

Gravida kvinnor med  
missbruk och  
barn som lever i familjer med  
missbruksproblem

Avrapportering av regeringsuppdrag

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Artikelnr 2007-107-19

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), oktober 2007

# Innehåll

---

<b>Sammanfattning och slutsatser .....</b>	<b>5</b>
<b>Uppdragen.....</b>	<b>8</b>
<b>Syfte .....</b>	<b>9</b>
<b>Avgränsning av uppdraget .....</b>	<b>9</b>
<b>Genomförande och metod.....</b>	<b>9</b>
<b>Rapportens uppläggning.....</b>	<b>10</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>11</b>
Alkohol- och narkotikapolitiken.....	11
Socialnämndens särskilda ansvar – förebyggande och tidiga insatser.....	11
Skyldighet att samverka.....	12
<b>Del I – Gravida kvinnor med missbruk.....</b>	<b>13</b>
Tidigare uppdrag och insatser angående alkohol och graviditet.....	13
Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.....	14
Pågående och planerat arbete.....	15
Erfarenheter från Norden.....	16
<b>Tidiga insatser – prevention .....</b>	<b>18</b>
Många aktörer har ansvar att förmedla kunskap.....	18
Mödrahälsovården och gravida kvinnor i allmänhet.....	18
Riskbruksprojektet.....	19
<b>Insatser under graviditeten och stödet till föräldrarna.....</b>	<b>20</b>
Mödrahälsovården och gravida kvinnor med förhöjd risk.....	20
Kvinnor i behandling – statistik.....	21
Missbruksvård för kvinnor .....	21
Behandlingsenheter för gravida kvinnor med missbruk .....	22
Mödravården för gravida kvinnor med etablerat missbruk/beroende .....	22
Uppspårande-/sökande verksamhet.....	23
Regionala riktlinjer för vård och stöd till missbrukande gravida kvinnor .....	23
<b>LVM och graviditet .....</b>	<b>25</b>
Bakgrund .....	25
Hur tillämpas LVM?.....	26
Erfarenheter vid LVM-hemmen Lunden och Rebecka .....	26
Kommuners erfarenhet av LVM.....	27
Tvångslagstiftningen i Norge (LOST).....	28
Erfarenheter från Borgestadsklinikens i Norge.....	28
Utvidgat tvång för gravida – uppsummering.....	30
<b>Del 2 – Hur ska barn som lever i missbruksmiljöer uppmärksammas? ..</b>	<b>33</b>
<b>Inledning.....</b>	<b>33</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>33</b>
<b>Generella verksamheter .....</b>	<b>35</b>
Förskola – skola.....	35
Förskolans resursteam och skolans elevhälsa .....	36
Primärvården .....	37

<b>Riktade verksamheter .....</b>	<b>38</b>
Psykiatri.....	38
Socialtjänstens möjligheter att uppmärksamma barns behov .....	38
Socialtjänstens insatser till barn som lever i familjer med missbruk .....	39
<b>Samverkan.....</b>	<b>41</b>
Strategi för samverkan.....	42
Familjecentraler .....	42
<b>Några statliga satsningar .....</b>	<b>43</b>
Medel till samverkansprojekt inom grund- och gymnasieskolan .....	43
Statliga utvecklingsmedel.....	43
Nationellt centrum .....	44
<b>Slutsatser – Del 2.....</b>	<b>44</b>
<b>Förbättringsförslag – Del 2.....</b>	<b>45</b>
<b><i>Projektorganisation.....</i></b>	<b><i>47</i></b>

# Sammanfattning och slutsatser

---

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utreda insatser till kvinnor med missbruk under graviditeten liksom fortsatta stödinsatser till familjen, samt hur tvångsvård enligt LVM tillämpas för dessa kvinnor. I tillägg till detta fick Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå hur socialtjänstens insatser bör utformas för att barn som lever i familjer med missbruksproblem skall uppmärksammas och få det stöd som de behöver.

Ett av alkoholpolitikens mål är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika under graviditeten. Det finns ingen bevisad ofarlig kvantitet alkohol för fostret under graviditeten. Kvinnor rekommenderas vara helt alkohol- och narkotikafria. Eftersom begreppet riskbruk och missbruk har en annan innebörd när det gäller gravida kvinnor har vi valt att inte avgränsa frågeställningen enbart till kvinnor med etablerat missbruk/beroende utan försökt göra en åtskillnad mellan gravida kvinnor i allmänhet, kvinnor med förhöjd risk och kvinnor med etablerat missbruk-/beroende.

Preventivt folkhälsoarbete är nyckeln för att förhindra att barn föds med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika. Genom prevention kan alkohol- och drogrelaterade fosterskador förebyggas fullt ut. Det är således viktigt att säkra kontinuiteten i upplysningsarbetet riktade till hela befolkningen om riskerna med alkohol och narkotika under graviditet. Frågorna berör både män och kvinnor.

