som er født med varige skader. Å sikre autonomi for det fremtidige barnet innebærer å sikre liv, helse og gode utviklingsbetingelser samt å forhindre overveiende sannsynlig og alvorlig skade før og etter fødselen.

6.1.3 Konsekvenser for tidspunktet barnevernet kan komme inn med bistand

Ønsket om tidlig involvering av barneverntjenesten er knyttet til muligheten for å starte kartlegging av behov og iverksette hjelpetiltak allerede under graviditeten. Dermed vil en få et bedre grunnlag for en tilpasset tiltaksplan – og sannsynligvis også for bedre beslutninger og tiltak etter fødsel.

Våre rådgivere fra praksisfeltet peker på viktigheten av å komme tidlig inn med adekvat hjelp. Et «ja» til meldeadgang eller -plikt underbygges med kunnskap om fosterlivets betydning for barnets helse og utvikling etter fødsel, og erfaringer som peker i retning av at barn som har hatt et dårlig fostermiljø, er mer krevende å være foreldre til.

Ved siden av en sterk anerkjennelse av at det er viktig å komme tidlig inn, fremheves betydningen av å få dette til med frivillighet og gjennom kvinnens egen motivasjon. Som tidligere nevnt, er erfaringene fra tjenestene vi har vært i kontakt med, at de som regel får dette til innenfor dagens mandat og uten å overskride noen juridiske grenser. Noen av rådgiverne våre ser likevel en innføring av anledning eller plikt til å melde, på grunnlag av bekymring for det ufødte liv, som en fordel. Først og fremst ved at de vinner tid til å planlegge og forberede – sammen med, eller på vegne av, mor og barn. Men andre peker på at hvis dette skjer mot den gravides ønske og frie vilje, kan det motsatte skje: at kontakten med hjelpetjenestene bryter sammen.

Det å være gravid regnes som en tilstand som er særlig egnet for endringsarbeid. Om barnevernet kommer tidlig inn med tilpasset informasjon og bistand, kan resultatet bli en mer forberedt nybakt mor og far enn hva som ville vært tilfellet uten denne hjelpen. I dette samarbeidet kan det potensielt bygges et tillitsforhold mellom hjelperen og den gravide som dras over i et fortsatt samarbeid etter fødsel. Det vil være enklere for hjelperen å spille en god rolle etter fødsel, hvis tjenesten har fått innblikk i barnets fremtidige omsorgssituasjon. Barnevernet kan starte en kartlegging av behov, ressurser og risikoforhold av betydning for barnet. Helsepersonell kan ønske at barnevernet kan tilby foreldreforberedende samtaler og legge en plan som sikrer den første tiden etter fødsel, for eksempel gjennom en plass på et senter for foreldre og barn. Det kan tenkes at det føles mindre inngripende for mor og/eller far at barnevernet kommer «med på laget» under graviditeten, fremfor at det griper inn etter fødselen.

Gjennom en klok håndtering av situasjonen kan barnevernet bidra til at fosteret får en klar talsperson, noe som igjen kan føre til at mor og far får kunnskap om barn og omsorg de ellers ikke ville ha fått. Barneverntjenesten vil kunne innhente vurderinger fra helsefaglig hold om mors nåværende tilstand og prognoser samt indikasjoner på om hun kan få alvorlig depresjon eller fødselspsykose. Det kan skapes åpne vurderingsprosesser som involverer den gravide. Dette kan i sin tur forhindre akutte og sterkt inngripende tiltak som kan forverre hennes

psykiske helse. I alvorlige tilfeller kan barnevernets involvering før fødsel potensielt redde liv og helse, der tiltak hindrer at barnet blir utsatt for vold.

6.1.4 Konsekvenser for akutte omsorgsovertakelser

Fra både et helsefaglig og et barnevernfaglig perspektiv er det ønskelig å komme tidlig inn med utredning og hjelpetiltak for å forebygge uventede, akutte omsorgsovertakelser – eller for å etablere et tidlig samarbeid med den gravide / paret der en kan avklare om det er grunnlag for frivillig plassering etter fødsel. I de tilfellene en omsorgsovertakelse like etter fødsel er uunngåelig, kan separasjonen planlegges i et samarbeid, slik at den blir så skånsom og verdig som mulig.

6.1.5 Konsekvenser for opplysningsrett og taushetsplikt

Helsepersonell ønsker at barnevernet skal kjenne til de sterkt bekymringsfulle forholdene allerede under graviditeten. I en analyse av tverrfaglig samarbeid i barnevernsarbeid under graviditet (Søderstrøm, 2020) kommer det frem et bilde av at helse- og omsorgstjenestene helst ser at barnevernet tar de vanskelige valgene og gjør de mest dramatiske inngrepene. Helse- og omsorgstjenestene er opptatt av å bevare en god samarbeidsrelasjon eller terapeutisk relasjon med den gravide, og vegrer seg for å være den som åpent melder sin bekymring. Dette kan føre til innpakkede, såkalt anonyme og «under bordet» bekymringsmeldinger som gir barnevernet tilstrekkelig informasjon til at de kan åpne en undersøkelsessak ved fødsel.

Slike «under bordet» bekymringsmeldinger beskrives av mange av våre rådgivere i utredningsprosessen. De har enten selv delt eller fått informasjon om bekymring for det ufødte liv på måter som er i gråsonen av lovregulert samtykke og taushetsplikt. Det er vanskelig å ivareta anonymiteten i små samfunn med gjennomsiktige forhold. Den som oppdager en bekymringsfull situasjon, føler et sterkt ansvar for fosterhelse og det nyfødte barnets helse, trygghet og utviklingsbetingelser. De gjør sine egne fagetiske vurderinger, og velger en juridisk gråsoneløsning, eller de bryter bevisst taushetsplikten framfor at ingenting blir forberedt eller gjort før barnet er født. En lovfestet plikt eller adgang til å melde om bekymring for det ufødte liv kan anses som en mulighet til å rydde og tilpasse lovverket til dagens praksis.

6.1.6 Konsekvenser for ansvarsfordeling mellom tjenestene

En lovfestet meldeadgang eller -plikt vil kunne bidra til større klarhet i hva som er helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde, og hva som ligger til barneverntjenesten. Men det kan også føre til uklarheter.

For å unngå uklarheter, vil det være viktig å etablere en klar ansvarsfordeling mellom tjenestene. Det betyr at tiltakene de ulike tjenestene rår over ikke må gripe over i hverandre på måter som kan skape usikkerhet. Dersom barnevernet for eksempel gis hjemmel til å tvangsinnlegge en psykotisk gravid kvinne, ville det, for å sitere en av våre rådgivere, «... skape kaos og en helt ny pasientgruppe innen psykisk helsevern». Det kan føre til at helsevesenet vil få en helt ny type tvangspasienter i en tid hvor tvangsbruken ønskes redusert. Dessuten kan det føre til at det ufødte liv i realiteten tilkjennes pasientrettigheter som trumfer den gravides. Dette vil, for å si det med en av våre rådgivere, være en «*game changer*» som vil gripe dypt inn i dagens helse- og omsorgstjeneste, med uoversiktlige konsekvenser.

Risikoen for uklarheter i ansvarsfordelingen kan forbygges ved å slå fast at barnevernet ikke skal ha adgang til å fatte beslutninger som griper inn helsemessige vurdering og tiltak.

Forutsatt at det etableres klar ansvarsfordeling, kan fordelene med en meldeadgang eller -plikt være at helsepersonells bekymringer for det ufødte liv kan adresseres til en tjeneste som har spesialkompetanse på barn i utsatte familier kan vernes. Forutsatt at barnevernets ansvar vil handle om å trygge foreldrene, involvere dem, og styrke foreldrekompetansen, vil dagens barneverntjeneste inneha mye av den kompetansen som behøves.

En nærmere drøfting av forholdet mellom tjenestene følger i kapittel 7.

6.1.7 Avveining av konsekvenser

Her oppsummeres gjennomgangen av ugunstige og gunstige konsekvenser av en eventuell meldeadgang eller -plikt, før det gis en anbefaling av hvorvidt det bør innføres en adgang eller plikt for helsepersonell til å melde bekymring for det ufødte liv.

En innføring av meldeadgang eller -plikt uten den gravides samtykke vil sannsynligvis virke negativt inn på den gravides tillit til helse- og omsorgspersonell. Dersom en meldeadgang eller -plikt foreligger, bør den gravide i prinsippet gjøres oppmerksom på det. Dette kan føre til at hun ikke tør å dele sine bekymringer, eller «pynter på sannheten» i samtaler med

helsepersonellet. Konsekvensen kan være at hun ikke får eller oppsøker den hjelpen som ville vært bra for fosteret og det fremtidige barnet. Og hun vil heller ikke få eller oppsøke helsehjelp som er bra eller nødvendig for sin egen del.

Når det gjelder spørsmålet om hvilke konsekvenser en meldeadgang eller meldeplikt kan få for retten til svangerskapsavbrudd, er det ikke selve rettigheten som berøres, men heller hvordan en meldeadgang eller plikt det vil virker inn på den gravides overveielser om hun skal ta abort eller ikke. Det kan tenkes at hun vil velge å ta abort av «frykt for barnevernet» dersom hun antar eller vet at helsepersonellet vil melde. Dette er hun i så fall i sin fulle rett til å gjøre. Men det er kanskje ikke ønskelig, gitt at hun ønsker å gjennomføre svangerskapet.

Et annet spørsmål som er knyttet til abort, er om meldegang eller -plikt bør inntreffe etter at grensen for retten til selvbestemt abort er passert. Vi anbefaler at en meldeadgang eller -plikt kan gjelde uavhengig av abortgrensen: Tiltak som følger av en melding og som kan tenkes å redusere skade, bør settes inn så tidlig som mulig. Men i en vurdering av om melding skal sendes eller ikke, bør det tas hensyn til om den gravide planlegger å ta abort eller ikke.

Det er vanskelig å anslå i hvor stor grad en meldeadgang eller -plikt vil svekke den gravides tillit til helsepersonellet. Basert på informasjon fra våre rådgivere i praksisfeltet, antar vi at det vil gripe inn i tillitsforholdet i betydelig grad, med påfølgende risiko for at hun vil unndra seg svangerskapsomsorg og/eller annen helsehjelp. Det er også usikkert i hvilken grad meldeadgang eller -plikt vil påvirke den gravides valg når det gjelder abort. Men en kan anta at noen vil velge abort dersom de vet at de vil bli meldt til barnevernet.

Disse negative konsekvensene av eventuell meldeadgang eller -plikt, som i mange tilfeller skyldes frykt for hva som vil skje hvis barnevernet bli involvert, kan i noen grad dempes med frivillige tiltak.

Det vil også være viktig at helsepersonell gir god og presis informasjon om hva barnevernet kan bidra med, og at de peker på heldige konsekvenser av at barnevernet kommer «med på laget»: Dette kan bety tidlig og god hjelp som kan trygge den gravide og forberede henne på foreldreskapet, og kanskje forebygge en eventuell omsorgsovertakelse like etter fødsel, eller senere.

En meldeadgang eller -plikt representerer en inngripen i den gravides personvern og autonomi. Hvorvidt en slik inngripen er legitim, avhenger av en rekke forhold: Om grunnlaget for meldingen baserer seg på sikker eller usikker kunnskap, allmennmoralske oppfatninger om hvilke forpliktelser staten har til å beskytteufødte og fødte barn, og oppfatninger om hvor grensen går for å sette en gravid kvinnes selvråderett til side.

Innføring av en mulighet for å melde vil rydde i dagens juridiske gråsonerpraksis der bekymringsfulle graviditeter meldes til barnevernet uten hjemmel i lov. Meldeadgang eller -plikt vil medføre både heldige og uheldige konsekvenser. Med mindre ansvarsfordelingen mellom barneverntjenesten og helse- og omsorgstjenestene er tydelig definert, er det en fare for ansvarspulverisering og/eller overlapp.

Spørsmålet er så om en helhetsvurdering av ovennevnte heldige og uheldige konsekvenser vil legitimere en lovfesting av melding uten den gravides samtykke.

6.1.8 Anbefaling

Basert på en avveining av de ulike forholdene, anbefaler vi at det som hovedregel ikke skal være anledning eller plikt til å melde bekymring til barnevernet. I dette ligger et sterkt ansvar hos helsepersonell til å sørge for at den gravide / paret får god informasjon om barnevernets hjelpe- og eventuelle inngrepsmuligheter.

Det anbefales videre at det skal være anledning eller plikt til å melde i unntakstilfeller, og at meldeterskelen skal være høy.

Begrunnelsen for dette standpunktet er at helse- og omsorgspersonell erfarer at de i de fleste tilfeller får den gravide med på at det er gunstig for fosteret / det nyfødte barnet, henne selv og partneren at barnevernet deltar i arbeidet med å trygge situasjonen før, under og etter fødsel. En følelse av press kan oppstå når og hvis helsepersonell informerer om hva som kan skje hvis den gravide ikke samtykker, for eksempel økt sannsynlighet for at hun / familien mister omsorgen for barnet. Dette «riset bak speilet» kan ses på som en form for realitetsorientering som bør tematiseres i samtaler mellom den gravide og helsepersonell. At prosessen frem mot et samtykke noen ganger kan bære preg av press, er legitimt.

6.2 Om meldekriterier og adgang *eller* plikt til å melde

Spørsmålet blir hvilke kriterier «høy meldeterskel» skal vurderes etter. Kapitlet innledes med forslag til slike vurderingskriterier. Dernest drøftes noen argumenter for meldeadgang fremfor meldeplikt og vice versa, før det konkluderes.

6.2.1 Vurderingskriterier

Kriterier for å vurdere om melding bør eller skal gis, kan tenkes å omfatte:

- Potensielle skadevirkninger på fosteret som følge av den gravides (helse)tilstand eller livssituasjon (her vil graden av den potensielt skadelige situasjonen være et viktig moment).
- Potensielle problemer for barnet etter fødsel som følge av den gravides (helse)tilstand eller livssituasjon.
- Den gravides / parets mulighet og/eller motivasjon for å endre på de potensielt skadelige forholdene under og/eller etter graviditeten.
- Den gravides / parets holdning til å motta bistand fra helse- og omsorgstjenestene, og deres begrunnelser for den aktuelle holdningen.
- Den blivende partners helse, fungering og rolle overfor den gravide og det ufødte liv – grad av støtte, eventuelt belastning eller fare under og/eller etter svangerskapet.
- Den gravides / parets nettverk – venner og/eller familie som kan bistå på måter som beskytter det ufødte liv, og som kan støtte foreldre og barn etter fødsel.
- Om barnevernet rår over nødvendige ressurser for den gravide / familien som ordinær svangerskapsomsorg og etablerte helse- og omsorgstjenester ikke rår over.
- Sannsynligheten for at foster eller fremtidig barn vil bli skadelidende dersom offentlige tjenester unnlater å gripe inn.

Dersom terskelen for å melde settes høyt, må en vurdering av disse kriteriene konkludere med høy sannsynlighet for skade og/eller alvorlig omsorgssvikt, i tråd med alvorlighetsgraden for å melde bekymring for fødte barn, jf. helsepersonelloven § 33 (1999). Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold

- a) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt,

b) når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring, [...].

Barnevernloven § 6-4 om opplysningsplikt uten hinder av taushetsplikt har en tilsvarende bestemmelse. Lovteksten referert over viser klart at lovgiver ikke har hatt det ufødte liv i tankene. Ledd a) regulerer helsepersonells oppmerksomhetsplikt, ledd b) regulerer helsepersonellens opplysningsplikt til barnevernet ved alvorlig omsorgssvikt og alvorlige adferdsvansker. Dersom vi skulle «overføre» denne lovteksten til det ufødte liv, ville det bety en høy inngrepsterskel – alvorlig fare for fosterets helse og fare for alvorlig omsorgssvikt for det fremtidig fødte barnet. Relevant her er tvangslovutvalgets konklusjon om at en tilsidesettelse av den gravides selvråderett må bygge på en prognosevurdering om «nærliggende og alvorlig risiko» for at barnet kan bli påført skade. Selv etter at en slik faregrad med sterk sannsynlighet er fastslått, forutsettes det at barnevernets inngripen og eventuelle tiltak kan forandre på det som vurderes som skadelig for fosteret og for barnet.

Grunnleggende i spørsmålet om terskelen for å melde til barnevernet, er den generelle lovbestemte taushetsplikt for helsepersonell og andre profesjonsutøvere, jf. blant annet helsepersonelloven § 21 (1999). Allerede der ligger et premiss om at alvorsgraden må være høy: det skal mye til for å tilsidesette taushetsplikten. I samme lov understrekes alvorskriteriet ved bestemmelsen i § 32 om at helsepersonell skal gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten 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. Det samme alvorskriteriet finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3, om at tjenesten skal melde bekymring for det ufødte livet til gravid rusmiddelavhengig. Den gravide som er innlagt på tvang, kan bare tilbakeholdes «dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig».

6.2.2 Noen argumenter for meldeplikt fremfor meldeadgang

Et felles trekk ved lovbestemmelsene som hjemler unntak fra taushetsplikten, er at de ikke opererer med en skjønsmessig adgang – men en plikt (jf. bruken av ordet «skal») – når først det relevante kriteriet anses å være oppfylt. Dette kan beskrives som en omsorgssviktsituasjon (når det gjelder fødte barn), eller en *overveiende sannsynlighet for at barnet vil bli født med*

skade og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, når det gjelder gravide rusbrukere. Et argument for en eventuell plikt til å melde er at man bør følge det samme prinsippet i dagens lovverk som gjelder for fødte barn.

Så lenge alvorsgraden for å melde er høy, og det er grunn til å tro at det foreligger eller kan inntreffe forhold som gir grunnlag for alvorlig bekymring for skade på fosteret, kan det i seg selv være et argument for plikt fremfor adgang. Når den profesjonsansvarlige helse- eller omsorgsarbeider i en slik konkret situasjon, etter sitt beste faglige skjønn, ikke ser at det foreligger alternative muligheter til å avhjelpe risikoen for skade, kan det argumenteres med at hensynet til sammenhengen mellom regelverkene tilsier at melding til barnevernet *skal* gis, slik som det er for fødte barn. Dersom adgangen til å melde fra til barnevernet også i denne situasjonen skal være skjønnsmessig og opp til den enkelte ansvarlige tjeneste eller helse- eller omsorgsarbeider, vil fosterets vern avhenge av den/de aktuelle profesjonsansvarliges skjønn med hensyn til terskelen for akseptabel risiko, og følgelig barnevernets mulighet til å gå inn med tilpassede tiltak. Det kan videre være grunn til å tro at plikt til melding i de tilfellene som loven gir anvisning på, gir klarere direktiv om melderens faglige ansvar for vurderingen. En adgang kan lettere anses likestilt med den ikke-profesjonelles generelle mulighet, og oppfordring, til å melde bekymring.

6.2.3 Noen argumenter for meldeadgang fremfor meldeplikt

En *adgang* etter dagens lovgivning vil også innebære at vedkommende bryter taushetsplikten, og derfor skal situasjonen vurderes som klart uholdbar etter et faglig skjønn, jf. kriteriene for meldeplikt. Unntak fra meldeplikten kan i praksis innebære et svakere vern, og kan anses vanskelig forenlig med barnerettens barnets-beste-prinsipp etter barnevernlovens § 4-1 som i dag gjelder for fødte barn.

Etablering av en skjønnspregnet meldeadgang ved bekymring for *ufødt* liv kan blant annet begrunnes med at man under graviditeten ikke står overfor *to* separate individer med autonome juridiske rettigheter (som etter fødsel), men bare ett, den gravide, og at forholdene ikke kan likestilles. Fra et etisk synspunkt kan en si at det her foreligger en etisk relevant forskjell som berettiger at melding i tilfellet ufødte barn bør begrenses til meldeadgang. Fra et rettslig synspunkt svekkes argumentet imidlertid ved at lovgiver i andre sammenhenger allerede har valgt å innføre begrensninger i den gravides autonomi, for eksempel gjennom abortlovgivningen (fra 12. svangerskapsuke), og ved rusmisbruk under graviditeten.

Et viktig tema knyttet til adgang *eller* plikt er skjønnets byrde – vurderingen av om den foreliggende bekymringen oppfyller vilkårene for melding. En mulig følge av plikt kan være at terskelen blir for høy – fordi helsepersonell da må være «helt sikre», eller at de i alle fall må foreta grundigere vurderinger enn om de bare har en adgang til å melde. Eller det kan hende at plikt resulterer i for svake skjønnsmessige vurderinger – fordi pliktens normative styrke (du *skal*, så sant vilkårene er oppfylt) ikke gir rom for å ta hensyn til eventuelle sannsynlige negative konsekvenser av en melding.