För att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet krävs också andra preventiva insatser och att dessa genomförs i ett tidigt stadium av graviditeten. Förutsättningar för ett sådant preventivt arbete är främst att mödrahälsovården kommer i kontakt med alla gravida kvinnor och att personalen på mödrahälsovården har såväl kompetens som handlingsstrategier att arbeta med alkohol- och drogpreventiva frågor.

*Får gravida kvinnor med missbruk den vård de behöver och genomförs dessa insatser tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet?*

När det gäller kvinnor med ett etablerat missbruk är bedömningen att den vård som kvinnor med missbruksproblem erbjuds inte är tillräcklig. Framför allt kan det konstateras att arbetet med denna grupp gravida kvinnor har brister när det gäller såväl samarbete som avsaknad av fasta strukturer för samarbete, det saknas specialdestinerade resurser, långsiktighet i arbetet samt kunskap. Det är stor regional och lokal variation på vilken vård kvinnor med missbruksproblem har att tillgå. Generellt sett framkommer dessutom att den vård som dessa kvinnor får är i de flesta fall sent i graviditeten.

När det gäller arbetet med olika utsatta grupper har brister i samverkan mellan olika aktörer påtalats i decennier. Detta verkar även gälla samverkan runt gravida kvinnor med missbruksproblematik trots att samverkans-

frågorna är centrala för att denna grupp ska få stöd. Grunden för samverkan är styrning och struktur, men också samsyn.

Det behövs ett differentierat vårdutbud inom såväl öppenvården som frivillig institutionsvård för kvinnor med olika grad av missbruk/beroende och olika familjeförhållanden. Gravida kvinnor med ett etablerat missbruk/beroende och deras barn behöver mer stöd än vad mödra- och barnhälsovården och socialtjänsten vanligtvis erbjuder. I de fall där arbetet med gravida kvinnor med missbruk och deras barn ses som en prioriterad grupp har mödra- och barnhälsovården och socialtjänst, inom befintliga ramar, kunnat omdisponera resurser och förändra arbetssättet för att möta dessa kvinnors och barns behov. Vad som är möjligt att åstadkomma inom befintliga ramar avgörs bäst lokalt/regionalt, men det krävs att huvudmännen uppmärksammar gruppens specifika behov. Arbete med gravida missbrukare kräver ett långsiktigt och nära samarbete inom såväl hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter som mellan berörda huvudmän. Detta arbete bör generellt sett förbättras. För att kunna erbjuda ett kvalificerat stöd till dessa kvinnor krävs också att det sker en betydande höjning av kunskapsnivån vad det gäller beroendeproblematik inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter.

För att nå ambitionen om att kunna erbjuda kvinnor med missbruksproblem den vård de behöver och tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet krävs bl. a:

- att regionala riktlinjer/program för ett likvärdigt omhändertagande av gravida kvinnor med missbruk och uppföljning av kvinnan och barnet utarbetas som stöd för samarbetet lokalt och regionalt
- att huvudmännen inventerar vilka resurser som finns att tillgå för gravida med missbruk/beroende och deras familjer (beroendevård, specialistmödravård, placeringsmöjligheter för gravida kvinnor och eventuell hennes partner, samt för föräldrar och barn efter förlossning etc.) inom regionen. Dessa resurser bör vara väl kända inom såväl socialtjänst, mödrahälsovård (MHV) och barnhälsovård (BHV) som hos allmänheten
- särskilda enheter för missbrukande kvinnor inom öppenvård, frivillig institutionsvård och inom tvångsvården
- att Riskbruksprojektet utbildningsinsatser inom mödrahälsovården genomförs i hela landet och att stöd ges till det förändrings- och samarbete som utvecklas där utbildningen genomförts. Även personal inom barnhälsovården bör erbjudas motsvarande utbildning
- att förutsättningarna utreds för att inrätta ett kompetenscentra med nationellt ansvar inom området Fetalt alcohol Syndrome (FAS)/Fetal Alcohol Effects (FAE) och Neonatalt abstinenssyndrom (NAS).

*Hur bör insatserna utformas för att stärka det långsiktiga stödet till mamman, pappan och barnet?*

Det är önskvärt att tvärprofessionella verksamheter liknande de som finns i storstäderna etableras i varje region/län. Sådana specialdestinerade verk-

samheter för stöd till gravida med missbruksproblem svarar för uppföljning och stödinsatser till familjerna de närmaste 2 åren efter förlossning. För en del av de drogexponerade barnen krävs uppföljande hälsoundersökningar upp till skolåldern.