Dessuten kan en adgang fremfor en plikt åpne for at helsepersonell kan ta i betraktning andre forhold enn de til enhver tid gjeldende vilkårene for melding. Dette resonnementet hviler på en antakelse om at et sett av vilkår for å melde vanskelig kan favne alle tenkelige eventualiteter som kan påvirke vurderingene om hvorvidt det i et konkret tilfelle er klokt eller ikke klokt å melde. Adgang, mer enn plikt, inviterer til en større grad av helhetstenkning, hvor alle relevante forhold tas i betraktning. Det er imidlertid ikke slik å forstå at en eventuell meldeplikt utelukker helhetstenkning. Man kunne for eksempel si at det foreligger en plikt dersom, *alle forhold tatt i betraktning*, det vil være best for fosteret og det fremtidige barnet at barnevernet kommer inn. Men det er en fare for at meldeplikt knyttes opp til et konkret risikoforhold. For eksempel at bekymring knyttet til «tung rushistorikk» eller «lettere psykisk utviklingshemning» *skal* meldes.

Anette-, Samah- og Liv-kasuistikkene eksemplifiserer «skjønnets byrde» i situasjoner der helse- og omsorgspersonell antar at barnevernet kan spille en rolle, men der den gravide ikke samtykker til å involvere barnevernet. Hvis vi tenker oss inn i rollen som behandlere i disse kasuistikkene, ville vi da ønske at det var mulig å melde?

Svaret på det spørsmålet vil være avhengig av om vi har tilstrekkelig informasjon for å vurdere om barnevernets bidrag vil være nyttig for Anette, Samah og Liv. Er det sannsynlig at barnevernet kan bidra til bedre fosterhelse og/eller ruste dem til et foreldreskap?

Slike vurderinger må gjøres ut fra den samlede helsefaglige kompetansen, og ut fra kunnskap om de gravidens bakgrunn, helse og omsorgsevne. Dersom en helhetsvurdering tilsier at disse kvinnene med stor sannsynlighet kan rustes bedre med barnevernets bistand, kan en adgang til

å melde fremstå som hensiktsmessig, om enn ikke nødvendig. Da vil i så fall en meldeadgang være det som behøves.

6.2.4 Anbefaling

I en avveining av argumentene for meldeplikt på den ene siden og meldeadgang på den andre er det mest nærliggende å anbefale en plikt (også i tilfeller av manglende samtykkekompetanse), med følgende begrunnelse og forutsetning: Helt grunnleggende for et godt samarbeid mellom den gravide, barneverntjenesten og helse- og omsorgstjenesten er prinsippet om frivillighet. Når vi har anbefalt at terskelen for overhodet å melde skal være svært høy – bare som en siste utvei – vil forholdene være så vidt alvorlige at vi anbefaler meldeplikt fremfor meldeadgang. Dette fordi melding ikke skal avhenge av den aktuelle profesjonsutøvers valg om å melde eller ikke melde. Dette vil måtte fremgå tydelig av en eventuell lovbestemmelse, som da vil ha preg av en *unntakshjemmel* med forutsetning om et snevert anvendelsesområde. Det vil også være en forutsetning at plikten ikke utløses dersom potensiell melder har kunnskap om forhold som tilsier at meldingen setter den gravide i alvorlig fare.

Det er vanskelig å gi noen spesifikk oversikt over situasjoner som vil kunne berettige melding, ut over at forholdene i den konkrete saken må forutsettes å være alvorlige og ikke vil kunne avhjelpes ved samarbeid og gjennom frivillighet. Typetilfeller som er blitt trukket frem i utredningen, er alvorlig vold og tvang i nære relasjoner, selvmordsfare samt psykisk utviklingshemning. Felles for disse tilstandene eller livssituasjonene må altså være at det ikke er mulig å oppnå samtykke til frivillig behandling, eller at adgangen til annet alternativt tiltak (for eksempel tvangsinnleggelse under psykisk helsevern) ikke er til stede.

I tillegg til de typetilfellene som er nevnt, vil det kunne være situasjoner hvor den gravides livssituasjon vanskeliggjør et selvstendig valg om samtykke, for eksempel ved sterk negativ sosial kontroll i lukkede miljøer. Her kan det være nærliggende å vise til den nødrettsvurderingen som i andre deler av lovverket gjør det legitimt å veie de respektive verdier / goder mot hverandre, og hvor resultatet av avveiningen kan være at autonomien må underordnes behovet for å avverge faren for liv eller helse. Det må likevel understrekes at denne adgangen til å sette til side den gravides eget valg eller samtykkevegring, må praktiseres med stor forsiktighet, og bare skje i ekstraordinære tilfeller. Blant disse er tilfellene der det åpenbart vil være nødvendig med en omsorgsovertakelse like etter fødsel.

Forutsetningen vil da være at barnevernet rår over tiltak som er adekvate i slike situasjoner, og som ellers ikke foreligger eller er tilgjengelige. I motsatt fall vil melding til barnevernet neppe ha noen praktisk funksjon. Hvilke tiltak barnevernet skal kunne anvende, må være underlagt det samme «minste inngreps prinsipp» som ellers gjelder i barnevernlovgivningen, og være avhengig av den konkrete situasjonen.

6.3 Adgang eller plikt for andre grupper til å melde

Det kan tenkes situasjoner der andre enn helse- og omsorgspersonell bør ha mulighet for å melde bekymring for det ufødte liv. I utredningsprosessen er politi og NAV-ansatte pekt ut som særlig aktuelle.

6.3.1 Politi

I NOU 2017:12 *Svikt og Svik* uttrykkes det et behov for avklaringer når det gjelder politiets praksis med å melde til barnevernstjenesten før et barn er født. Her beskrives politiets opplysningsrett overfor andre offentlige organer gjennom politiregisterloven (2010), og at politiets taushetsplikt ikke er «til hinder for at opplysninger utleveres til andre offentlige organer i deres interesse, dersom dette er nødvendig for å fremme mottakerorganets oppgaver etter lov, eller for å hindre at virksomhet blir utøvd på en uforsvarlig måte».

I politiregisterforskriften (2013, § 9-6, pkt. 7) står det at opplysninger blant annet kan utleveres til «barnevernmyndighetene i forbindelse med barneverntjenestens ivaretagelse av sine oppgaver etter barnevernloven». I Barnevoldsutvalgets innstilling (NOU 2017: 12), fremgår det at politiet i praksis har tolket denne bestemmelsen slik at de kun benytter opplysningsretten, og melder bekymring på ufødte barn, når de er i kontakt med gravide rusmisbrukere. Det beskrives en praksis hvor det fremstår noe uklart hvor langt plikten til å melde bekymring strekker seg, og at det også her er behov for en avklaring eller en klar hjemmel for opplysningsrett / meldeplikt i tilfeller som angår ufødte barn.

Dersom barnevernets ansvar for det ufødte liv utvides til at tjenesten plikter å gi bistand til gravide, vil det trolig åpne fortolkningen slik at bestemmelsen i politiregisterforskriften (2013) også kan anvendes i situasjoner der gravide blir utsatt for vold. I så fall bør det vurderes å klargjøre politiregisterloven (2010) og forskriften (2013) på dette punktet, jf.

anbefalingene i Barnevoldsutvalgets innstilling (NOU 2017: 12), kap. 12.6, særlig punkt 12.6.3.3 side 139 flg.

6.3.2 NAV-ansatte

Profesjonsutøvere som er ansatt i NAV, utfører tjenester etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven, 2009). I mange tilfeller får de derfor inngående kjennskap til en klients sosiale og helsemessige utfordringer. Noen ganger er klienten en gravid kvinne med problemer som vekker bekymring for fosteret og/eller det fremtidig fødte barnet. I slike tilfeller bør profesjonsutøveren ha adgang eller plikt til å melde bekymring på lik linje med helsepersonell, og med de samme meldekriterier. Det betyr en plikt til å melde uten samtykke i de tilfellene den gravide motsetter seg å involvere barnevernet, og omstendighetene tilsier overveiende fare for at fosteret / det fremtidig fødte barnet påføres varig skade, og/eller at det er overveiende sannsynlig at det må foretas en omsorgsovertakelse like etter fødsel.

Meldeterskelen skal altså være høy, og høyere enn den synes å være for NAV-ansattes plikt til å melde bekymring for fødte barn. I henhold til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven, 2009) § 45, skal NAV-ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter loven, uten hinder av taushetsplikten, melde fra til barneverntjenesten blant annet når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt, og når det er grunn til å tro at et barn har alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming. Her signaliseres det riktignok en høy meldeterskel, men det presiseres i Rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV, kapittel 5.45.2.2, at det ikke kreves «... at den ansatte er sikker på at barnets situasjon er alvorlig, men det må foreligge mer enn en vag mistanke om at dette er tilfelle». I tilfeller der bekymringen gjelder et ufødt liv, bør den ansatte vurdere det som overveiende sannsynlig at situasjonen er svært alvorlig.

6.3.3 «Allmenn» meldeplikt?

Det kan tenkes situasjoner der privatpersoner – for eksempel pårørende, bekjente og naboer – observerer situasjoner der det er grunn til bekymring for det ufødte liv.

Privatpersoner kan vanskelig pålegges noen meldeplikt til barnevernet i slike tilfeller, men bør kunne adressere sin bekymring dit, på samme måte som ved tilsvarende bekymring for barn.

Det er imidlertid verd å merke seg at plikten til å avverge lovbrudd (avvergeplikten) gjelder privatpersoner. Den er primært knyttet til lovbrudd som innebærer stor fare for liv og helse. En privatpersons avvergeplikt kan omfatte en gravid kvinne – som for eksempel er voldsutsatt.

Våre rådgivere i barneverntjenesten rapporterer at det forekommer meldinger fra privatpersoner som er bekymret for et ufødt liv, men at det er ulik praksis for hvordan meldingene håndteres. Våre anbefalinger i kapittel 7 om barnevernets rolle og tiltak overfor gravide, ivaretar behovet for en ensartet praksis. Det samme gjelder i tilfeller der en gravid kvinne selv henvender seg til barnevernet for å få hjelp.

6.3.4 Anbefaling

Det anbefales at politiet gis en plikt til å melde bekymring til barnevernet i situasjoner der gravide blir utsatt for vold, ved at politiregisterloven (2010) og politiregisterforskriften (2013) klargjøres på dette punktet, jf. anbefalingene i Barnevoldsutvalgets innstilling (NOU 2017: 12), kap. 12.6, særlig punkt 12.6.3.3 side 139 flg.

Det anbefales at profesjonsutøvere som arbeider etter sosialtjenesteloven (2009) gis plikt til å melde bekymring for det ufødte liv på lik linje med helsepersonell, og at rundskrivet til lov om sosiale tjenester klargjøres på dette punktet.

Det anbefales at bekymringer som kommer fra den gravide selv eller fra privatpersoner, følges opp på samme måte som bekymringer meldt av offentlig ansatte i medhold av lov.

7 Barnevernets ansvar – hvilke tiltak med hvilket formål?

Spørsmålet som drøftes i dette kapitlet er *hvilket ansvar og hvilke oppgaver barneverntjenesten bør ha dersom den mottar en melding om bekymring for ufødt liv, og hvilke formål barnevernets tiltak bør ivareta.*

Kapitlet innledes med en summarisk oversikt over nasjonale retningslinjer og andre styrende dokumenter for helsetjenester til målgruppen. Disse føringene er av betydning for hvordan en kan tenke seg at barnevernets ansvar, rolle og tiltak overfor gravide bør innrettes.

Derneft følger noen refleksjoner om graviditet som subjektiv erfaring og en spesiell mental tilstand som tiltakene må ta hensyn til, før vi i korte trekk beskriver eksisterende helse- og omsorgstilbud tilpasset utredningens målgruppe. Dette for å gi et bilde av de tilbudene barneverntjenesten i dag samarbeider med, og som eventuelle nye tiltak kan inngå og komplettere. Deretter foreslår vi hva som bør være de prinsipielle formålene med barnevernets tiltak overfor målgruppen, og hvilke konkrete tiltak og arbeidsformer som synes formålstjenlige. Til slutt drøfter og besvarer vi spørsmålet om barnevernet bør rå over tvangstiltak.

7.1 Nasjonale føringer og retningslinjer

Her ser vi til utvalgte nasjonale faglige retningslinjer og andre styrende dokumenter utenfor det barnevernfaglige feltet, fordi disse kan være retningsgivende for hvordan barnevernet skal gripe an ansvar og tiltak overfor gravide.

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen legger føringer for den generelle svangerskapsomsorgen og beskriver tiltak for de som trenger ekstra oppfølging.

Retningslinjen er, som tidligere nevnt, kvinnesentrert – der den gravides selvbestemmelsesrett er grunnleggende. Helsepersonell skal ifølge retningslinjen gi kunnskapsbasert informasjon og bistå kvinnen med å ta beslutninger som gagnar begge parter (Helsedirektoratet, 2018).

Ved behov brukes samvalg – en felles beslutningsprosess hvor forskningsbasert kunnskap, helsepersonells erfaringer og brukerens erfaring og preferanser brukes aktivt for at den gravide skal kunne ta et informert valg (Helsebiblioteket, 2020).

I *Pakkeforløp gravide og rusmidler* anbefales det at det tidlig i svangerskapet avklares hvorvidt den gravide har behov for tjenester og bistand fra barnevernet, og at den gravide / partneren hennes støttes i å innlede et samarbeid (Helsedirektoratet, 2019). Det anbefales også å drøfte behov og muligheter for institusjonsopphold før og etter fødsel, enten i spesialiserte avdelinger i tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling (TSB) eller barnevernets sentre for foreldre og barn.

Selv om dette pakkeforløpet er beregnet for gravide med rusmiddelbruk, gir prinsippene i dette og øvrige pakkeforløp en pekepinn på hvordan en kan legge opp samordnet og sammenhengende hjelp med stoppunkter for evaluering, ivaretagelse av brukerdeltakelse.

I *Nasjonal faglig retningslinje for gravide i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*, som er nevnt tidligere, anbefales det prinsipper, arbeidsmåter og tiltak for ivaretagelse av både den gravide og barnet. Dette har overføringsverdi til denne utredningens målgruppe, blant annet når det gjelder etablering av tverrfaglige, regionale oppfølgingsteam for barna (Helsedirektoratet, 2011).

Hovedgrepet i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St. 7 (2019–2020)* – å opprette forpliktende helsefelleskap mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten – forsterker tidligere nasjonale føringer om samhandling og koordinering.

Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere vil møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres.
(Helsedirektoratet, udatert)

I høringsnotatet *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud* foreslås en endring i retning av sterkere krav til koordinering av tjenestene for barn (inkludert ennå ikke fødte) som har eller kommer til å få særskilte omsorgsbehov (Arbeids- og sosialdepartementet m.fl., 2020). Her er det i første rekke barn med fysiske skader eller psykiske utviklingshemning det dreier seg om, men barn som fødes inn i familier der foreldrene behøver medisinsk og/eller sosialfaglig støtte til omsorgsoppgavene er også inkludert. Høringsnotatet inneholder et forslag om at det opprettes en barnekoordinator med beslutningsmyndighet. Denne fagpersonen skal sørge for at familien og barnet får et velferds-

tjenestetilbud som er koordinert og helhetlig, og at de får nødvendig informasjon og veiledning.

Som bakgrunn for beskrivelsen av barnevernets rolle og tiltak overfor det ufødte liv trekker vi også frem Barnevoldsutvalgets anbefaling om at tiltak for å forebygge vold mot barn bør starte allerede i svangerskapet (NOU 2017: 12). Utvalget viser også til at sviktende samarbeid og manglende samordning mellom ulike hjelpetjenester er årsaken til at for mange utsatte barn ikke blir beskyttet.

Det er et uttalt nasjonalt mål å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern. Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14) mener at bruk av tvang overfor gravide rusmiddelavhengige rettferdiggjøres av rusmidlers skadepotensial på fosteret. Utvalget finner ikke grunnlag for å utvide tvangsbestemmelsen til å gjelde andre grupper gravide, fordi andre forhold med tilsvarende skadepotensial som rus ikke er dokumentert.

7.2 Én kropp – to liv

Kunnskapsutviklingen innen sped- og småbarns utvikling og vektleggingen av «tidlig inn» har gitt økt etterspørsel etter tiltak og metoder for å bidra til en god start – for både barnet og familien. Parallelt med økt kunnskap om spedbarn, ble det utviklet teorier om foreldreskapets utviklingsprosesser og svangerskapets subjektive opplevelse. Nedenfor beskrives tematikken *svangerskapets/foreldreskapets psykologi* nærmere, fordi tiltakene må ta hensyn til denne tilstanden og livsfasen hvor én kropp rommer to liv.

Å være gravid og å føde er både en ordinær og en eksepsjonell og omveltende kvinnelig erfaring. Selve svangerskapsforløpet er grundig beskrevet som en naturlig, biologisk styrt reproduksjonsprosess hvor man fokuserer på fosterutviklingen langs en tidslinje. Mindre oppmerksomhet har blitt viet kvinners subjektive erfaringer med å være gravid og bli mor, og de mentale endringer og forberedelser til foreldreskap gjennom svangerskapet. Et unntak er Raphael-Leff (1991) som teoretiserer svangerskapets psykologi. Et annet er Young (2005) som beskriver den manglende oppmerksomheten mot kvinners subjektive erfaringer med å være gravid – som om graviditeten ikke hører til henne selv:

Den gravide kvinne er desentrert, splittet og doblet på flere måter. Hun opplever sin kropp som seg selv og ikke seg selv. De indre bevegelser tilhører en annen skapning, men samtidig ikke en annen, fordi hennes kroppslige avgrensning skifter og fordi hennes kroppslige selvfølelse og lokalisering er rettet mot både mage og hode. (Vår oversettelse, Young, 2005, s. 46)

Graviditetens store fysiologiske, relasjonelle og psykologiske forandringer er alle elementer i klinisk arbeid innen sped- og småbarns psykiske helse og i perinatal psykoterapi (Raphael-Leff, 2003). Det er en tilstand av åpenhet, sterk følsomhet og en orientering mot barnet og omsorgsoppgaven. Rike fantasier om barnet som skal komme, om seg selv som fremtidig omsorgsperson, og om dannelsen av emosjonelle bånd til barnet i magen, ansees som en vesentlig forberedelse til omsorgsoppgavene etter fødselen (Brudal, 2000; Brodén, 2004; Pajulo et al, 2006). Terapeutiske og foreldreforberedende samtaler i graviditeten personifiserer og «fremskriver» fosteret til et barn, og stimulerer forestillinger hos den gravide kvinnen og den ventende far om seg selv som foreldre og foreldrepar.

Vatne Brean (2017) omtaler kvinners psykologi under svangerskap, fødsel og barseltid som en tilstand av *konstruktiv skrøpelighet*. Tilstanden er konstruktiv fordi den forbereder forelderen på å fange opp og bedre forstå spedbarnets tilstander, uttrykk og behov. Den er skjær fordi den innebærer store omveltninger på mange plan som, kombinert med den økte følsomheten, kan gi økt risiko for psykisk ubalanse og sykdom. Tilgang på trygghet og sosial støtte er viktig for hvordan denne livsfasen oppleves og mestres (Stern, 1995). Ansvar, alvoret, omveltningene og det nye livet skaper ofte en endringsmotivasjon og et ønske om å få til endringer og rydde i problemer, til barnets beste. Men sammenvevd med muligheten for vekst er en risiko for dårligere fungering, i verste fall sammenbrudd.

Ansvar for gravide i barneverntjenesten forutsetter kunnskap om denne gruppens tilstand og behov. «Våre» tre gravide kvinner er – ved siden av sine helseproblemer, belastninger og begrensninger – i denne tilstanden av *konstruktiv skrøpelighet*. Samah, Anette og Liv trenger ro og trygghet og støtte til å bygge et konkret og mentalt rom for seg selv både som forelder og barnet som skal komme. De trenger praktisk støtte og oppmuntring og anerkjennelse fra noen som vil dem vel. De trenger hjelp til å rydde unna problemer, og de trenger tilstrekkelig økonomisk og materiell sikkerhet. En gravid kvinne trenger frihet fra vold under graviditeten og etterpå. Alle tre føler seg i utgangspunktet utsatt. De er redde for å slippe kontrollen og har

vanskelig for å stole på at barnevernet vil dem godt. De er redde for at barnet skal bli tatt fra dem. Det er et krevende, motvillig utgangspunkt for barnevernets samarbeid med den gravide.

Fra et kvinnehelse- og behandlingperspektiv er det sentralt at den gravide føler seg ivaretatt og respektert og at hun «eier» sitt svangerskap. Hjelpere må ta hensyn til og spille på lag med graviditetens konstruktive skrøpelighet, den åpne tilstanden og endringsmotivasjonen. Fra et helsefaglig perspektiv vil en gravid kvinnes redsel for barnevernets kontroll og inngrepsmuligheter – reelle eller fantaserte – kunne forstyrre foreldreforberedelsene. Tiden man har til rådighet for tiltak i svangerskapet er kort, og tiltakene må være skreddersydd for denne spesielle målgruppen. Sentralt i en eventuell tiltakspakke er å styrke voksen ansvarlighet og følsomhet samt forståelse for barnets behov.

7.3 Barnevern og foreldrestøtte i graviditet og spedbarnstid

Dagens tjenester til målgruppen gis både i kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten som lavterskeltilbud, poliklinisk tilbud eller institusjonstilbud. Barnevernets oppgave og tiltak i arbeidet med utsatte gravide og det ufødte liv må sees i sammenheng med helse- og omsorgstjenestens rolle og tiltak. Derfor gir vi her en summarisk oversikt over viktige helse- og omsorgstilbud som finnes for målgruppen i dag.

7.3.1 Tilbud i regi av helse- og omsorgstjenestene

Tilbudene omfatter alt fra spesialinstitusjoner for gravide rusavhengige til sped- og småbarnsteam som er integrert i det etablerte psykiske helsevernet for barn og unge (BUP). Det finnes forsterkede tilbud til gravide og barselkvinner i tilknytning til føde/barselavdelinger, som Ullevål-teamet i Oslo (Helsebiblioteket.no) og Forsterket barsel i Sykehuset Innlandet (2019). Andre tjenester har blitt etablert som tillegg til de eksisterende helsestrukturene, som for eksempel familieambulatoriene som har som mål å støtte gravide / småbarnsforeldre med rus- og psykiske problemer med tilbud om oppfølging frem til barnets skolestart. Holden et al. (2018) fant at familieambulatorie-modellene lyktes i å nå ut til gravide og familier med høy risiko. Rimehaug et al. (2019) dokumenterer en samtidighet mellom etableringen av familieambulatorier og en nedgang i antall undervektige tidligfødte.

Flere av de større byene – deriblant Bergen, Kristiansand, Trondheim og Stavanger – har opprettet forsterkede helsestasjonstilbud der utsatte og sårbare gravide kan få tettere oppfølging før og etter fødsel.

Mange av tiltakene over er listet opp som spesialtiltak for gravide og familier med rusbrukslidelser eller i LAR (Helsebiblioteket.no) fordi de opprinnelig ble opprettet for å ivareta denne gruppen. Etter hvert har tiltakene blitt utvidet til en videre målgruppe. Ullevål-teamet, for eksempel, er nå et tilbud for gravide med psykiske vansker, gravide i LAR, gravide med psykisk utviklingshemning samt svært unge gravide med ulike belastninger eller vanskelige psykososiale forhold.

En rapport av Erlandsen (2019) beskriver de ulike familieambulatorie-modellene og andre alternative lavterskeltilbud for utsatte gravide, sped- og småbarnsfamilier. Tilbudet til målgruppen omfatter også frivillig og privat sektor, for eksempel Home-Start Familiekontakten (Homestartnorge.no) som tilbyr opplæring og frivillig bistand til sped- og småbarnsfamilier, og den brukerstyrte Landsforeningen 1001 dager (Landsforeningen1001dager.no).

Organiseringen og innholdet i tilbudene varierer. Det er en gjengs utfordring at mange av tiltakene har svak forskningsbasert dokumentasjon på effekt (Eng et al., 2018). Ett unntak er *Familie for første gang*, som i NOU 2012:5 blir beskrevet som det eneste evidensbaserte programmet som tilbyr støtte og forebygging allerede fra graviditets- og spedbarnsperioden. Programmet er en norsk tilpasning av *Nurse-family partnership* (NFP) (Olds, 2006) og omfatter solid hjemmebasert oppfølging av førstegangsgravide som har behov for ekstra støtte under graviditeten og i småbarnsperioden. Tiltaket er på kommunalt nivå – med sykepleiere som nøkkelpersonell. Bufdir er lisensholder og har sørget for en følgeevaluering som indikerer at det er «sannsynlig at programmet kan forebygge omsorgs-svikt og omsorgsovertagelser», og at en tidlig innsats i form av NFP kan hindre at sårbare familier får problemer senere i livet (Pedersen et al., 2019, s. V).

I anbefalingene fra prosjektet *Nordens barn* om tidlig forebyggende intervensjoner (Nordens velferdssenter, 2012), beskrives følgende sentrale kjennetegn for innsatser tilpasset den yngste gruppen:

- Tidlig innsats bør rette seg mot foreldrene, særlig mødrene, og ikke mot barna.
- Innsatsene bør være organiserte som mangefasetterte innsatser, dvs. at de bør bestå av flere ulike aktiviteter som for eksempel samtaler, praktisk hjelp, gruppesamtaler, m.m.
- Tidlige innsatser bør være forholdsvis lange, seks måneder eller mer og inneholde tette kontakter mellom brukere og behandlere.
- Når man arbeider med foreldre med en særskilt risikofaktor, for eksempel avhengighet eller vold, bør man tilby støtte som særskilt innretter seg mot denne risikofaktoren.

For den yngste aldersgruppen (0–2 år) vises det til den finske intervensjonen «Förelldraskapet främst»/ *Families first* (Nordens velferdssenter, 2012; Kalland, et al., 2016).

Svangerskapsomsorg til gravide fra andre kulturer enn den norske blir bedre dersom man involverer en doula – en legkvinne – som fungerer som støtteperson, språklig og kulturelt. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Doulaer kan bistå som kulturoversettere – at nødvendig informasjon blir gitt og forstått – og bidra med emosjonell og sosial støtte slik at den gravide kan få en bedre fødselsopplevelse og barseltid (Kang, 2014; Markussen et al., 2020).

Selv om de fleste av de ovennevnte tiltakene har sin forankring i helse- og omsorgstjenestene, er den gjengse tilnærmingen at problemenes sammensatte karakter, når det oppstår alvorlig bekymring under graviditeten, forutsetter tverrfaglig samarbeid. I mange saker er barnevernets bidrag avgjørende for å finne gode helhetlige tiltak for familien og tilstrekkelig beskyttelse for barnet. Flere av tiltakene tilbys i samarbeid eller parallelt med at barnevernet yter tjenester.

7.3.2 De overordnede formål med barnevernets tiltak

Spørsmålet om hva barnevernet skal gjøre, henger sammen med hvilke formål tiltakene skal ha. Dermed utdyper vi først hva vi mener bør være de sentrale og overordnede formål.

I dette og neste underkapittel (7.3.3) peker vi på hva barnevernet bør gjøre og hvorfor, men de endelige, oppsummerte anbefalingene kommer til slutt – under punkt 7.3.4.

Hjelp, omsorg og beskyttelse

For det første må formålene være i tråd med barnevernets hovedoppgaver, slik de formuleres i barnevernlovens § 1-1; å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid, og bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærighet og forståelse, og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår. Formålet med eventuelle tiltak som settes inn overfor gravide og det ufødte liv, må være tilsvarende: At det som gjøres i fosterstadiet, sikrer hjelp og omsorg, og at de beskytter fra forhold som kan skade. Tiltakene skal ivareta hensynet til det fremtidige barnets beste.

Forebygge og forberede

Et sentralt formål med tiltak overfor gravide bør være å forebygge skade og omsorgssvikt, og sikre et best mulig utgangspunkt for barnet som skal komme. Tiltakene må ivareta den gravide og de nybakte foreldrene gjennom at barnevernet blir gjort kjent med behov, belastninger og potensielle risikofaktorer. Dermed kan man gjøre forberedelser og tilby hjelp i tiden før og etter fødsel.

Styrke foreldres omsorgsevne

Tiltakene bør ha til hensikt å styrke foreldres omsorgskompetanse og søke ressurser i familiens nettverk, og slik øke sannsynligheten for at barnet kan vokse opp i sin biologiske familie. I dette ligger også bistand til å rydde unna hindringer og ytre trusler mot et trygt svangerskap og en forsvarlig omsorgssituasjon. Tiltakene bør ha en foreldre- og familie-styrkende innretning selv om barnet blir plassert utenfor hjemmet. Det vil ha betydning for samvær, tilbakeføring eller annen fremtidig kontakt mellom foreldre og barn.

Ivareta barneperspektivet og hensynet til barnets beste

I kontakt med samarbeidsparter – og internt – bør man styrke barneperspektivet i vurderinger og tiltak som gjøres under svangerskapet, og i planleggingen av tiltak etter fødselen.

Bidra til tverrfaglighet og koordinert samarbeid

Barnevernets mandat forutsetter en samarbeidende arbeidsform, og tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er forankret i barnevernloven § 3-2. Et viktig formål med barnevernets rolle og tiltak under graviditet må være å styrke kommunikasjonen og samarbeidet med de øvrige

tjenestene for gravide og spedbarnsforeldre. Dette for å sikre helhetlige vurderinger og hjelp av best mulig kvalitet.

7.3.3 Barnevernets arbeidsform og tiltak

Her trekker vi fram noen av barnevernets tiltak og arbeidsformer som vurderes å være relevante dersom tjenesten får et større ansvar for gravide og det ufødte liv. Det ligger utenfor utredningens rammer å beskrive et fremtidig tilbud i detalj, men vi skisserer her noen mulige linjer som omfatter graviditet, barsel- og spedbarnstid.

Per i dag baserer barnevernets tiltak seg på den gravides frivillighet og den enkelte tjenestens mulighet til å prioritere ressurser til en ikke-lovpålagt oppgave. Praksis varierer fra kommune til kommune. Vi foregriper ett av endringsforslagene og baserer tiltaksbeskrivelsene på at barnevernet får tiltakspålagt overfor alle gravide som oppfyller kriteriene for hjelp fra barnevernet.

Ved siden av de sentrale formålene for barnevernets rolle og tiltak, må de grunnleggende prinsippene for barnevernets virksomhet – legalitetsprinsippet, minste inngreps prinsipp, hensynet til barnets beste, og det biologiske prinsipp – også gjelde for barnevernets tiltak overfor gravide og det ufødte liv. Arbeidsform og tiltak må ta behørig hensyn til kulturelle verdier og kulturforskjeller, og man må også være bevisst på hvordan mistillit og misforståelser som skyldes historiske, kulturelle og klasserelaterte forhold, kan gjøre seg gjeldende i relasjonene mellom hjelper og mottaker.

Innledende kontakt med barnevernet

Den første bekymringen oppstår gjerne hos den gravide selv. Derfor bør informasjon om hjelpetilbud være lett å finne. Den første fagpersonen som får kjennskap til en gravid i en bekymringsfull tilstand eller omstendighet, har ansvar for å håndtere bekymringen. I tråd med minste inngreps prinsipp bør en først forsøke å håndtere situasjonen i samråd med den gravide – ved å avklare hvordan hun vurderer sin situasjon, og hva som er hennes ønsker og behov.

Kasuistikkenes Anette, Samah, Liv og andre gravide som vegrer seg for samarbeid med barneverntjenesten i frykt for hva som kan komme til å skje, trenger god, tilrettelagt og tydelig informasjon og tillitsskapende dialog. De trenger å vite hva som er deres og barnets rettigheter, gjerne i form av profesjonell juridisk rådgiving. Tolk og oversatt informasjons-

materiell må brukes når det er nødvendig. Den gravide bør involveres i å skissere en foreløpig plan med avklaringer av umiddelbare behov og prioriteringer for hva som skal skje den nærmeste tiden. Motivasjonsarbeid og etablering av frivillighet er en sentral oppgave fra og med oppstarten og gjennom hele kontakten med barnevernet.

Barnevernet bør i denne fasen ha en informerende og veiledende rolle overfor den gravide / paret og andre deler av hjelpeapparatet. I den innledende kontakten med gravide som meldes uten samtykke, blir det særlig viktig at den barnevernansatte prøver å etablere en god samarbeidsrelasjon. Den første kontakten bør også søke å avklare hvorvidt meldingen er godt begrunnet, om behovene kan dekket av andre instanser og om barnevernets bidrag trengs.

Tiltak som styrker dialog og involvering av familie og nettverk

Samtaleprosess, slik den har blitt beskrevet i utredningsprosessen og i *Retningslinjer for samtaleprosess i fylkesnemndene* (Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, udatert), synes å være en gunstig modell for en dialogbasert arbeidsform overfor gravide. Formålet med samtaleprosessen er å bringe partene sammen for å kartlegge faktiske forhold og/eller konflikttemaer, bedre partenes kommunikasjon og øke deres forståelse, legge til rette for enighet om en midlertidig ordning samt legge til rette for hel eller delvis løsning av saken til barnets beste. Tiltak og arbeidsprosess må ivareta brukerdeltakelse og muligheten til å ta informerte valg, og gjerne stimulere til bruk av likemannsstøtte, samarbeid med brukerorganisasjoner og brukerstyrte tiltak.

I tråd med eksisterende føringer, skal arbeidsprosessen inkludere den gravidens familie og naturlige nettverk, så lenge det er hennes ønske og i hennes interesse. I tilfeller der det er aktuelt med fosterhjem, er barnevernet pliktig til å vurdere om noen i barnets familie eller nære nettverk kan velges som fosterhjem. Barnevernet skal legge til rette for bruk av verktøy og metoder for nettverksinvolvering, dersom det er hensiktsmessig. Dagens ordning er slik at barn og familier kan motta familieråd i alle faser av en barnevernssak. Det samme bør gjelde saker der barnet ennå ikke er født. Dersom en kvinne som Samah i fremtiden skulle bli en del av barnevernets ansvar, kan familieråds-modellen (Bufdir, 2018b) fungere som en bro mellom en familieorientert og kollektivistisk kultur og et individualistisk orientert og profesjonalisert barnevern og omsorgsapparat.

Koordineringsrolle

Selv om tverrfaglig bistand er viktig, bør ikke gravide i en sårbar situasjon utsettes for et høyt antall profesjonelle, og det er viktig at tiltak koordineres. Barneverntjenesten har ofte en koordinerende rolle for barn og foreldre som har kontakt med mange instanser. De skal, ifølge barnevernloven § 3-2a, utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Dersom tjenesten får ansvar for det ufødte liv, må det også legges en plan for tiden frem mot fødsel og like etter. I *Pakkeforløp gravide og rusmidler* er kommunenes koordineringsansvar ivaretatt i form av en kommunal forløpskoordinator som skal være tilgjengelig for den gravide, barnefar / partner / pårørende og andre involverte hjelpeinstanser. Det er nærliggende å foreslå at kommuner kan ha en tilsvarende rolle overfor denne utredningens målgruppe.

Vi mener at flere av de tidligere beskrevne tiltakene som er forankret i helsetjenesten har mange av disse trekkene. Positivt evaluerte tiltak og godt etablerte tiltak bør vurderes implementert i en større skala. Barnevernet rolle og tiltak overfor det ufødte liv bør samstemmes med, supplere og gjerne integreres i eksisterende velfungerende og effektive tiltak.

Tverrfaglig oppfølgingsteam for barnet

De anbefalte kriterier for melding uten samtykke er blant annet at den gravidens tilstand, omstendighet eller adferd med overveiende sannsynlighet medfører skade på foster / nyfødt. Det innebærer at disse barna bør sikres kvalifisert ivaretagelse tilsvarende anbefalingene vi finner i LAR-retningslinjen. Her anbefales at det opprettes et spesialisert, tverrfaglig oppfølgingsteam i hver helseregion for å sikre god utredning og adekvat oppfølging til barn som har vært utsatt for risiko under svangerskapet. Retningslinjens beskrivelse av teamets ansvar og oppgaver er å:

- etablere kontakt med foreldre i svangerskapet og/eller med familien under oppholdet på nyfødtafdeling
- bidra til kontakt og samarbeid mellom føde- og barneavdeling og det lokale hjelpeapparat
- følge opp barnet i spesialisthelsetjenesten

- ha regelmessig kontakt med barn og foreldre og rutinemessige undersøkelser ved 6 og 12 måneders alder og deretter årlig frem til skolealder
- vurdere oppfølging og tiltak ut over rutineundersøkelser ut fra konkrete behov
- gi råd til det lokale hjelpeapparat ved behov for vurderinger
- opparbeide og systematisere kunnskap om barnas utvikling og tiltak

Det er grunn til å se nærmere på hvordan LAR-retningslinjens anbefaling er gjennomført – om målgruppen bør omfatte andre grupper barn født med og inn i risiko, og om teamenes sammensetning bør inkludere barnevernfaglig kompetanse.

Sentre for foreldre og barn

Fra det helsefaglige praksisfeltet er muligheten til å tilby gravide opphold på et senter for foreldre og barn særlig ønskelig. Noen gravide trenger et døgntilbud som kan styrke foreldreforbereidelse og egenomsorg. Noen trenger å komme ut av en uholdbar livssituasjon og omgis av omsorg og støtte. I andre tilfeller begrunnes et døgntilbud med muligheten til å bli kjent med den gravide før fødsel og utrede kapasitet for omsorg og ansvar for et barn, og å legge planer for forsvarlig ivaretagelse av barnet.

De fleste sentre for foreldre og barn er tilpasset gravide, sped- og småbarnsfamilier der det er bekymring for barnets omsorgssituasjon. Sentrene tilbyr utredning av omsorgskompetanse og barnets utvikling og tilstand, foreldre-barn-samspill og foreldrestøttende tiltak. Kjernevirksomheten er å styrke foreldrekompentanse under oppholdet på sentret, men flere sentre tilbyr også hjemmebasert bistand og poliklinisk oppfølging. Vi anser anbefalingene fra Ekhaugen et al. (2016) om at senterne utvikler mer fleksible arbeidsformer – blant annet ved å videreutvikle hjemmebaserte og areafleksible tiltak, og sørge for at tilbudet blir jevnere fordelt utover landet – som gunstige for utredningens målgruppe.

Opphold på sentre for foreldre og barn regnes som et gunstig frivillig hjelpetiltak for gravide. Tiltaket kan pålegges ved fylkesnemndsvedtak etter at barnet er født (Innst. 332 L (2014–2015)). Begrunnelsen for et slikt pålegg vil, i tråd med innstillingen være «å forbedre situasjonen til barnet og forebygge mer inngripende tiltak som omsorgsovertakelse» (del 1.1).

Støtte til gravide og spedbarnsmødre etter en fosterhjemsmødel

Fosterhjemsmødelen lanseres også som et mulig barnevernstiltak med formål å tilby den gravide en storfamilielignende omsorg samt muligheter for å erfare og lære barnestell og foreldreskap. Et slikt tiltak kan muligens fungere som en supplerende omsorgsbasis for barnet etter fødsel, og dermed representere en utvidelse av den gravide og barselkvinnens sosiale nettverk.

Tiltak for volds- og skadeutsatte gravide

Både i meldings- og tiltaksprosessen må det gjøres voldsrisikovurderinger med avveininger av hvorvidt intervensjoner kan øke faren for skade, og hvordan en slik fare kan reduseres. I noen tilfeller kan det være nødvendig å skjerme den gravide fra truende forhold i henne omgivelser. Det kan være snakk om vold, trusler om vold eller andre forhold utenfor den gravidens kontroll som setter hennes liv og frihet i alvorlig fare. I slike tilfeller bør barnevernet, i samarbeid med andre tjenester, ha mulighet for å tilby den gravide skjerming på ukjent sted.

I *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner* legges det vekt på forebygging og tidlig oppdagelse av risiko for voldshendelser (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014–2017). I tråd med planens anbefaling er det innført rutinemessige spørsmål for å avdekke vold mot gravide i svangerskapsomsorgen. Voldsutøvere anbefales behandlingstilbud gjennom Alternativ til vold og familieverntjenestene, og det bør gis foreldreveiledning på krisesentre og asylmottak for å forebygge vold mot barn.

Tattoli et al. (2017) anbefaler at suicidale gravide tilbys innleggelse på sykehus, og peker på at to liv er i fare: kvinnens og fosterets. Disse italienske forskerne understreker at kvinnens overlevelse er førsteprioritet, og at det ufødte liv avhenger av ivaretagelse og stabilisering av den blivende mors tilstand. Dette vil være helsevesenets ansvar, men er samtidig en situasjon som i vår anbefaling utløser meldeplikt og et påfølgende samarbeid med helsepersonell for å finne helhetlige tiltak som ivaretar de ulike, men sammenvevde behovene og interessene.

Tiltak for gravide med utviklingshemning

Barnevernets eventuelle fremtidige ansvar for denne gruppen, forutsetter at barnevernet har eller bygger opp kompetanse om psykisk utviklingshemning og kognitiv svikt. Tilrettelagt informasjon og trygg beslutningsstøtte er nødvendig. Det er ekstra krevende å sikre et gyldig samtykke når det er usikkert om klienten er samtykke- og beslutningskompetent.

Innspill i utredningsprosessen advarer mot for streng praktisering av omsorgsovertakelse, og at de profesjonelle er seg bevisst på fordommer og forskjellsbehandling. Barnevernets ansvar og tiltak overfor gravide med utviklingshemning kan være å

- sørge for at mødrene får en reell vurdering av omsorgsevne
- sørge for skånsomhet og tilrettelagt informasjon når omsorgsovertakelse er uunngåelig
- bygge et tillitsforhold og en god hjelperelasjon under svangerskapet
- utrede foreldrestøttende barseltilbud som står klart når kvinnen føder
- bidra til forsvarlige levekår, inklusive god nok økonomi

Potvin et al. (2020) framhever betydningen av uformell støtte og styrking av foreldreferdigheter gjennom å se, lære og øve i en hverdagslig familiesituasjon. Tilgang på en stabil støtteperson gir bedre oppmøte på svangerskapskontroller og bedre forståelse av informasjonen som blir gitt. For at den gravide skal nyttiggjøre seg slik sosial støtte, må den være fordomsfri. I likhet med tiltakene for andre grupper av utsatte fertile kvinner er et av de viktigste tiltakene overfor denne gruppen bevisstgjøring og veiledning om reproduksjon og familieplanlegging før graviditet.

Et tverrfaglig tilbud med lav terskel

Våre rådgivere i praksisfeltet har gitt uttrykk for ønsker og ideer om et gjensidig forpliktende, tverrfaglig lavterskeltilbud som rommer tjenester og fagpersoner fra både første- og andre-linjetjenesten. Tiden man har til rådighet for tiltak i svangerskapet er kort, og tiltakene må være skreddersydd for denne spesielle målgruppen. Hjelpen må komme raskt i gang og samarbeidspartnerne må prioritere å være tilgjengelige for hverandre og avsette nødvendige ressurser.

Et tverrfaglig tilbud kan være et team hvor barnevernet og andre profesjoner samarbeider for å kunne gjøre en felles innsats – en familiestøttetjeneste for tiden før og etter fødsel med både grunnleggende og spesialisert kunnskap. Lav terskel sikres ved at tilbudet kun rår over frivillige tiltak (det vil si ulike typer bistand som tjenestene tilbyr den gravide, og eventuell partner, og som hun/de kan velge å ta imot eller ikke), og at det er uten krav om henvisning

eller diagnostisering, men har gode ressurser til utredning og tilpasset hjelp. Den sterke vektleggingen av samarbeid støttes av de før nevnte sentrale, styrende dokumentene.

I tråd med anbefalingene fra *Nordens barn* bør tiltakene bygge på det som er dokumentert virksomt, basert på ulike typer kunnskap og erfaring. Tiltakene må være i tråd med brukerens behov og preferanser, og kan omfatte blant annet praktisk hjelp og barnepass, foreldreveiledning og samspillsstøtte, informasjon og beslutningsstøtte, hjelp til hverdagens struktur samt endring av kosthold og levevaner. Det må også vies behørig oppmerksomhet til forsvarlige levekår, sosiale fellesskap og kultursensitivitet. Et sentralt element i en eventuell tiltakspakke er å styrke voksen ansvarlighet samt følsomhet og forståelse for barnets behov. Å oppnå dette med tiltak som pålegges den gravide med en eller annen form for tvangsbestemmelse er vanskelig å se for seg.

7.3.4 Oppsummering og anbefaling om plikt til bistand i et tverrfaglig samarbeid

Som gjennomgangen over viser, eksisterer det både enkelttiltak, mer helhetlige modeller og tjenesteintegreerte tiltakskjeder som gir gode utgangspunkt for å utvikle forpliktende samarbeidsformer mellom helse og barnevern.

I dag er det ulik praksis mellom kommuner når det gjelder om, og i hvilket omfang, barnevernet tilbyr tiltak overfor målgruppen. Bistanden barnevernet yter overfor gravide i dag er ikke lovpålagt. Vår vurdering er at det er mye å vinne på å innføre en plikt for barnevernet til å tilby tiltak. Gevinstene er at den gravide / paret – med barnevernets bidrag i et tverrfaglig samarbeid, som så godt det lar seg gjøre, kan trygge henne / dem under svangerskapet – blir bedre forberedt til tiden etter fødsel. I noen tilfeller kan barnevernets bidrag ha som siktemål at en uunngåelig omsorgsovertakelse etter fødsel blir så lite traumatisk som mulig.

Det anbefales derfor at det innføres en lovpålagt plikt til å tilby bistand til gravide dersom barneverntjenesten vurderer at nærmere bestemte vilkår for bistand er oppfylt. En slik plikt til bistand bør utløses i tilfeller der det er et potensial for at barnevernets rolle kan bidra til å forebygge at det fødte barnet utsettes for omsorgssvikt.

Barnevernets ansvar bør være å tilby tiltak, gi informasjon, planlegge og samarbeide med andre hjelpetjenester. En slik endring i barnevernets forpliktelser overfor gravide / det ufødte

liv som anbefales her, bør ledsages av en tilsvarende forpliktelse hos andre tjenester til å yte tiltak og delta i samarbeid.

Barnevern i tiden rundt svangerskap, fødsel og barsel utfordrer de etablerte arbeidsformene. Det anbefales derfor at det første møtet med den gravide / paret utløser starten på et tverrfaglig, koordinert samarbeid. Modeller for delt ansvar mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern bør utforskes.

7.4 Frivillige versus tvangspålagte tiltak

Så langt har vi ikke drøftet eller tatt stilling til om barnevernet bør ha hjemmel til å fatte tvangsvedtak overfor en gravid kvinne. I dette kapittelet drøftes dette spørsmålet ut fra juridiske og etiske perspektiver. Utgangspunktet er at frivillighet, sett fra et helse- og omsorgsfaglige perspektiver, i de aller fleste tilfeller er best egnet for å oppnå målsettingene med barnevernets foreslåtte tiltak og rolle.

Også i jussen er frivillighetsprinsippet grunnleggende – i barnevernretten generelt, og når det gjelder adgangen til å plassere gravide rusmiddelavhengige i institusjon. Dersom tilstrekkelige tiltak eller behandling kan gjennomføres frivillig, skal dette prøves. Gjeldende barnevernrett gir anledning til tvangstiltak når samtykke ikke foreligger. Spørsmålet er om en lignende juridisk mulighet til tvang også bør gjelde overfor gravide for å beskytte det ufødte liv. Kapittelet innledes med en redegjørelse for hvilke menneskerettslige rammer som omgir spørsmålet om barnevernets eventuelle bruk av tvangstiltak overfor gravide, dernest hvordan dette er regulert i sammenlignbare lands lovgivning på området.

Fra et etisk perspektiv er det heller ingen tvil om at prinsippet om frivillighet bør stå sterkt i tiltak overfor målgruppen. De etiske dilemmaene oppstår når den gravide ikke vil ta imot hjelp. Da må ulike hensyn veies opp mot hverandre. Vi drøfter hvordan ulike hensyn kan veies i argumenter for eller mot tvangstiltak i lys av pliktetiske, konsekvensetiske og dydsetiske perspektiver. Kapittelet avsluttes med en drøfting og anbefaling om tvangstiltak.

7.4.1 Forholdet til internasjonale menneskerettigheter

Forutsetningen for å innføre en mer generell adgang til barnevernsinngrep overfor gravide er at det ikke er overordnede rettslige hindringer for en slik ordning. Spørsmålet om tvang i denne sammenhengen innebærer prinsipielle, følelsesmessige og verdimeslige avveininger, hvor kvinnens selvbestemmelse over egen kropp og reproduksjon kan kontrastere det ufødte livs rettigheter. Gjeldende folkerettslige prinsipper om individvern vil kunne begrense den nasjonale stats adgang til å vedta lovgivning. Vi starter derfor med å drøfte hvorvidt det foreligger internasjonale forpliktelser som kan hindre eller problematisere en adgang til lovregulering om generelle barnevernrettslige tvangshjemler for å beskytte ufødt liv.

Det mest relevante folkerettslige rettsområdet her er de globale og regionale menneskerettigheter, som Norge ved sin tilslutning til De forente nasjoner (FN)s konvensjoner og Europarådets konvensjon om menneskerettigheter (EMK) har forpliktet seg til å respektere. Her dreier det seg først og fremst om FNs hovedkonvensjoner om sivile og politiske rettigheter og om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, FNs barne-konvensjon og EMK. Andre konvensjoner og traktater kan også ha relevans, for eksempel FNs kvinnekonvensjon, samt en rekke spesielle konvensjoner, traktater og erklæringer. Norge har gjennom menneskerettsloven (1999) vedtatt å gi de nevnte konvensjonene status som norsk lovgivning og med trinnhøyde over de nasjonale lovene. Ved en eventuell motstrid mellom en inkorporert menneskerettslig bestemmelse og annen norsk nasjonal lovgivning, vil førstnevnte derfor ha prioritet.

Det sentrale verdimeslige dilemmaet i spørsmålet om adgang til å gripe inn med tvangsregulering under graviditet, vil være forholdet mellom den gravide kvinnens rettigheter på den ene siden og de rettigheter som måtte foreligge for det ufødte barnet – fosteret. Ved utarbeidelsen av de sentrale menneskerettslige konvensjoner på dette området har man funnet temaet så vidt ømtålig at man ikke klart har tatt stilling til hvorvidt fosteret har menneskerettslig beskyttelsesvern. Heller ikke spesialkonvensjonen FNs barnekonvensjon fastslår hvilke rettigheter ufødt liv skal ha i en eventuell konflikt med morens interesser og rettigheter, men nøyer seg med å fastslå den øvre grense for barnebegrepet, som er oppnådd 18 års alder.

Selv om det i flere menneskerettslige dokumenter forekommer uttrykk som kan tolkes til fordel for rettigheter også for et påbegynt menneskeliv (eller «menneskelig materiale»),

eksisterer det ingen autoritativ avgjørelse om dette. Problemstillingen har vært særlig aktuell i abortproblematikken, men etter hvert også ved andre forhold som særlig moderne medisinsk og biologisk forskning og utvikling har gitt mulighet for. Men innenfor barnevernsfeltet har det ikke vært noen kjent bevegelse på dette området. Det foreligger heller ingen indikasjoner gjennom de sentrale menneskerettighetsorganers praksis – herunder FNs menneskerettskomité, FN's barnekomité og Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) – som er egnet til å avklare problemstillingen.

En må selvsagt ha i minne at det trolig er svært få, om noen, som har innført lovgivning eller forvaltningspraksis i tråd med det utredningen gjelder, og at det for så vidt ikke har ligget noen «invitasjon» for de menneskerettslige kontrollorganene til å behandle problemstillingen. Men siden det for fosteret langt mer «krenkende» abortingrep som følge av kvinnens autonome beslutning ikke er ansett konvensjonsstridig av EMD og FNs overvåkingsorganer, og siden heller ikke den norske regelen om tvangsmessig tilbakeholdelse av gravide rusbrukere synes å være innklaget til kontrollorganene, er det neppe noen grunn til å tro at disse vil overprøve statenes nasjonale lovgivning på dette området.

Dette innebærer at det per dags dato ikke foreligger klare menneskerettslige hindringer for statens adgang til å regulere sin nasjonale barnevernlovgivning i retning av generell tvangskompetanse overfor ufødt liv. Det forutsettes da at slik regulering er tilfredsstillende kvalitativ og ikke strider mot andre normer eller rettsprinsipper. Her vil det bli lagt særskilt vekt på om staten har foretatt en grundig saksbehandling under forberedelsene til og utformingen av loven, og at den avveiningen av interesser som er involvert har vært forsvarlig. Rettsområdet vil for Europas vedkommende trolig – i likhet med for eksempel abortlovgivningen – bli ansett for å høre inn under statens skjønnsmargin, og dermed overlatt til den enkelte medlemsstats vurdering og lovgivning.

Et overordnet hensyn i menneskerettsjussen er viktigheten av å beskytte individets autonomi og grunnleggende frihet. Samtidig er retten til liv helt sentral. Når disse rettighetene kolliderer, oppstår spørsmålet om hvilke av dem som skal veie tyngst.

I «vår» sak ville spørsmålet komme på spissen dersom fosteret som sådant ble ansett for å ha samme rettsvern som det fødte liv. Den gravide kvinnens rettigheter ville da måtte bli veid opp mot fosterets rett til å bli født uten skade. Men hverken de aktuelle

menneskerettskonvensjonene eller overvåkingsorganenes rettspraksis gir i dag fosteret slikt rettsvern. Klarest ser man dette i tallrike avgjørelser i forbindelse med abortlovgivning og abortpraksis, og i andre spørsmål med store moralske eller verdimeslige motsetninger – for eksempel adopsjon og dødshjelp.

Derimot stiller EMD klare krav til lovgivningens kvalitet på områder med sterkt verdimeslig konfliktpotensial. I slike tilfeller vil det avgjørende som oftest være om staten har foretatt en grundig og omfattende lovforberedelse, og herunder nøye og samvittighetsfullt vurdert de ulike hensynene.

Den norske lovgivningen om tvungen tilbakeholdelse i institusjon av gravide rusbrukere har ikke vært angrepet på grunnlag av påstått menneskerettskrenkelse, og de internasjonale overvåkingsorganene for menneskerettigheter har følgelig ikke tatt stilling til eventuell konvensjonsstrid. Likevel må det være rimelig å anta at den norske lovgivningen på dette området med all sannsynlighet vil stå seg også ved en ren menneskerettslig prøving, både gjennom den grundige og forsvarlige saksbehandlingen lovregelen er tuftet på, og gjennom den klare vitenskapelige forskningen som foreligger om faren for fosterskade (og senere skade).

Ved utvidelse av hjemmelsgrunnlaget for tvangsmessig inngrep i andre situasjoner enn der det kan dokumenteres stor risiko for fosterskade – altså ved rusbruk – vil det menneskerettslige grunnlag kunne være svakere. Mens det foreligger omfattende og ubestridt forskning på følgene av rusbruk – og hovedsakelig alkoholinntak – under svangerskapet, er det i mindre grad forskningsmessig kartlagt hvilke følger andre omstendigheter og livssituasjoner har for fosteret og det fødte barnet.

Som vi har redegjort for i kapittel 5, foreligger det imidlertid flere ulike forhold som det er knyttet stor bekymring til, og hvor det finnes forskning som indikerer risiko, for eksempel når det gjelder vold i svangerskapet. Også forhold som tunge psykiatriske lidelser og høygradig psykisk utviklingshemning har klare indikasjoner på farerisiko, jf. for eksempel redegjørelsene om dette i NOU 2017: 12 *Svikt og svik*.

Sannsynligheten for å unngå konvensjonsstrid ved eventuell innføring av en mer generell tvangshjemmel for gravide vil derfor i stor grad avhenge av hvor grundig lovforarbeidet er,

hvilke medisinske, sosiale og menneskelige hensyn som er vurdert, og i hvilken grad det foreligger forskningsresultater som kan støtte behovet for rettsendring.

Norske barnevernstiltak har den senere tid til dels fått hard medfart gjennom Den europeiske menneskerettighetsdomstolens avgjørelser. Sakene som har vært oppe til behandling der, er svært forskjellige, og avgjørelsene gir i liten grad veiledning med hensyn til spørsmål om tvangshjemler for å beskytte et foster. Et gjennomgående trekk har likevel vært kritikk mot saksbehandling, prosedyreformer og konkret skjønn, ikke barnevernlovgivningen i seg selv. Imidlertid er det naturlig å legge til grunn at en eventuell lovendring som åpner for barnevernstiltak forut for fødsel, for å stå seg menneskerettslig, bør være basert på et meget solid og gjennomvurdert regelverk som ikke åpner for noen vilkårlighet eller tilfeldig skjønnsutøvelse, og at alle inngrepskriterier / fareindikasjoner er nøye og utførlig beskrevet.

7.4.2 Andre lands lovgivning

Det er naturlig å se hen til hvordan andre land har tilsvarende problemstilling, kanskje først og fremst de andre nordiske landene, på grunn av likheten i rettstradisjon og rettskultur. For tiden åpner ingen av de andre nordiske landenes barnevernslovgivning for en lovhjemlet generell adgang til å gripe inn med tvangstiltak overfor gravide, der det foreligger indikasjoner på at fosteret kan ta skade som følge av den gravides situasjon under svangerskapet. Dette gjelder også i de tilfeller der rusbruk kan utsette fosteret for skade. Vår norske lovgivning på dette området er altså enestående – i den forstand at man er det eneste landet som har en lovhjemlet adgang til å anvende institusjonsplassering av en kvinne for å beskytte det kommende barnet for antatt fare på grunn av morens rusmiddelbruk, der den gravide motsetter seg slik plassering.

Derimot har man i stor utstrekning vektlagt informasjon til den gravide kvinnen om virkningene av rusbruk under svangerskapet, og om frivillige tiltak overfor denne gruppen. Slike tiltak kan omfatte avtale om frivillig innleggelse, også med en begrenset adgang til tilbakeholdelse uten samtykke ved avtalebrudd. Danmark har for eksempel i Sundhedsloven (2016) detaljerte regler om institusjonsbehandling av gravide rusbrukere som er under frivillig døgnbehandling.

Også Sverige har regler om tvangstiltak overfor rusbrukere, for eksempel ved alvorlig skadetrussel mot vedkommende selv eller «någon närstående», men dette begrepet omfatter

etter svensk rett ikke et foster. Ved flere anledninger har man imidlertid vurdert å gi egne regler for gravide, og slike er blitt foreslått av lovutvalg, men disse er hittil ikke blitt fulgt opp med en lovendring. En nærmere gjennomgang av ulike lands generelle lovgivning på tvangsfeltet er gitt i tvangsutvalgets utredning, NOU 2019: 14, kapittel 8.

Siden den gravides rusbruk under svangerskapet påviselig og ubestridt kan utsette fosteret for skade i henhold til anerkjent kjent medisinsk forskning, er det neppe påfallende at de øvrige nordiske landene, når det gjelder en mer generell adgang til tvang, mangler hjemmel for inngrep. Det er ikke kjent at disse landene vurderer innføring av en generell adgang til å beslutte tiltak overfor en gravid som ikke samtykker.

Utenfor Norden er lovgivningen når det gjelder barnevern generelt svært ulik, og det er ikke kjent at noen land har regelverk som hjemler adgang for offentlig myndighet til å anvende rettslige tvangsmidler overfor gravide i spesielt utsatte forhold.

7.4.3 Nasjonal lovgivning

Den nåværende norske lovgivningen vil ikke være til hinder for en eventuell endring i barneverntjenesteloven som hjemler inngrep før fødsel uten samtykke fra den gravide. Men en eventuell utvidelse av barnevernets ansvar til også å gjelde ufødt liv må selvsagt tilpasses annen lovgivning innenfor helse- og omsorgsfeltet. Dette vil gjelde reglene om varslingsplikt/opplysningsplikt, forholdet til taushetsplikt m.m. – i tillegg til de nødvendige endringer i barnevernloven og de forskrifter og rundskriv som er gitt i medhold av denne.

Muligheten for å tilbakeholde gravide rusmiddelavhengig i institusjon er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, og er i utgangspunktet ikke et barnevernstiltak. På grunn av den pågående prosess med omfattende endringsforslag fremmet av tvangslovutvalget i 2019, er det for tiden noe uklart hvordan det fremtidige samordnede lovbildet innenfor helse- og omsorgsområdet vil bli. I påvente av en avklaring vil en utvidelse av barnevernets mandat til å inkludere eventuelle tvangsmidler for å beskytte det ufødte liv likevel trolig kunne innføres i eksisterende lovverk med relativt minimale endringer.

7.4.4 Ethiske refleksjoner rundt eventuell bruk av tvangsmakt

Det kan gis ulike etiske begrunnelser for at barnevernet bør ha en rolle i beskyttelsen av et ufødt liv. I etikk som fagfelt er det vanlig å operere med tre hovedretninger innen *normativ* etikk, det vil si teorier om hva som er riktig handling. Disse kalles vanligvis pliktetikk, konsekvensetikk og dydsetikk. Ifølge pliktetikken er riktig handling den som er i overensstemmelse med selvpålagte eller ytre pålagte lover og regler. I konsekvensetikken er riktig handling den som gir godt resultat. Både pliktetikken og konsekvensetikken stiller altså opp prinsipper vi bør velge og bedømme handlinger ut fra. I dydsetikken finnes ingen slike prinsipper, men her fokuseres det i stedet på den handlendes motiver og karakter. Evnen til å velge riktig handling utvikles over tid, etter hvert som vi, gjennom erfaring, utvikler moralsk følsomhet – altså evnen til å vurdere hvilke faktorer vi bør ta hensyn til når vi står overfor et handlingsvalg. Ifølge dydsetikken leveres det gode liv når vi utvikler og utnytter våre egenskaper og talenter.

Alle disse normative teoriene handler om hva som er riktig holdning og handling – ikke bare for enkeltmennesket, men også for medborgere og samfunnet som helhet. En pliktetisk begrunnelse for barnevernets ansvar for det ufødte liv kan være at (velferds)staten har en moralsk plikt til å beskytte de svakest stilte. En konsekvensetisk begrunnelse kan være at barnevernets tiltak gir bedre fosterhelse og/eller bedre omsorgssituasjon for det fødte barnet enn om hjelpen ikke ble gitt. En dydsetisk begrunnelse kan være at fosteret / det fremtidige barnet, den gravide / den vordende mor, far eller øvrige familie, vil være gunstig for barnevernets muligheter og evner til å ivareta fosterets helse og det fremtidige barnets omsorgsvilkår, slik at det kan gis muligheter til å leve et godt liv og utvikle sine talenter.

Disse etiske begrunnelser gjelder uavhengig av om tiltakene er frivillige eller tvangspålagte, men dersom det innføres mulighet for tvangstiltak trengs ytterligere etiske begrunnelser. Frivillig bistand betyr at den gravide kan si nei til tilbudet uten at det knyttes sanksjoner til avslaget. Dermed er det etisk sett uproblematisk at barnevernet, som nå, har en mulighet til å tilby frivillig bistand til gravide som behøver særskilt oppfølging. Det moralske grunnlaget for å tillegge barnevernet en hjemmel for å påtvinge den gravide bestemte tiltak, er vanskeligere å etablere. Dette fordi et tvangstiltak vil gripe inn i retten til å bestemme over egen helse og kropp, og dermed føre til uheldige og utilsiktede konsekvenser. Men selv om det er vanskeligere, er det fullt mulig.

Det moralske grunnlaget for bruk av tvangsmakt overfor gravide

I liberale demokratier som vårt finnes noen grunnleggende verdier som deles av de fleste. Blant disse er friheten til å leve sitt liv uten større inngripen fra statsmakten enn hva de fleste mener er legitimt. I tråd med liberale grunnverdier er individuell frihet begrenset av andres rett til tilsvarende frihet. Følgelig er legitim statlig inngripen i individuell frihet begrunnet i å sikre alle borgere rimelig frihet. Dersom tvangsmakt overfor gravide tillates, kan det begrunnes med at tvangstiltaket vil sikre det kommende barnet dets mulighet til å leve livet i frihet. En annen begrunnelse kan være at tvangstiltaket hjelper den gravide til å handle i tråd med hennes grunnleggende ønske om å gjøre godt for barnet og henne selv, og at det i ettertid vil være noe hun sannsynligvis er glad for.

Nedenfor følger noen mulige argumenter for bruk av tvangsmakt: 1) det fremtidige barnets helse, omsorgssituasjon og utviklingspotensial, 2) samfunnsøkonomi, og 3) sjanseliket. I hvert av argumentene gis det eksempler på pliktetiske, konsekvensetiske og dydsetiske begrunnelser.

Argument for barnevernets inngripen: det fremtidige barnets helse, omsorgssituasjon og utviklingspotensial

Påstand: Dersom en gravid kvinnes adferd eller tilstand tilsier fare for skade på fosteret, eller mangel på evne til å ta vare på det fremtidige barnet, må barnevernet (i størst mulig grad) sørge for at fosteret ikke påføres skader i mors liv, og/eller legge til rette for at barnet skal gis rimelig gode omsorgsvilkår etter at det er født.

En pliktetisk begrunnelse for at barnevernet bør kunne gripe inn overfor en gravid for å hindre skade på fosteret og/eller det fremtidige barnet, kan dreie seg om at samfunnet er forpliktet til å ivareta et fremtidig barns interesser. Om fosteret ikke nødvendigvis kan betraktes som en person med selvstendige rettigheter, er det uansett et liv med menneskeverd. Dessuten er samfunnet forpliktet til å ivareta det fremtidige barnets autonomi (det å kunne forme meninger og gjøre handlingsvalg uavhengig av ytre tvang). Når et foster tilkjennes menneskeverd, følger en plikt (formulert som en lov, regel eller retningslinje) til å gripe inn overfor den gravide selv om det skulle ha negative konsekvenser for hennes frihet og autonomi.

En konsekvensetisk begrunnelse kan gå ut på at barnevernets inngripen vil gi gode utsikter for barnet med tanke på fremtid helse og utviklingsmuligheter. En fremtredende variant av

Argument for barnevernets inngripen: samfunnsøkonomi

Påstand: Barnevernet bør gis rett til å gripe inn med tvang overfor en gravid kvinne for å hindre at fosteret påføres skader, slik at fremtidige kostnader til behandling og/eller oppfølging av varige skader/utviklingsvansker hos barnet holdes så lavt som mulig.

Her er det lettest å få øye på den konsekvensetiske utilitaristiske begrunnelsen: At størst samfunnsmessig nytte eller lykke oppnås ved å hindre mest mulig skade på det fremtidige individet, gitt at det er store økonomiske omkostninger ved å behandle og/eller følge opp barn som blir påført skader under svangerskapet.

Men det finnes også pliktetiske og dydsetiske begrunnelser. Pliktetisk kunne man hevde at i arbeidet med å fordele knappe økonomiske goder må vi lage regler og retningslinjer som tar sikte på å redusere kostnadene (til behandling og oppfølging av skadede barn) så mye som mulig, slik at andre som er ugunstig stilt av andre grunner, kan få mer enn de ellers ville fått. Ideen her er at staten har en plikt til å fordele godene mest mulig rettfærdig.

Dydsetisk kunne vi hevde at staten, som har ansvaret for å fordele knappe velferdsgoder, bør fordele dem på en måte som mest mulig kostnadseffektivt sørger for at involverte parter i et komplisert foster/barn/mor/far-forhold skal benytte seg av et tiltak som ivaretar det fremtidige barnets og foreldrenes muligheter for å virke på sitt beste.

Argument for statlig inngripen: sjanselighet

Påstand: Der adferden hos en gravid er til hinder for at det fremtidige barnet får et rimelig godt utgangspunkt for å utvikle seg og leve et godt liv, bør barnevernet kunnet gripe inn for å legge til rette for at barnet skal få best mulige sjanser, og mest mulig like sjanser som barn som ikke lever under bekymringsfulle omstendigheter.

En pliktetisk begrunnelse for dette argumentet kan hente inspirasjon fra filosofen Immanuel Kant (1724–1804). Kant regnes gjerne som pliktetikkenes grunnlegger. En av grunnpilarene i hans moralfilosofi er det kategoriske imperativ, som, litt forenklet, sier at vi skal handle etter handlingsregler som kan gjelde allment. I vår sammenheng kan dette imperativet tilsa at vi, som fornuftsvesener, resonnerer oss frem til følgende handlingsregel: «Handle alltid overfor et ufødt liv slik at det kan fødes med like gode muligheter til utvikling som andre barn.» Vi

må deretter spørre om det er fornuftig at denne handlingsregelen kan gjelde universelt – i alle tilfeller. Det kan se slik ut, men noen vil mene det er problematisk at når vi handler etter denne regelen, for eksempel tvinger en gravid kvinne til opphold på et senter for foreldre og barn, ser vi bort fra handlingens konsekvenser for henne.

En konsekvensetisk begrunnelse kan være at sjanselighet er et viktig middel til å oppnå størst mulig sum av lykke i befolkningen totalt sett. En dydsetisk begrunnelse kan være at tvangstiltaket er det som skal til for å gi mor/far/familien/nettverket rammer slik at de kan ivareta fosteret og det fremtidige barnet på måter som gir barnet, lik andre barn, rimelig gode sjanser for å få en trygg oppvekst.

Etiske argumenter mot bruk av tvangsmakt

Så langt har vi presentert noen etiske begrunnelser for at barnevernet bør gis hjemmel til å bruke tvangsmakt overfor en vordende mor. Skulle vi resonnerer rundt etiske begrunnelser *mot* dette, kunne vi argumentere langs de samme linjer, men med den gravide som utgangspunkt – ikke fosteret / det fremtidige barnet. Et opplagt pliktetisk argument mot statlig inngripen er at den gravidens frihet, autonomi og menneskeverd som voksen person med moralsk ansvar veier tyngre enn bekymringer for fosterets og det fremtidige barnets helse og omsorgssituasjon. Et utilitaristisk argument kan være at de negative effektene ved inngripen i personlig frihet og autonomi totalt sett er større enn gevinsten ved å gripe inn. Et dydsetisk argument kan gå ut på at inngripen ikke fremmer utsiktene til at barnet, *alle forhold tatt i betraktning*, vil få det beste utgangspunktet for å utvikle seg og virke på sitt beste.

Å ta alle forhold i betraktning, reflekterer på mange måter et ideal i offentlig forvaltning og saksbehandling – at beslutninger skal tas på grunnlag av undersøkelser og balanserte vurderinger av forhold som kan opplyse saken. Et svar på spørsmålet om hvorvidt barnevernet bør rå over tvangsmidler, bør baseres på et *alle forhold tatt i betraktning*-tilnærming.

Innenfor moderne dydsetikk fremheves det at helhetstenking ofte gir best utgangspunkt når en skal vurdere hvilke handlingsvalg som vil være best i en gitt situasjon. I sin artikkel «Virtue Theory and Abortion» (1991) diskuterer filosofen Hursthouse hvordan dydsetikk skiller seg fra plikt- og konsekvensetikk, og illustrerer en dydetisk tilnærming ved å anvende den på et spesifikt tema, nemlig abort. Slik Hursthouse forklarer dydsetikken her, avgjøres ikke vanskelige spørsmål som «er det riktig eller galt å ta abort», ut fra hva plikten eller

konsekvensen vil tilsi, men ut fra hva som vil være i samsvar med dyd, det vil si egenskaper og verdier som fremmer det å kunne *leve vel*. I spørsmål om det er riktig eller galt å ta abort, er ikke kvinnens (juridiske) rett til abort avgjørende, men hvordan hennes valg om å ta abort eller ikke påvirker hennes muligheter til å leve vel. Det er viktig å understreke at å leve vel i dydsetisk forstand, ikke betyr å leve som man vil uten å ta nevneverdig hensyn til andre. Tvert imot, kan man si, regnes dyder å være egenskaper som også fremmer andres muligheter til å leve vel – slik som omsorg, kjærlighet, respekt etc.

Skulle vi anvende en dydetisk tilnærming på spørsmål om barnevernets eventuelle tvangsmakt overfor gravide, vil vi måtte spørre oss om tvangsmakt er i samsvar med hva en dydig statsmakt kan og bør oppstille av reguleringer. Eller, mer generelt, kunne vi spørre om hvilke reguleringer som best vil fremme det fremtidige barnets muligheter til å leve vel. Svaret på dette spørsmålet kan ikke gis når man kun fokuserer på fosterets helse og det fremtidige barnets muligheter, det må også ses i sammenheng med mors / fars / andre omsorgspersoners helse og muligheter.

Harris (2000) legger til grunn en omsorgsetisk tilnærming når hun foreslår en modell som gir et etisk grunnlag for «... å flytte lov og policy bort fra kriminalisering, og mot forebygging av prenatal skade» (vår oversettelse, s. 786). Hun kontrasterer denne modellen med konflikt-baserte modeller, der en mors rettigheter står imot fosterets, eller der en gravid kvinnes moralske forpliktelser er i strid med forpliktelser overfor fosteret. Harris' modell går ut på at klinikere som står overfor etiske dilemmaer, bør forstå gravide kvinner og deres beslutninger i lys av deres sosiale nettverk i bred forstand. Modellen fokuserer på den gravides og fosterets gjensidige behov – heller enn deres gjensidig utelukkende behov. Ifølge Harris, unngår den fallgruver som finnes i tradisjonelle etiske tilnærminger, særlig

... deres tendens til □□□

implisitte antakelser om at bruk av universelle prinsipper som autonomi og velferd resulterer i objektive etiske løsninger, og deres mangler hva gjelder å forklare hvordan måter å beskytte fosterets helse på opprettholder sosiale forskjeller. (Vår oversettelse, Harris, 2000, s. 786)

Harris' omsorgsetiske modell har mye til felles med en dydetisk tilnærming ved at den fremmer en helhetstenking som legger vekt på kontekst og relasjoner. I lys av disse tilnærmingene, er det tvilsomt utstrakt bruk av tvang tjener hensikten.

7.4.5 Grensene for bruk av tvangsmakt

Uavhengig av etiske begrunnelser for ulike argumenter for bruk av tvang overfor gravide, vil det være spørsmål om hvor terskelen skal settes når det gjelder å sikre fosteret og det fremtidige barnet en god helse og like sjanser som andre barn. En mulighet er å sette denne terskelen ut fra prinsippene vi finner i barnevernloven hva gjelder rett til inngripen overfor fødte barn: at barnets omgivelser er skadelige/utviklingshemmende for barnet (her: skadelige/utviklingshemmende for fosteret og/eller det fremtidig fødte barnet) jf. barnevernloven § 1-1. Med andre ord vil barnevernets rett til inngripen overfor en gravid kvinne begrenses av at aktuell adferd og/eller tilstand vil gi alvorlige følger for det fødte barnet.

En annen mulighet er å sette terskelen lavere – å si at mange ulike forhold hos en gravid kvinne kan få potensielt uheldige følger for det fremtidige barnet, og at man ut fra et føre-var-prinsipp iverksetter et tvangstiltak. Men et samfunn som har lav terskel for når staten kan gripe inn med tvang for å beskytte et ufødt eller født liv, står i fare for å bevege seg over i illegitim bruk av statsmakt, eller ut «på glattisen»: I moralfilosofien har vi å gjøre med et *slippery slope*-argument hvis vi tillater noe som synes rimelig her og nå, men som kan være starten på en trend som resulterer i aksept for noe som nå synes utenkelig.

Et eksempel som setter det på spissen: Mange vil mene at dagens lovhjemmel for å tilbakeholde en gravid rusmisbruker i institusjon er rimelig og fornuftig. Denne hjemmelen hviler på et prinsipp om at det er legitimt for staten å bruke tvang i disse tilfellene, siden sannsynligheten for varige skader hos det fremtidige barnet er stor. Sett nå at fremtidig forskning tilsier at vi med stor sikkerhet (større enn nå) kan hevde at sigarettøyking fører til større sannsynlighet for skader hos det nyfødte barnet enn vi hittil har vært klar over. Vi kunne da anvende samme prinsipp, og legge til grunn at det hjemler tilbakeholdelse av gravide storryktere/nikotinavhengige i institusjon. Kan hende eksemplet setter det hele på spissen, men det viser hvor viktig det er å trekke inn flere forhold i etiske overveielser om hvor grensen for statlig tvangsmakt bør gå. For eksempel vil det være relevant å ta hensyn til hva slags type skader det vil være snakk om hos barn av – i dette tilfellet – røykende gravide.

Argumenter for barnevernets eventuelle utvidede ansvar for det ufødte liv som begrunnes i helse, sjanseliket eller samfunnsøkonomi, må uansett ta hensyn til at det er svært mange faktorer som påvirker et barns helse eller sjanser – arvelige som miljømessige. Poenget er ikke å oppnå et likt helsemessig utgangspunkt eller like sjanser, men et best mulig utgangspunkt for det ufødte liv som av ulike grunner er utsatt for risiko for fysisk skade og/eller skade etter fødsel.

7.4.6 Oppsummerende drøfting og anbefaling om tvang / ikke-tvang

Vi legger til grunn, som konkludert tidligere, at tvangstiltak sett fra et helse- og omsorgsfaglig perspektiv, i de aller fleste tilfeller ikke er hensiktsmessige. Tvang i seg selv er et dårlig utgangspunkt når hovedhensikten er å trygge fosterhelse og fremtidige omsorgsvilkår, og å trygge den gravide under og etter graviditeten. Dersom barnevernet rår over tvangsmidler, kan det i seg selv føre til at den gravide ikke samtykker til at barnevernet blir involvert, med den følge at hun og familien ikke får tilgang til verdifull og kompetent bistand. Men vil spørsmål om tvang besvares annerledes ut fra juridiske og etiske perspektiver? I det følgende skal vi drøfte nettopp det.

Juridiske betraktninger

Som vi har redegjort for, er det ingen menneskerettslige eller andre juridiske hindre for å innføre tvangstiltak overfor målgruppen. Men er det tilrådelig, sett fra et juridisk ståsted? Det er i alle fall ingen støtte å finne i andre sammenliknbare lands lovgivning på feltet. Men, rent prinsipielt kan man argumentere med at så lenge det finnes juridiske tvangshjemler for inngripen for å beskytte fødte barn, bør det samme prinsippet gjelde ufødte barn. Spørsmål som da må besvares, er hva barnevernet kan tvinge en gravid til, og hvordan tvangstiltakene skal gjennomføres.

Barnevernets ulike tiltak under dagens regelverk er naturligvis tilpasset det fødte barnets behov. I begrenset grad har dette overføringsverdi til fosterstadiet. Hvis man ser bort fra muligheten for rådgivning og tiltak i frivillighet står man da overfor tiltak som inneholder elementer av tvang. I realiteten innebærer tvangsaspektet at man ikke oppnår den gravides samtykke til det eller de aktuelle tiltak barnevernet finner nødvendig for å avhjelpe risikoen for skade eller forberede foreldreskapet. Spørsmålet er om noen av tiltakene barnevernet rår

over når det gjelder fødte barn, er aktuelle også overfor gravide – for eksempel tvungen rådgivning/tvungen hjemkonsulent, tvungent opphold i særlig tilpasset institusjon.

Begrepet «tvang» kan oppfattes svært ulikt, ikke minst i forbindelse med barnevern, fordi barnevernsmyndigheten hjemler til dels særdeles inngripende tiltak overfor den enkelte borger, uten at denne samtykker. I barnevernretten er overtakelse av omsorgen for et barn et av de alvorligste inngrepene i foreldreretten, og et av de tiltakene som sterkest synliggjør maktutøvelsesaspektet. Men pålagte tiltak er ikke noe særkjenne i barnevernretten. Tvungen megling blir for eksempel gjennomført i mange deler av den sivilrettslige lovgivningen (ved arbeidskonflikter, ved barnefordelingssaker i forbindelse med samlivsbrudd etc.) uten at tvungen i seg selv nødvendigvis fremstår som særlig problematisk.

Uansett graden av tvang vil tiltak uten den gravides samtykke selvsagt innebære et – fra hennes side – uønsket inngrep. Det vil også her foreligge en rettslig plikt for barnevernet (skulle det komme til å rå over tvangshjemler) til å avveie ulempene ved dette mot den skaderisikoen som graviditeten uten disse tiltakene antas å kunne medføre. Dette betyr at barnevernet kan beslutte at tvangstiltak etter en faglig vurdering likevel ikke igangsettes, eventuelt at de reduseres og tilpasses det som på det aktuelle tidspunktet synes tilstrekkelig. Det vil bare være i de situasjoner der andre tiltak anses nytteløse eller utilstrekkelige og det fortsatt antas å foreligge risiko for skade på fosteret, at intervensjon uten samtykke kan iverksettes, og da som en siste mulighet. I disse sjeldne tilfellene vil det barnets-beste-prinsippet, som ellers er hovedregelen i barnevernlovgivningen, kunne tilpasses/overføres til fosteret, og trumfe den gravides vanligvis legitime selvråderett.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 er direkte knyttet til rusmidlers direkte skadepotensiale på fosteret, og den primære hensikten med tvungen innleggelse og tilbakehold er å beskytte fosteret mot dette. De andre risikoforholdene som vi omtaler i denne utredningen, har ikke i samme grad dokumenterte, direkte skadevirkninger. Dette taler imot å utvide lovparagrafen. Den gravides psykiske lidelse er blant de tilstander som vekker bekymring for det ufødte liv og barnet etter fødsel. Dersom tilstanden er diagnostisert som alvorlig og den gravide vurdert som behandlingstrengende i døgninstitusjon, kan det tenkes at en institusjon tilrettelagt for kvinner som innlegges etter § 10-3 vil kunne tilby egnet behandling, men innleggelseskriteriene vil ikke passe. Det vil heller ikke forankringen i helse- og omsorgstjenesteloven. Innleggelse på en slik avdeling vil måtte være forankret i lov om

psykisk helsevern, og kriteriene må knyttes til den gravide kvinnens behov for helsehjelp. Andre tilstander og livssituasjoner som representerer risiko, er ikke forbundet med psykisk helse og vil ikke medføre innleggelse på en institusjon for psykisk helsevern. At en instans utenfor helsevesenet skulle få innleggelsesmulighet i en helseinstitusjon på vegne av det ufødte liv, og ikke på grunnlag av den voksnes behov for helsehjelp, vil som nevnt utfordre etablerte ansvarslinjer og kriterier for rett til helsehjelp.

En sentral målsetting innenfor psykisk helsevern er å redusere bruken av tvang. Utvidelse av helse- og omsorgsloven § 10-3 vil kunne gi en ny gruppe tvangspasienter, noe som vil være i strid med denne målsettingen.

Etiske betraktninger

Fra et etisk ståsted finnes det argumenter både for og mot bruk av tvang. Som drøftet over kan det for eksempel dreie seg om at hensynet til det fremtidig fødte barnet trumfer hensynet til den gravide: For det første gir tvangstiltaket barnet et bedre helse- og omsorgsmessig utgangspunkt enn om tvangstiltaket ikke ble gjennomført, for det andre bidrar det til at barnet får sjanser i livet på lik linje med andre barn, og for det tredje kan det være samfunnsøkonomisk gunstig.

Det er opplagt at i en etisk avveining av spørsmålet om tvang / ikke tvang må en legge til grunn en helhetstenking der de helse- og omsorgsfaglige perspektivene veier tungt. Men ikke bare når det gjelder det ufødte livet og det fremtidige barnet. Den gravides, og i noen tilfeller barnefarens, helse- og omsorgssituasjon kan ikke ses isolert fra fosteret / barnet. Fosterets og det fremtidig fødte barnets helse- og omsorgssituasjon er uløselig knyttet til den gravides situasjon. Derfor, når det fra et helse- og omsorgsfaglig perspektiv som hovedregel ikke anbefales bruk av tvang overfor sårbare gravide, finner vi at det fra et juridisk og etisk ståsted er utilrådelig at barnevernet skal rå over tvangshjemler.

Det kan finnes noen tilfeller der tvangstiltak, og bare tvangstiltak, kan trygge den gravide og fosteret. For eksempel kan det være legitimt, alle forhold tatt i betraktning, å tvangsinnlegge en gravid kvinne som med stor sannsynlighet ellers kommer til å ta sitt liv. Barnevernet kunne da tenkes å ha en hjemmel til å tvangsinnlegge henne for å redde fosterets liv. Men igjen, siden hensynet til den gravides situasjon henger uløselig sammen med fosterets, og for å unngå at barnevernet skal tre inn i helsetjenestens domene, bør hjemmel til tvangsinnleggelse

for å beskytte det ufødte liv ligge innenfor dagens ordninger for tvangsinnleggelse som forvaltes i helse- og omsorgssektoren. Med andre ord, bør barnevernet ikke rå over tvangshjemler, men ha rett til å be andre tjenester om å vurdere tvangsinngrep for å beskytte «liv og helse».

Det er selvsagt et spørsmål hvor frivillige hjelpetiltakene i barnevernet egentlig er eller kan bli. Hvis konsekvensene av å si nei til et hjelpetiltak øker sannsynligheten for at tvangstiltak nå eller senere blir nødvendig: hvilket valg har man da? Det presset som ligger i dette kan i mange tilfeller være av det gode. Samtidig er det en viss mulighet for at tiltaket har begrenset effekt: At den som blir pålagt tiltaket, tar imot uten å helhjertet «gå om bord», særlig hvis tiltaket er rettet mot personlige endringsprosesser og innsikt. Vi har tidligere referert til representanter fra barneverntjenesten som minner om at selv om tjenesten har anledning til å pålegge tiltak, har den begrensede muligheter til å gjennomføre disse dersom mottaker fortsatt ikke ønsker tiltaket.

7.5 Anbefalinger om tiltak

Rasmussen et al. (2020) beskriver barnevernet i dag som et barnevern i endring med nye kompetansekrav. Tjenesten har etablert nasjonale spisskompetansemiljøer for å samle inn og systematisere den erfaringsbaserte kunnskapen, med mål om å spre ny kunnskap og nye faglige normer gjennom opplærings- og implementeringsaktiviteter. Ett av spisskompetansemiljøene fokuserer på barnevern for sped- og småbarn.

Et barnevern i endring kan gi en god anledning til å tenke nytt om barnevernets tidlig-inn- og sped- og småbarnssatsing. Per i dag ligger innhenting av opplysninger, vurdering av risiko og mulighet til inngripen som en etablert mal for tjenestens virke. Tjenesten er også bundet av sitt doble mandat – å støtte familier som sliter og å gripe inn når terskelen for forsvarlig omsorg passerer. Gjennom utredningsprosessen har denne arbeidsformen og dobbeltheten gjentatte ganger blitt omtalt som problematisk i et eventuelt utvidet mandat med ansvar for gravide og det ufødte liv. Dobbelttheten oppfattes som en klemme hvor det gode som tjenestene ønsker å bidra til ved å koble inn barnevernet, også kan resultere i ugunstige konsekvenser.

Det utgjør *en etisk relevant forskjell* hvorvidt livet som skal vernes befinner seg inne i kvinnens kropp eller utenfor. Denne forskjellen kan bety at lovgivning og arbeidsformer som er riktig for det fødte barnet, blir feil eller uhensiktsmessig for å verne det ufødte liv. Her er det fristende å foreslå nytenkning med et mål om å finne løsninger som er mindre bundet av etablerte arbeidsformer og avgrensninger mellom tjenester. Tiden man har til rådighet for tiltak i svangerskapet, er kort, og det vil være hensiktsmessig om tjenesten kan gå raskt inn i et pågående tverrfaglig samarbeid.

Ansvar for det ufødte liv – primært et anliggende for helse- og omsorgstjenestene

Det anbefales at det offentliges ansvar for det ufødte liv primært, som nå, skal ligge til helse- og omsorgssektoren. Bekymring for et foster som bunner i den gravides helsesituasjon og livsomstendigheter, bør håndteres i samråd med den gravide. Det bør motiveres til et frivillig samarbeid med barneverntjenesten. Hvis frivillighet ikke oppnås, bør helsepersonell søke råd og veiledning hos barneverntjenesten innenfor lovreguleringen av anonymitet og taushetsplikt. Vi legger til grunn for anbefalingen at forberedelse til omsorgsrollen og nødvendig behandling og endringsarbeid er mest virksomt når det er knyttet til frivillighet.

Barnevernets ansvar for det ufødte liv bør utvides gjennom en plikt til å bistå gravide

Vi foreslår en endring fra at tiltak overfor gravide er en ikke-lovpålagt oppgave, til å bli en lovpålagt plikt til å yte bistand til gravide som er i en situasjon eller tilstand som utgjør en potensiell fare for fosteret, og/eller det foreligger risiko for fremtidig omsorgssvikt.

Barnevernets tjenester i et tverrfaglig samarbeid

De nylig avsagte dommene mot Norge i Den europeiske menneskerettighetsdomstolen bør tas hensyn til når spørsmålene om barnevernets rolle overfor det ufødte liv vurderes. Dommene signaliserer at Norge bør styrke retten til familieliv i barnevernssaker, i den forstand at barnevernets tiltak i større grad enn praksis tyder på, må ta sikte på at barnet kan vokse opp i / føres tilbake til sin biologiske familie.

I tråd med dette bør barnevernets tjenester overfor det ufødte liv ha som formål å trygge den gravide under graviditeten og forberede til foreldreskapet, slik at barnet får mulighet til å vokse opp i trygge rammer hos mor og far. I noen tilfeller kan formålet være å forberede for en verdig omsorgsovertakelse like etter fødsel. Barnevernets tjenester kan ikke utvikles og

tilbys i et vakuum. Siden problemstillingene er sammensatte, er tverrfaglig og tverretattlig samarbeid en forutsetning for at tiltakene skal fungere etter hensikten.

Barnevernet må ha gode strategier for samarbeidet med det øvrige hjelpeapparatet, og vice versa. Det må vektlegges at barnevernets mandat og arbeidsformer kan være viktige bidrag i arbeidet med å beskytte det ufødte liv og barnet som skal komme.

Barnevernfaglige bidrag kan tenkes å omfatte tiltak som er i bruk og godt kjent, tiltak som er utprøvd men kan utvikles, samt nye former for tiltak som kan prøves ut:

- Gi veiledning og konsultasjoner til andre tjenester, anonymt eller med samtykke fra den gravide.
- Ha en koordineringsrolle i tverrfaglige ressursteam der bekymringene er mer barnevernrelaterte enn helserelaterte.
- Forberede til tiden etter fødsel gjennom råd og veiledning.
- Forberede foreldrestøttende tiltak i barseltiden.
- Tilby opphold på Senter for foreldre og barn.
- Tilby et hjem etter modell av fosterhjem hvor den gravide kan bo og få støtte gjennom graviditeten, og som kan være et sted å hente støtte også etter fødselen.
- Vurdere omsorgsevne.
- Når omsorgsovertakelse er uunngåelig, sørge for skånsomhet og tilrettelagt informasjon og ivaretagelse etter separasjonen.
- Bygge et tillitsforhold og en god hjelperrelasjon under svangerskapet.
- Involvere fødselshjelpere med kjennskap til den gravides kultur, en doula (legkvinne som gir støtte under svangerskap, fødsel og barseltid) som brobygger og oversetter mellom ulike kulturelle praksiser.
- Bidra til forsvarlige levekår, inklusive god nok økonomi under og etter fødselen.

Tvangstiltak i unntakstilfeller bør ligge utenfor barnevernets mandat

Et viktig spørsmål i en vurdering av barnevernets tjenester er om tiltak kan pålegges, og i så fall hvilke. Dersom barnevernet kun rår over frivillige hjelpetiltak, ikke tvangstiltak, vil en eventuell innføring av meldeadgang eller -plikt være enklere å forsvare. Det at barnevernet ikke rår over tvangsmuligheter, kan dempe den gravides motvilje mot barnevernet og frykten

for hva som vil skje med henne hvis hun meldes. Vissheten om at hun ikke kommer til å bli tvunget til noe, kan dessuten gjøre det enklere for henne å samtykke til at det meldes.

Når vi legger til grunn at tiltak som hovedregel skal være frivillige, er det fordi summen av negative konsekvenser av tvang antas å være større enn gevinstene ved bruk av tvang.

Likevel må en spørre om det finnes tilfeller der tvang vurderes å være nødvendig for å sikre fosterets liv og helse samt det fremtidige barnets omsorgssituasjon. Og i så fall – med hvilken rett skal *barnevernet* kunne pålegge den gravide å gjøre bestemte ting eller avstå fra å gjøre bestemte ting? Som vi har redegjort for, er det ingen menneskerettslige hindringer for å pålegge den gravide tiltak som tar sikte på å beskytte det ufødte liv og/eller forberede for tilstrekkelig gode omsorgsvilkår for det fødte barnet. Og det finnes heller ingen absolutte etiske hindringer for å si at tvangstiltak ikke kan forsvares i noen tilfeller. Når det er overveiende fare for den gravides og/eller fosterets liv, eller overhengende fare for alvorlig omsorgssvikt fra fødselen av, kan tvangstiltak forsvares. Tiltak som da vil være adekvate (for eksempel å skjerme den gravide mot vold, holde henne tilbake i institusjon på grunn av fare for liv), bør forvaltes av andre tjenester enn barnevernet.

8 Anbefalte lovendringer

Forslaget om å gi barnevernet en plikt til å tilby tiltak som kan bidra til å trygge situasjonen for det ufødte liv og den gravide, og til å forebygge omsorgssvikt etter fødsel, må innarbeides i barnevernloven.

Høringsnotatet fra Arbeids- og sosialdepartementet mfl. av 30. juni 2020, *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud – Samarbeid, samordning og barnekoordinator*, inneholder forslag til endringer i det aktuelle lovverket, deriblant barnevernloven. Vår vurdering er at dette forslaget dekker vårt anliggende når det gjelder barnevernets generelle plikt til å yte bistand i samarbeid med andre tjenester, noe som også vil være relevant forut for fødsel. Vi slutter oss til høringsnotatets forslag til ordlyd i barnevernlovens § 3-2, § 3-2a og § 6-5, som foreslås supplert med en presisering som innebærer at bestemmelsens innhold også skal få anvendelse på ufødt liv (vårt forslag til nytt siste ledd i § 3-2).

Dessuten foreslås endring i barnevernlovens § 1-3 om tiltak, og i helsepersonellovens § 33 om meldeplikt.

8.1 Barnevernloven

I lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (*barnevernloven*) gjøres følgende endringer:

Nytt § 1-3 annet ledd:

Dersom det er overveiende fare for at et barn vil bli født med skade, eller det er overveiende sannsynlig at omsorgen vil bli overtatt like etter fødsel, og hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, kan barnevernet uten samtykke fra den gravide iverksette tiltak som nevnt i § 3-2.

Nåværende § 1-3 annet ledd blir § 1-3 tredje ledd.

§ 3-2 skal lyde:

§ 3-2 Samarbeid og samordning

Barneverntjenesten skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer.

Barneverntjenesten skal samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet til barn som trenger helhetlige og samordnede tjenester. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal instans som skal samordne tjenestetilbudet når et barn trenger helhetlige og samordnede tjenester. Dersom det er oppnevnt barnekoordinator etter helse- og omsorgstjenestelovens § 7-2a, skal koordinatoren samordne tjenestetilbudet.

Barneverntjenesten skal, ut over oppfølgingen av det konkrete barn, samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere, slik at barneverntjenesten og andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift.

Med tjenesteyter menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter lov av 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager og skoler som får statstilskudd etter lov av 4. juli 2003 nr. 84 om frittstående skoler § 6-1.

Bestemmelsen gjelder tilsvarende så langt den passer for tiltak som er nevnt i § 1-3 annet ledd.

§ 3-2a skal lyde:

§ 3-2a Rett til individuell plan

Barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Barnverntjenesten skal samarbeide med andre instanser og tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tjenestetilbud for barnet.

Avgjørelse om individuell plan kan påklages til fylkesmannen, jf. § 6-5.

§ 6-5 skal lyde:

§ 6-5 Klage over barneverntjenestens og barne-, ungdoms- og familieetatens vedtak

Enkeltvedtak som barneverntjenesten har truffet, og oppfølgingsvedtak som barne-, ungdoms- og familieetaten har truffet, kan påklages til statsforvalteren. Også avgjørelse om individuell plan kan påklages til statsforvalteren.

Første ledd gjelder ikke saker som etter kapittel 7 hører under fylkesnemnda, med mindre annet fremgår av denne loven.

8.2 Helsepersonelloven

I lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (*helsepersonelloven*) gjøres følgende endring:

§ 33

Nytt tredje ledd skal lyde:

Meldeplikten etter annet ledd gjelder tilsvarende dersom det er overveiende fare for at et barn vil bli født med skade, og frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, selv om den gravide ikke samtykker til slik melding. Det samme gjelder dersom det er overveiende sannsynlig at det må foretas en omsorgsovertakelse like etter fødsel.

8.3 Sosialtjenesteloven

I lov av 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven), gjøres følgende endring:

§ 45

Nytt tredje ledd skal lyde:

Meldeplikten etter første ledd gjelder tilsvarende dersom det er overveiende fare for at et barn vil bli født med skade, og frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, selv om den gravide ikke samtykker til slik melding. Det samme gjelder dersom det er overveiende sannsynlig at det må foretas en omsorgsovertakelse like etter fødsel.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

De økonomiske og administrative konsekvensene av utredningens anbefalinger er knyttet til forslaget om å *lovfeste en plikt for barnevernet til å bistå gravide som har behov for støtte til å hindre og/eller redusere risiko for fosterskade, og forberede foreldreskapet*. Barnevernet gir i noen grad slik bistand i dag, men den er ikke lovpålagt.

9.1 Kostnadsestimat og gevinster

Dette forslaget gjøres her til gjenstand for et kostnadsestimat. Først redegjør vi for avgrensinger av hva som inngår i estimatet. Dernest beskrives hva kostnadsberegnet tiltak innebærer. Videre estimeres hvilke ulike typer kostnader som vil påløpe. Avslutningsvis peker vi på en rekke gevinster som vil følge av tiltaket.

Avgrensning

Et estimat over økonomiske konsekvenser skal i prinsippet inneholde beregninger av både kostnader og gevinster. Det ligger utenfor rammen av dette utredningsarbeidet å gjøre en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse der kostnader knyttet til forslaget veies mot antatte gevinster over et livsløp. Her avgrenses beregningene til et estimat over kostnader for barnevernet ved innføring av tiltaket. Potensielle gevinster tallfestes ikke, men beskrives for å vise at tidlig og adekvat innsats overfor målgruppen vil føre til redusert behov for bistand på lengre sikt, og at involverte barn og familier vil få en bedre tilværelse enn de ellers ville fått. Særlig det siste lar seg vanskelig tallfeste.

Tiltaket

«Tiltaket» refererer her til det samlede tilbudet av ulike typer frivillig og behovstilpasset bistand til gravide – blant annet råd, veiledning, besøk i hjemmet, og opphold i senter for foreldre og barn. Målet med bistanden er å bidra til at det fremtidig fødte barnet får mulighet til å vokse opp med god helse i omsorgsfulle omgivelser hos biologisk familie. Bistanden har i de fleste tilfeller som mål å styrke foreldres omsorgsevne og familiens livsbetingelser. Unntaksvis vil målet være å forberede en frivillig eller uunngåelig omsorgsovertakelse like etter fødsel.

Kostnad

Kostnaden ved innføring av tiltaket estimeres til 27,5 millioner per år, fordelt på 9,3 millioner til ulike former for bistand (hjelpetiltak), 17,8 til økte lønnskostnader og 0,3 til oppdatering/vedlikehold av opplæringsprogram. I tillegg beregnes en engangskostnad til utvikling av opplæringsprogram på 5 millioner.

Kostnadene er beregnet ut fra en økning i antall gravide / par som vil motta bistand ved innføring av tiltaket, sammenliknet med hvor mange gravide / par som i dag mottar bistand. Beregningene er forbudet med usikkerhet. For det første fordi det ikke finnes statistikk som kan gi et nøyaktig bilde av nåsituasjonen. For det andre fordi det er vanskelig å vite hvor mange i målgruppen som i fremtiden vil bli meldt til barnevernet (med eller uten samtykke) og deretter motta bistand.

Estimerte årlige merkostnader til bistand (9,3 millioner) baseres på at 445 flere gravide enn i dag (anslått til 415) vil motta bistand fra barnevernet ved innføring av tiltaket, multiplisert med en gjennomsnittlig kostnad på kr 21 000 for hver som mottar bistand.

Estimerte årlige merkostnader til lønn (17,8 millioner) baseres på at tiltaket vil føre til et behov for 15 nye årsverk i det kommunale barnevernet.

Estimerte årlige merkostnader til vedlikehold av opplæringsprogram (0,3 millioner per år) baseres på at opplæringsprogrammet som foreslås utviklet bør oppdateres og vedlikeholdes på jevnlig basis.

Disse estimatene vises skjematisk i tabellen nedenfor, med påfølgende redegjørelser for estimatenes grunnlag. I tabellen fremkommer dagens situasjon (første linje), situasjonen etter innføring av tiltaket (andre linje) og hvilken økning innføring av tiltaket representerer (tredje linje), for følgende faktorer: Antall gravide med hjelpetiltak per år, årlige kostnader per tiltak og totalt, årlig antall årsverk i barnevernet til tiltaket, årlige lønnskostnader per årsverk og totalt, samt årlige kostnader for vedlikehold av opplæringsprogrammet. Kostnader i tusen.

Tabell. Kostnadsestimat

	Antall gravide som årlig mottar bistand*	Årlig driftskostnad per tiltak**	Årlig driftskostnad totalt**	Antall årsverk til bistand til gravide per år***	Årlig lønnskostnad per årsverk****	Årlig lønnskostnad totalt	Årlig kostnad til velikehold opplærings-tilbud*****	SUM kostnader per år
Dagens situasjon	415	21	8 715	17	1 000	16 600		25 315
Innføring av tiltaket	860	21	18 060	34	1 000	34 400	300	52 760
Økning	445	21	9 345	18	1 000	17 800	300	27 445

** Antall gravide som årlig mottar bistand*

Estimatet at 415 gravide / par i dag mottar bistand fra barnevernet, og den estimerte økningen på 445 (til totalt 860) ved at plikt til bistand innarbeides i barnevnerloven, bygger på følgende resonnement: Til sammen 2 574 barn i aldersgruppen 0-2 år mottok hjelp fra barnevernet i 2019 (SSB Barnevern) – i snitt 858 barn i hvert av disse tre årskullene. Hvis en regner tiden før fødsel som et «årskull» med samme omfang i hjelpebehovet, kan en anta at ca 858 gravide hvert år vil motta hjelpetiltak fra barnevernet. Dette vurderes å være for høyt, og at halvparten av dette, altså 415, er mer realistisk.

For å vurdere hvor godt dette anslaget er, kan en sammenlikne med hvor mange av Ullevål-teamets saker barnevernet er involvert i. Ullevål-teamet tilbyr bistand til gravide kvinner med ulike og ofte sammensatte problemer (blant annet rus, psykiatri og svak kognitiv fungering).

I 2019 ble 325 henvist til Ullevål-teamet, primært fra de 12 bydelene i Oslo som sogner til Oslo Universitetssykehus (det vil si alle bydelene bortsett fra de tre nordligste, Stovner, Alna og Grorud, som sogner til A-hus i Lørenskog, Viken fylke). Dette utgjør 0,06 % av befolkningsgrunnlaget i de 12 bydelene (586 000 innbyggere i 2019). I de siste årene har barnevernet vært involvert i 15-18 % av henviste saker, det vil si mellom 49 og 59 saker per år (beregnet på basis av antall henvisninger i 2019). Tar man utgangspunkt i 55 saker (dvs. 0,01 % av befolkningsgrunnlaget i bydelene), og aggregerer til nasjonalt nivå, vil det si 538 saker (0,01 % av Norges befolkning på 5 385 000), altså noe høyere enn beregningen over.

*** Årlig driftskostnad per tiltak og totalt*

Estimert gjennomsnittlig kostnad per tiltak, kr 21 000 per gravid per år, et halvparten av gjennomsnittlig kostnad til tiltak for fødte barn (0-17 år) – kr 42 000 per år (2019-kroner). Når

det anslås at kostnaden for tiltak til gravide er halvparten, er det fordi tiltakene overfor gravide vil vare kortere. Basert på at varighet av tiltak for fødte barn er 7,7 måneder (Oslo Economics, 2017, s. 38), anslås at varigheten av tiltak overfor gravide vil være halvparten, det vil si 3,8 måneder.

****Antall årsverk til bistand til gravide per år*

Det vil være behov for en økning i årsverk i det kommunale barnevernet som følge av en plikt til bistand overfor gravide. Det estimeres at hvert årsverk kan dekke behov for bistand i 25 saker per år. Estimater bygger på erfaring ved barneverntjenesten. Med tanke på variasjoner og ulike behov hos de gravide, vil det være nødvendig at de som skal arbeide sammen med dem har tid nok. Behovet for økt kapasitet/andel av årsverk ved den enkelte kommunale barneverntjeneste som følge av tiltaket, må inngå i kommunenes vurderinger av hvilket bemanningsbehov tjenestens samlede oppgaver krever.

***** Årlig lønnskostnad per årsverk*

Det beregnes en årsverkskostnad på 1 million per år (lønn, sosiale kostnader og arbeidsgiveravgift).

****** Årlig kostnad til vedlikehold av opplæringstilbud*

Det bør utvikles et opplæringsprogram som har til formål å utvikle barneverntjenestens kompetanse om behovene til og tiltakene overfor målgruppen. Dette bør være et program som løpende oppdateres / utvikles. Det estimeres en årlig kostnad til dette på 0,3 millioner.

Utvikling av et opplæringstilbud

Som nevnt er det ikke lagt inn kostnader til utvikling av opplæringsprogram i tabellen, ettersom dette vil være en engangskostnad. Kostnadsestimatet på 5 millioner må sannsynligvis justeres etter en nærmere vurdering av opplæringstilbudenes karakter, omfang og varighet. Nærmere om opplæringstilbud under Administrative konsekvenser nedenfor.

Gevinster

Ifølge nobelprisvinneren Heckman er støtte til utsatte gravide en svært lønnsom samfunnsøkonomisk investering (Heckmanequation.org). Som nevnt har vi ikke tallfestet potensielle gevinster, men vil legge til grunn at tiltaket vil ha gevinster i form av redusert behov for tjenester og ikke-kvantifiserbare verdier for alle involverte parter.

Redusert behov for tjenester på lang sikt.

Tiltaket vil sannsynligvis resultere i redusert behov for langsiktig hjemmebasert bistand og redusert behov for plassering utenfor hjemmet. Plasseringer utenfor hjemmet er langt mer kostnadskrevende enn hjemmebaserte tiltak. Oslo Economics (2019, s. 71) har beregnet at den gjennomsnittlige forskjellen i 2019-kroner utgjør 296 000 per måned.

Gevinster for tjenestene

Gjennom utredningsprosessen har helsepersonell rapportert ulike erfaringer når det gjelder samarbeid med barnevernet i saker som er knyttet til gravide. Det beskrives godt og konstruktivt samarbeid der barneverntjenesten bidrar med råd, veiledning til den gravide/familien og/eller samarbeidende tjenesteytere. Men det beskrives også samarbeid som har fungert mindre godt, samt fravær av samarbeid fordi barneverntjenesten ikke har hatt kapasitet eller ikke har prioritert å involvere seg, noen ganger fordi de uansett regner med å komme inn med tiltak etter at barnet er født. Det må antas at en lovfesting av bistand til målgruppen vil gi gevinster i form av bedre samarbeid mellom tjenestene. Dette er en gevinst som i sin tur gir gevinster også for de tiltakene er rettet mot.

Gevinster for barna og familien

Det antas at tiltaket vil ha en rekke gevinster i form av bedre livskvalitet for barna, foreldrene, familien for øvrig og nettverket. Det vil dreie seg om bedre mental og fysisk helse, bedre sosial fungering og større muligheter for å leve et liv der en kan utvikle sine talenter og egenskaper.

Det kan forventes en betydelig gevinst i de tilfellene tiltaket tar sikte på å hindre en akutt og potensielt traumatiserende omsorgsovertakelse like etter fødsel. Selv i de tilfellene der omsorgsovertakelse er uunngåelig, vil det lindre smerter hos mor / partner om det hele kan foregå på en så verdig måte som mulig. Dette vil også ha verdi for helse- og barnevernpersonell som er involvert i slike situasjoner.

Som illustrasjon på gevinster ved tidlig innsats, vises til en evaluering av programmet *Nurse family partnership*. Heckman et al. (2017) har beregnet at effekten av programmet er bedre foreldreholdninger og mental helse hos mødre målt to år etter intervensjonen. Barna viste

bedre kognitiv fungering målt både 6 og 12 år etter intervensjonen sammenlignet med en kontrollgruppe.

9.2 Administrative konsekvenser

Innføring av tiltaket vil føre til behov for endringer i lover og retningslinjer, utvikling av rapporteringsrutiner og statistikk, kartlegging og implementering av barnevernets rolle i et fremtidig tettere samarbeid mellom tjenestene, behov for utvikling av det foreslåtte opplæringsstilbudet, samt implementering av kunnskap om målgruppen i utdanningene som kvalifiserer til arbeid i barnevernet.

Lover og retningslinjer

Implementeringen av utredningens anbefalinger vil innebære behov for endringer i relevante lover, retningslinjer, forskrifter og rundskriv. Anbefalingene må følges opp og ses i lys av annen pågående politikkutforming og annet lovarbeid. Det dreier seg blant annet om arbeidet med endringer i barnevernloven, oppfølgingen av Tvangslovsutvalgets anbefalinger (NOU 2019: 14), og høringsnotatet fra Arbeids- og sosialdepartementet m.fl. av 30. juni 2020 – *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud – Samarbeid, samordning og barnekoordinator.*

Rapportering og statistikk

En innføring av tiltaket vil føre til at det må innføres rapporteringsrutiner for tiltak knyttet til målgruppen. Videre må det kartlegges om og hvordan tiltaket bør reflekteres i offentlig regnskap og statistikk, herunder henholdsvis Kostra og SSS Barnevern.

Kartlegging implementering av barnevernets rolle i tiltak til målgruppen

Det bør kartlegges nærmere hvilke eksisterende programmer og tilbud til målgruppen i regi av helse- og omsorgstjenestene som er og har vært vellykkede, hvorvidt disse bør implementeres i større skala, og hvilken rolle barnevernet kan spille i disse tilbudene. Det bør også gjøres en nærmere utredning av hvordan barnevernets eksisterende tiltaksvifte kan inkludere eller styrke tilbud til målgruppen.

Som eksempler nevner vi etablerte modeller for bistand til utsatte gravide som Ullevål-teamet, forsterkede helsestasjoner og barseltilbud, lavterskelmodeller som familieambulatoriene, og koordinerte pasientforløp som pakkeforløp gravide og rusmidler. Dette er strukturer og tjenester som barnevernets bistand kan inngå i på mer systematiske måter enn hva som er tilfellet i dag. Vi viser også til *Nurse Family Partnership*-programmet som har vært gjennomført som en pilot i Norge (Familie for første gang), og som nylig er evaluert (Pedersen et al., 2019). Dersom anbefalingen om en forpliktende samarbeidsmodell følges, vil den samlede utrednings- og tiltakskompetansen styrkes.

Opplæringsbehov

Kompetansen barnevernansatte i dag besitter om fødte barns behov, er direkte anvendbar i foreldreforbereidende arbeid. Når det likevel foreslås å etablere et opplæringstilbud, er det for å møte et behov for økt kunnskap om gravide kvinners særlige behov, og de tiltakene som er særlig rettet inn overfor gravide. Behovet for økt kunnskap vil variere med eksisterende kunnskap og erfaring med målgruppen, og med variasjon i antall saker ved den enkelte barneverntjeneste. Antall saker vil variere mellom tjenestene, avhengig av tjenestenes størrelse, befolkningsgrunnlag og sosiodemografiske variasjoner, slik som alder, kjønn, inntekt, sosial status, utdanning etc. (I første halvdel av 2020 var det 248 barneverntjenester i Norge. Dersom en antar at 860 gravide per år vil motta hjelpetiltak, betyr det i snitt 3,5 saker per år ved hver tjeneste.)

Opplæringstilbudet bør inneholde kunnskap om svangerskapets psykologi og biologi, gode måter å møte/trygge sårbare gravide på, eksisterende kunnskaper om og erfaringer med barnevernets arbeid i forhold til målgruppen, og modeller for samarbeid med andre tjenester. Opplæringsprogrammets innhold og omfang må utvikles i et samarbeid mellom barneverntjenesten og andre tjenester, og må tilpasses at tjenestene har varierende antall saker og dermed erfaring. Vi legger til grunn at det etablerte Tidlig inn-programmet og bruk av erfaringer fra Modellkommuneforsøket 2007 – 2014 (Bufetat, 2015) vil ivareta en del av opplæringsbehovet og utvikling av modeller for samarbeid.

Utdanningene

Kunnskap om barnevernets ansvar for målgruppen bør innarbeides/styrkes i eksisterende og fremtidige bachelor- og masterutdanninger som rekrutterer til stillinger i barnevernet. Det samme gjelder videreutdanninger som er rettet inn mot arbeid i barnevernet.

10 Referanser

- Alio, A. P. D., Nana, P. N. M. D., & Salihu, H. M. M. D. (2009). Spousal violence and potentially preventable single and recurrent spontaneous fetal loss in an African setting: cross-sectional study. *Lancet*, 373(9660), 318-324. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(09\)60096-9](https://doi:10.1016/S0140-6736(09)60096-9)
- Ante, Z., Luu, T.M., Healy-Profítós, J., He, S., Taddeo, D., Lo, E., & Auger, N. (2020). Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 403-412.
- Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Kunnskapsdepartementet (2020). Høringsnotat - *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud - Samarbeid, samordning og barnekoordinator*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/002adeefa19a4357aa805ba7a5a88152/horingsnotat--bedre-samarbeid-for-barn-og-unge-som-har-behov-for-et-sammensatt-tjenestetilbud-samarbeid-samordning-og-barnekoordinator.pdf>
- Barnekonvensjonen (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991: revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barnevernloven (1992) *Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013-2016)*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/ima/tvangsekteskap/handlingsplan_2013.pdf
- Bekkhus, M, Lee, Y., Nordhagen, R., Magnus, P., Samuelson, S.O., & Borge, A.I.H. (2018). Re-examining the link between prenatal maternal anxiety and child emotional difficulties, using a sibling design, *International Journal of Epidemiology*, Volume 47, Issue 1, February 2018, 156–165, <https://doi.org/10.1093/ije/dyx186>
- Bratlid, D. (2016). Premature og behandlingsgrenser – etikk og prioritering. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(6), 518-519. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0146>
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter: en tid hvor relationer skabes og utvikles*. København: Akademisk Forlag.
- Brown, H. K., Cobigo, V., Lunsy, Y., & Vigod, S. (2016). Maternal and offspring outcomes in women with intellectual and developmental disabilities: A population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(5), 757-765. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14120>
- Brown, H. K., Ray, J. G., Liu, N., Lunsy, Y., & Vigod, S. N. (2018). Rapid repeat Pregnancy among women with intellectual and developmental disabilities: a population-based cohort study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(32), E949–E956. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170932>
- Brown, L., Callahan, M., Strega, S., Walmsley, C., & Dominelli, L. (2009). Manufacturing ghost fathers: the paradox of father presence and absence in child welfare. *Child and Family Social Work*, 14, 25-34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00578.x>
- Brudal, L. F. (2000): *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget

- Bufdir (2018b) Familieråd - en håndbok for kommunal barnevernstjeneste
<https://bufdir.no/Barnevern/Familierad/>
- Bufdir (2018a). Kartlegging av kompetansebehov i det kommunale barnevernet.
<https://www.bufdir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00004452>
- Bufdir (2019) *Utredning av kompetansehevingstiltak i barnevernet* (Rapport 04/2019).
<https://www.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005020>
- Bufetat (2015). Evaluering av Modellkommuneforsøket. Sluttrapport.
https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/Barnevern/Evaluering_av_modellkommuneforsoket_Sluttrapport.pdf
- Buffa, G., Dahan, S., Sinclair, I., St-Pierre, M., Roofigari, N., Mutran, D., Rondeau, J. J., & Dancause, K. N. (2018). Prenatal stress and child development: A scoping review of research in low- and middle-income countries. *PLoS one*, 13(12), e0207235.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207235>
- Cantwell, R., Clutton-Brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., ... & Millward-Sadler, H. (2011). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118, 1-203. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x>
- Center on the developing child (2007) *The Science of Early Childhood Development* (InBrief). www.developingchild.harvard.edu
- Cohen, L. S. & Nonacs, R. M. (2005): *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum* (Review of Psychiatry Series, Volume 24, Number 4). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Eberhardt-Gran, M., Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 3(134), 297-301.
- Ekhaugen, T., Rasmussen, I. og Homleid, T. (2016). *Klokere vern av de aller minste* (Rapport 2016/46) Vista analyse. https://www.vista-analyse.no/site/assets/files/6300/va-rapport_2016-46_klokere_vern_av_de_aller_minste.pdf
- Eng, H., Reedtz, C. & Martinussen, M. (2018). *Effekter av psykososiale intervensjoner for sped- og småbarn* (RKBU Nord rapport). Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø. Lastet ned den 14.11.2020 fra <https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2019/07/RKBU-Nord-rapport.pdf>
- Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7. utgave.). Oslo: Gyldendal.
- Erlandsen, M. A. (2019). *Oppfølging av gravide og småbarnsfamilier i spesialisthelsetjenesten: en kartlegging av familieambulatorier og alternative lavterskeltilbud* (Vol. 4). Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste TSB.
- Fiecko, E. M., & Weele, J. v. d. (2020). Kulturelle fallgruver i vurderinger av foreldrenes omsorgsevne. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål* (2), 126-147. <https://doi.org/10.18261/ISSN.0809-9553-2020-02-04>
- Folkehelseinstituttet (2018). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtperioden.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333.
<https://doi.org/10.1080/14616730500269278>
- Forebygging.no (udatert). Opplæringsprogrammet Tidlig Inn. Lastet ned den 24.04.2020 fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/Opplæringsprogrammet-Tidlig-Inn/>

- Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker (udatert). Retningslinjer for samtaleprosess i Fylkesnemndene.
<https://www.fylkesnemndene.no/globalassets/pdf/samtaleprosess.pdf>
<https://www.fylkesnemndene.no/globalassets/pdf/samtaleprosess.pdf>
- García-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization.
- García-Moreno, Claudia. (2009). Intimate-partner violence and fetal loss. *The Lancet* (British Edition), 373(9660), 278–279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60079-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60079-9)
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*: World Health Organization <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/302733/retrieve>
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7(131), 683–687.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Grunnloven (1814) *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17) Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>
- Harris, L. H. (2000). Rethinking Maternal-Fetal Conflict – Gender and Equality in Prenatal Ethics. *Obstetrics & Gynecology*, 96(5), 786-791. <https://doi.org/10.1097/00006250-200011000-00028>
- Haaland, T., Clausen, S-E. og Schei, B. (2005). Vold i parforhold – ulike perspektiver (NIBR-rapport 2005:3). Oslo: Institutt for by- og regionsforskning.
<http://www.hioa.no/content/download/130727/3566384/file/2005-3.pdf>
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782), 1900-1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Heckman, J.J., Holland, M.L., Makino, K.K., Pinto, R. and Maria Rosales-Rueda (2017). *An Analysis of the Memphis Nurse-Family Partnership Program* (NBER Working Paper No. 23610) https://heckmanequation.org/www/assets/2017/07/NFP_Final-Paper.pdf
- Heckmanequation.org (udatert) Heckman. The economics of human potential. Lastet ned 16.01.2021 fra <https://heckmanequation.org/>
- Hetherington, E., McDonald, S., Williamson, T., & Tough, S. (2019). Trajectories of social support in pregnancy and early postpartum: findings from the All Our Families cohort. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(2), 259-267.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01740-8>
- Helsebiblioteket.no (udatert). *Norske spesialtiltak for gravide og familier*.
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/gravide-i-lar/norske-spesialtiltak-for-gravide>
- Helsebiblioteket (2020, 24. januar) 5.2 Samvalg.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasertpraksis/anvende/samvalg>
- Helsedirektoratet (udatert). Om helsefellesskap.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>
- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/nasjonal-faglig-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-av-familiene-frem-til-barnet-nar-skolealder-2011>
- Helsedirektoratet (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold*. Oslo: Helsedirektoratet

- Helsedirektoratet (2017a). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. juli 2020, lest 10. februar 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet (2017b). Rettssikkerhet ved tvang – Kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 21. juni 2017, lest 10. februar 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/rettssikkerhet-ved-tvang-kontrollkommisjonene-i-det-psykiske-helsevern>
- Helsedirektoratet (2018). *Svangerskapsomsorgen: nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet (2019, 17. september). *Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/anbefalinger-om-prevensjon-og-familieplanlegging-legemiddelvalg-og-legemiddeldose-2019>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International journal of gynecology and obstetrics*, 133(3), 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
- Hofmann, B., & Skolbekken, J.-A. (2017). Surge in publications on early detection. *BMJ*, 357, j2102-j2102. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2102>
- Holden, K. F., Ingul, J. M., Steinsli, K., Wold, J. E., & Rimehaug, T. (2018). Familieambulatoriet - en vellykket modell for identifisering av sped- og småbarn i risiko? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (4), 323-334 <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-06>
- Home-Start Familiekontakten (udatert) Om oss. Hentet 24.oktober 2020 fra <https://homestartnorge.no/om-oss/>
- Hursthouse, R. (1991). Virtue Theory and Abortion. *Philosophy and Public Affairs*, 20(3), 223-246.
- Innst. 332 L (2014–2015) Innstilling fra familie- og kulturkomiteen om endringer i barnevernloven (utvidet adgang til å pålegge hjelpetiltak). Familie- og kulturkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-332/?lv1=0>
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget
- Jago, J., Magann, E. F., Chauhan, S. P., & Morrison, J. C. (2000). The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(5), 1067–1069. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.105436>

- Jakobsen, S. E. (2018). Hva skal til for at barnevernet tar et nyfødt barn fra mor? <https://forskning.no/velferdsstat-barn-og-ungdom-ny/hva-skal-til-for-at-barnevernet-tar-et-nyfodt-barn-fra-mor/290709>
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims*, 28(3), 359–380. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.Vv-d-12-00034>
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384(9956), 1789-1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61278-2)
- Juhasz, I. B. (2020). Child welfare and future assessments – An analysis of discretionary decision-making in newborn removals in Norway. *Children and youth services review*, 116, 105137. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105137>
- Justis- og beredskapsdepartementet (2013) *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/lov-og-rett-satsing/vold-i-naere-relasjoner/handlingsplan-mot-vold-i-naere-relasjoner/id2340080/>
- Kalland, M., Fagerlund, Å., von Koskull, M., & Pajulo, M. (2016). Families First: The Development of a New Mentalization-Based Group Intervention for First-Time Parents. *Primary Health Care Research and Development*, 17(1), 3-17. <https://doi.org/10.1017/S146342361500016X>
- Kildedal, K., Uggerhøy, L., Nordstoga, S., & Sagatun, S. (2011). *Å bli undersøkt: norske og danske foreldres erfaringer med barnevernsundersøkelsen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kang H. K. (2014). Influence of culture and community perceptions on birth and perinatal care of immigrant women: doulas' perspective. *The Journal of perinatal education*, 23(1), 25–32. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.25>
- Kodeverket ICD-10 og ICD-11(2015), Oslo: Helsedirektoratet. <https://ehelse.no/kodeverk>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Krutzinna, J. & Skivenes, M. (2020). Judging parental competence: A cross-country analysis of judicial decision makers' written assessment of mothers' parenting capacities in newborn removal cases. *Child & Family Social Work*. 1–11. <https://doi.org/10.1111/cfs.12788>
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lægread, L. M., Bruarøy, S., & Reigstad, H. (2005). Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 125, 445-447.
- Landsforeningen1001dager.no (udatert). Velkommen til Landsforeningen 1001 dager. Lastet ned 25.november 2020 fra <https://landsforeningen1001dager.nohttps://landsforeningen1001dager.no>
- Larrieu, J. A., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Zeanah, C. H. (2008). Predictors of permanent loss of custody for mothers of infants and toddlers in foster care. *Infant Mental Health Journal*, 29, 48–60. <https://doi.org/10.1002/imhj.20165>
- Markussen, L., Severinsen, M.L., Schwamborn, A.F., Markussen, L., Salvesen, C.H., & Safonava, A. (2020). Flerkulturell doulastøtte i svangerskapsomsorgen. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 4, 300–306. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-04-4>
- Littleton, H.L., Bye, K., Buck, K., & Amacker, A. (2010) Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*.31(4), 219-228.

- <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.518776>
- McCullough, L. B., & Chervenak, F. A. (2008). A Critical Analysis of the Concept and Discourse of 'Unborn Child'. *American Journal Bioethics*, 8(7), 34-39.
<https://doi.org/10.1080/15265160802248161>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Mendez- Figueroa, H., Dahlke, J.D., Vrees, R.A., Rouse, D.J. (2013). Trauma in Pregnancy: An Updated Systematic Review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.01.021>
- Menneskerettsloven (1999) *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=Menneskerettsloven>
- Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social Support - A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *International journal of environmental research and public health*, 16(8), 1426.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16081426>
- Moe, V., Slinning, K., & Hansen, M. B. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press.
- Myra, S. M. (2018). *Pregnant substance abusers and their therapists in compulsory and voluntary treatment. A qualitative study: Intergenerational learning, attachment processes and the wish for a normal life* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Myra, S. M., Ravndal, E., Torsteinsson, V. W., & Wiig, E. M. (2016). Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn child. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 33(3), 299-316.
<https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0023>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordens välfärdscenter (2012). Nordens barn – tidliga insatser för barn och familjer, https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/02/5NO_lr.pdf
- Norsk Helseinformatikk AS (NHI.no) (udatert). *Fødselspsykose*. <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsykdrommer/etter-fodselen/fodselspsykose/?hp=true>
- NOU 2012:5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling — Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Lastet fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/>
- NOU 2016:16. (2016). *Ny barnevernslov — Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Barne- og likestillingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-16/id2512881/>
- NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- NOU 2019:14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- NKVTS (2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære*

- relasjoner. <https://voldsveileder.nkvts.no/>
- Norsk gynekologisk forening (2020). *Veileder i fødselshjelp*.
https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/Norsk_helseinformasjon (2020, 1. april)
- Olds, D. L. (2006). The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J*, 27(1), 5-25. doi:10.1002/imhj.20077
- Oslo Economics (2017). *Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet*.
<https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00004166>
- Oslo Economics (2019). *Samfunnsøkonomisk analyse av kompetansehevingstiltak i barnevernet*. <https://www.bufdir.no/globalassets/samfunnsokonomisk-analyse-av-kompetansehevingstiltak-i-barnevernet.pdf>
- Ot.prp. nr. 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørende)*. Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-84-2008-2009-/id560342/>
- Pajulo, M., Helenius, H., & Mayes, L. (2006). Prenatal views of baby and parenthood: Association with sociodemographic and pregnancy factors. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 229. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1002/imhj.20090>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/sok?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>
- Pedersen, E., Gottschalk Ballo, J., & Nilsen, W. (2019). Utprøvingen av Familie for første gang. Sluttrapport fra en fireårig følgeevaluering av «Nurse-family partnership» i Norge.
https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/familie_samliv/utprovingen_av_familie_for_forste_gang_sluttrapport_fra_en_rearig_folgeevaluering_av_nurse_family_partnership_i_norge-.pdf
- Politiregisterforskriften (2013) *Forskrift om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten* (FOR-2013-09-20-1097) Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-09-20-1097>
- Politiregisterloven (2010) *Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten* (LOV-2010-05-28-16) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-05-28-16>
- Potvin, L., A., Lindenbach, R., D., Brown, H., K., & Cobigo, V. (2020). Preparing for Motherhood: Women with Intellectual Disabilities on Informational Support Received During Pregnancy and Knowledge about Childbearing. *Journal on developmental disabilities*, 25(1), 1-15. <https://oadd.org/wp-content/uploads/2020/05/V25N1-17-295-Preparing-for-Motherhood.pdf>
- Pro-life.no (udatert). *Om oss. Presentasjon av Pro-Life Norge. Det er et barn*. Lastet ned den 24.10.20 fra <https://pro-life.no/om-oss>
- Prop. 73 L (2016-2017). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)*. Barne- og likestillingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/67954c9d29dd4c0ca3134e0931f32fdc/no/pdfs/prp201620170073000dddpdfs.pdf>
- Prop. 106 L (2012-2013). *Endringer i barnevernloven*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7d0ea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp201220130106000dddpdfs.pdf>
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999->

07-02-62

- Putnam-Hornstein, E., & Needell, B. (2011). Predictors of child protective service contact between birth and age five: An examination of California's 2002 birth cohort. *Children and Youth Services Services Review*, 33(8), 1337–1344. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.04.006>.
- Raza, S. K., & Raza, S. (2020, 30. juni). *Postpartum Psychosis*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>
- Rasmussen, I., Holden, M.B. og Bjerkmann, I.L. (2020). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av å overføre Bufetats oppgaver på barnevernområdet til fylkeskommunene (Rapport 2020/9)*. Vistaanalyse. http://www.vista-analyse.no/site/assets/files/6804/va-rapport_2020-09_overforing_av_barnevernoppgaver.pdf
- Ravn, M. N. (2004). *En kropp: to liv. Svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen - en antropologisk analyse*. (Doktoravhandlinger ved NTNU, 2004:72). Sosialantropologisk institutt, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman and Hall.
- Raphael-Leff, J. (2003). *Parent-infant psychodynamics: wild things, mirrors and ghosts*. London: Whurr.
- Rees, S., Channon, S., & Waters, C. S. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 257-280. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1173-5>
- Reissland, N., Froggatt, S., Reames, E., & Girkin, J. (2018). Effects of maternal anxiety and depression on fetal neuro-development. *Journal of Affective Disorders*, 241, 469-474. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.047>
- Rimehaug, T., Holden, K.F., Lydersen, S. et al. (2019). "Five-year changes in population newborn health associated with new preventive services in targeted risk-group pregnancies". *BMC Health Services Research*, 19, 658. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4392-7>
- Rugkåsa, M., Ylvisaker, S., & Eide, K. (2017). *Barnevern i et minoritetsperspektiv: sosialt arbeid med barn og familier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røsdal, T., Nesje, K., Aamodt, P. O., Larsen E. og Tellmann S. M. (2017). *Kompetanse i den kommunale barnevernstjenesten: Kompetansekartlegging og gjennomgang av relevante utdanninger (Rapport 2017:28)*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. <http://hdl.handle.net/11250/2487943>
- Sadler, L., Slade, A., & Mayes, L. (2006). Minding the baby: a mentalization-based parenting program. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 371-288). West Sussex: John Wiley & sons Ltd.
- Sanchez, C. E., Barry, C., Sabhlok, A., Russell, K., Majors, A., Kollins, S. H., & Fuemmeler, B. F. (2018). Maternal pre-pregnancy obesity and child neurodevelopmental outcomes: a meta-analysis. *Obesity reviews*, 19(4), 464-484. <https://doi.org/10.1111/obr.12643>
- Saus, M., Salamonsen, A., Douglas, M., Hansen, K. L., & Thode, S. K. (2018). *Utredning om barnevern for den samiske befolkningen, innvandrere og nasjonale minoriteter i Norge. Kompetansehevende tiltak, kunnskapsmiljø og samiske barns særlige rettigheter*. https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Utredning_om_barnevern_for_den_samiske_befolkningen_innvandrere_og_nasjonale_minoriteter_i_Norge_Kompetansehevende_tiltak_kunnskapsmiljo_og_samiske_barns_saerlige_rettigheter.pdf

- Savulescu, J. (2007). Future People, Involuntary Medical Treatment in Pregnancy and the Duty of Easy Rescue. *Utilitas*, 19(1), 1-20.
<https://doi.org/10.1017/S0953820806002317>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., . . . Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232-246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Sjøvold, M. S., & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme : sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utgave.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skolbekken, J.-A. (1995). The risk epidemic in medical journals. *Social science & medicine*, 40(3), 291-305. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00262-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00262-R)
- Sosialtjenesteloven (2009) *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (LOV-2009-12-18-131). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- SSB Barnevern. *Barnevern Oppdatert, 2.juli 2020*. <https://www.ssb.no/barnevern>
- Statens helsetilsyn (2019). *Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernssaker*. Oslo: Statens helsetilsyn.
https://www.helsetilsynet.no/gjennomgang_106_barnevernsaker.pdf
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sunhedsloven (2016). *LBK nr 191*. Kbh: Sundheds- og ældreministeriet.
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/191>
- Sykehuset Innlandet HF (2019) *Innlandsmodellen - Foreldrestøtte med barnet i mente*.
<https://sykehuset-innlandet.no/fag-og-forskning/samhandling/foreldrestotte-med-barnet-i-mente>
- Söderström, K. (2020). Bekymring for det ufødte liv og omsorgsovertakelse ved fødsel. Posisjoner, verdikonflikter og spenninger i tverrfaglig arbeid. I H. Nordby & A. Halså (Red.), *Verdier i barnevern* (s. 131-151). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/view/103/502/3807->
- Söderström, K., & Skårderud, F. (2013). The Good, The Bad, and the Invisible Father: A Phenomenological Study of Fatherhood in Men with Substance Use Disorder. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 11(1), 31-51. doi:<http://dx.doi.org/10.3149/ft.1101.31>
- Sørbø, M.F., Grimstad, H., Bjørngaard, J.H. et al. (2014). Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 14(1), 316 <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-316>
- Søvig, K. H. (2019). Avgjørelser fra EMD i saker om vern av privat- og familieliv fra 2018. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål* (03), 227-246.
<https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2019-03-03>
- Tattoli, L., Di Vella, G., & Solarino, B. (2017). A case of intrauterine lethal fetal injury after attempted suicide of the mother. *Forensic Science International*, 280, e1-e5.
doi:10.1016/j.forsciint.2017.10.016
- UNICEF. (2020). *Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries*. Retrieved from Florence: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Report-Card-16-Worlds-of-Influence-child-wellbeing.pdf>
- Vatne Brean, G. (2017). Angst og nytelse – utfordrende følelser i graviditet, fødsel og barseltid. Seminar Bilder av nære relasjoner på Munch Museet den 11.11. 2017. Upublisert.

- Ward, H., Brown, R., Westlake, D., & Davies, C. (2012). *Safeguarding Babies and Very Young Children from Abuse and Neglect*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- WHO (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/
- WHO (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Wilkinson, D., Skene, L., De Crespigny, L. & Savulescu J. (2016). Protecting future children from in-utero harm. *Bioethics*, 30(6), 425-432. <https://doi.org/10.1111/bioe.12238>
- Young, I. M. (2005). *On Female Body Experience: "Throwing Like a Girl" and Other Essays*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0195161920.001.0001>

11 Vedlegg

Vedlegg 1: Nettskjema

Nettskjema

Spørreskjemaer, påmeldinger og bestillinger

[Hjelp](#)

Kerstin Söderström

[Logg ut](#)

Forside

Mine skjemaer

Barnevernets ansvar for det ufødte liv

Barnevernets ansvar for det ufødte liv

Endre tittel

Åpent for svar?

Skjemaet er åpent

Steng

Sist endret

16. september 2020

11:19

av Kerstin Söderström

Vis

Bygg skjema

Innstillinger

Rettigheter

Innhent svar

Se resultater

Barnevernets ansvar for det ufødte liv

Utredningsoppdrag om beskyttelse av ufødt liv

Høgskolen i Innlandet har fått i oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet å utrede spørsmålet om beskyttelse av det ufødte liv. Spørsmålet reiser mange dilemmaer og skal utredes fra ulike perspektiv: et etisk og moralskfilosofisk perspektiv, et helse- og barnevernfaglig perspektiv, og et juridisk perspektiv.

Vi trenger dine innspill for å belyse problemstillingene godt, og er svært takknemlig for dine svar og refleksjoner.

Bakgrunnsopplysninger om deg

Jeg jobber i ... / jeg er ...

Åpne nedtrekkslisten og kryss av.

Velg ...

Hvilken annen tjeneste eller sektor jobber du i?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Jeg jobber i ... / jeg er ...»


Kan du beskrive kort hvilken type jobberfaring du har som involverer (barnevern)bekymring for det ufødte liv?

Har du noen gang delt eller fått informasjon om bekymring for det ufødte liv i en slags gråsoner av samtykke, taushetsplikt og "anonymisert" samtale med barnevernet?

Her ønsker vi å få et bilde av hvordan slik bekymring håndteres i praksis, ikke hvordan det er formelt lovregulert.

 Ja Nei Kanskje

Hvis du svarte ja eller kanskje, er det mulig å beskrive et eksempel i generelle ordelag?

 Dette elementet vises kun dersom minst ett av alternativene «Ja» eller «Kanskje» er valgt i spørsmålet «Har du noen gang delt eller fått informasjon om bekymring for det ufødte liv i en slags gråsone av samtykke, taushetsplikt og êanonymisert" samtale med barnevernet?»

Bekymring for det ufødte liv og hjelpetiltak

Hvilke omstendigheter eller former for livsførsel hos gravide anser du å være skadelig eller sterkt risikabelt for det ufødte liv?

- Rusmiddelbruk
- Dårlig ernæring
- Sosialt utenforskap
- Svak kognitiv fungering
- Psykiske lidelser eller probemer
- Vold i nære relasjoner
- Fattigdom
- Bruk av sterke medikamenter
- Andre forhold

Her kan du gi eksempler på andre forhold eller former for livsførsel du mener gir grunn til bekymring.

Hvilke tiltak eller type hjelp tror du kan ivareta det ufødte liv i de omstendigheter du har nevnt over?


Beskyttelse av det ufødte liv

Hvilke(n) tjeneste(r) i hjelpeapparatet mener du er de rette til å arbeide med risikoutsatte gravide/ventende par og det ufødte liv?

Du kan krysse av i flere bokser.

- Jordmortjeneste
- Helsestasjon
- Familievernet
- Kommunalt barnevern
- Barnevernets foreldre- og barn senter (døgneh.)
- BUP spe- og småbarnsteam
- Kommunens rus og psykisk helsetjeneste
- Andre

Er det noen tjenester som ikke er nevnt, kan de beskrives her.

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre» er valgt i spørsmålet «Hvilke(n) tjeneste(r) i hjelpeapparatet mener du er de rette til å arbeide med risikoutsatte gravide/ventende par og det ufødte liv?»

Har du et faglige drømmescenario for hjelp til gravide med helse- eller psykososiale belastninger og det ufødte liv? Beskriv det gjerne.

Barnevernets ansvar for det ufødte liv

6. Bør barnevernet få utvidet ansvar for det ufødte liv?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Kan du begrunne hvorfor du mener dette?

7. Bør det innføres plikt for helsepersonell til å melde til barnevernet om bekymringer for det ufødte liv?

Ja

Nei

Vet ikke

Her kan det utdypes hvorfor du svarte som du gjorde.

Hvilke omstendigheter eller former for livsførsel hos gravide mener du bør gi grunnlag for meldeplikt til barnevernet?

Rusmiddelbruk

Dårlig ernæring

Sosialt utenforskap

Svak kognitiv fungering

Psykiske lidelser eller problemer

Vold i nære relasjoner

Fattigdom

Bruk av sterke medikamenter

Andre forhold

Ser du noen mulige uheldige konsekvenser av å innføre en plikt til å melde bekymring for det ufødte liv til barneverntjenesten?

Hvis du mener at barnevernet bør få større ansvar for det ufødte liv, hvilke tiltak ser du for deg at barnevernet skal kunne sette inn overfor den gravide?

Hva bør i så fall være det/de viktigste formål for barnevernets tiltak?

Hvis du har andre innspill eller kommentarer som ikke er dekket av spørsmålene, skriv gjerne i feltet under.

Se nylige endringer i Nettskjema (v1039_0rc116)



Vilkår
[Personvern og vilkår for bruk](#)
Nettskjema bruker [informasjonskapsler](#)
[Tilgjengelighetserklæring](#)

Kontaktinformasjon
[Kontaktpunkter Nettskjema](#)

Ansvarlig for denne tjenesten
Webseksjonen – USIT

Denne utredningen handler om hvorvidt barnevernet bør ha et ansvar for det ufødte liv, og hvordan dette ansvaret i så fall bør forvaltes.

To hovedspørsmål drøftes. Den ene er om helsepersonell bør gis anledning eller plikt til å melde til barnevernet når de er bekymret for et fosters helse og det fremtidige barnets omsorgsvilkår. Det andre er hvilke tiltak barnevernet i så fall bør sette inn.

Drøftingene baseres på forskning og erfaringskunnskap, og belyses ut fra helse- og barnevernfaglige, juridiske og etiske perspektiver. Spørsmålene reiser en rekke vanskelige dilemmaer. Viktige verdier og motstridene interesser står på spill. Vil adgang eller plikt til å melde uten samtykke gripe for sterkt inn i den gravides selvråderett og personvern? Vil det føre til at den gravide lar være å oppsøke tjenestene eller holder tilbake informasjon om sin situasjon? Hvilke positive konsekvenser kan det tenkes å ha? Kan det føre til at den gravide, hennes partner og det fremtidig fødte barnet får et bedre utgangspunkt enn de ellers ville fått? Kan adgang eller plikt til å melde bidra til økt samordning og tverrfaglig innsats overfor denne målgruppen som helhet? Disse og andre spørsmål blir tematisert i drøftingene som munner ut i anbefalinger om meldeadgang, meldeplikt, tiltak, frivillighet og tvang.

Utredningen er utarbeidet på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.