Socialstyrelsen vill lyfta fram en av erfarenheterna från behandlingen av gravida som kvarhållits med tvång i Norge. Där möjligheten till en tids vårdvistelse efter förlossning erbjuds både kvinnor som behåller sina barn och kvinnor vars barn omhändertas vid födelsen visat på positiva effekter.

*Hur tillämpas tvångsvård enligt LVM när det gäller missbruk i samband med graviditet? Hur ser situationen ut i Norge?*

Socialstyrelsens genomgång av LVM-domarna visar att LVM i huvudsak används på samma sätt för gravida som icke gravida kvinnor. Endast i ett fåtal fall hänvisas till skyddet för mamman och fostret samt i några domar refereras till fostret, dock inte utifrån skyddsaspekten. Denna genomgång av LVM domar visar framför allt att tvångsvård i Sverige används för en liten grupp kvinnor med främst narkotika- eller blandmissbruk. Tvångslagstiftningen har i liten utsträckning utnyttjats för kvinnor med alkoholmissbruk under graviditeten. Dessa erfarenheter liknar de norska trots lagmässiga skillnader mellan länderna. Det finns dock tecken på att kvinnorna kommer tidigare i tvångsvård i Norge än tidigare.

Det är angeläget att identifiera kvinnor med missbruk/beroende tidigt i graviditeten för att skydda det väntade barnet. Ett sätt att intensifiera detta arbete är genom Riskbruksprojektet som har pågått i Sverige under ett par år. I och med denna satsning har personal inom mödrahälsovården fått utbildning i hur man identifierar kvinnor med riskbruk/missbruk/beroende. Mycket tyder på att fler kvinnor med alkoholproblematik upptäckts tidigare i och med denna utbildningssatsning vilket därmed ökar möjligheten att erbjuda kvinnan tidiga frivilliga insatser.

Kvinnor i allmänhet är oftast mycket angelägna att skydda sina barn från skada och vill föda ett friskt barn. Studier har visat att under graviditeten är motivationen till förändring särskilt stark för en kvinna med missbruksproblem. Fortfarande saknas dock frivilliga behandlingsalternativ som riktar sig specifikt till kvinnor och kan se till kvinnornas speciella situation. En av förutsättningarna för en utökad tvångslagstiftning bör vara att det frivilliga vårdutbudet är differentierat både inom den öppna vården och inom den frivilliga institutionsvården så att insatser kan erbjudas specifikt till gravida kvinnor med olika grad och typ av missbruk/ beroende samt olika familjesituation.

*Hur ska barn som lever i familjer med missbruksproblem uppmärksammas och få det stöd som de behöver?*

Det är Socialstyrelsens uppfattning att åtgärder för att höja uppmärksamheten på barn som lever i familjer med beroendeproblematik i första hand ska

fokuseras till de generella verksamheterna och på samverkan mellan dessa verksamheter och socialtjänsten.

Det är de generella verksamheterna, det vill säga förskola och skola, som möter de allra flesta barn och därmed också har de största möjligheterna att uppmärksamma de barn som far illa. Det samma gäller barnhälsovården och skolbarnomsorgen. Även här behöver personalen ha grundläggande kunskaper i alkohol- och narkotikas konsekvenser på föräldraskap, barns reaktioner samt i metoder för föräldrasamtal etc. För att barn ska uppmärksammas och få stöd krävs också upparbetade rutiner och samarbete med förskolans/skolans ledning och elevhälsan eller motsvarande.

Det är Socialstyrelsens uppfattning att Myndigheten för skolutveckling bör utveckla stöddokument för förskolans och skolans personal om frågor som rör missbruk, t.ex. tecken hos barn som far illa, handlingsplan för personalen när det gäller barn som far illa samt frågor som rör anmälningsskyldighet etc. Det är viktigt att stöddokumentet omfattar alla huvudmän såväl kommunala, privata som kooperativa.

En förutsättning för att barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa uppmärksammas och får det stöd de behöver är att det sker en samverkan mellan samtliga berörda aktörer. De generella verksamheterna och socialtjänsten behöver upparbetade rutiner för samverkan som är hållbara över tid. Socialstyrelsens uppdrag att implementera den nyligen publicerade Strategin för samverkan, som är en gemensam handlingsplan upprättad av tre myndigheter, kan utgöra en god grund för att ett samarbete mellan berörda huvudmän utvecklas.

För att stärka barnperspektivet i socialtjänstens arbete med vuxna som har beroendeproblematik bör regeringen överväga att förtydliga skrivningen i kap. 5 § 9 SoL. Genom ett tillägg som förtydligar nämndens ansvar att också beakta att barn som lever i familjer med missbruk kan vara i behov av stöd tydliggörs helhetssynen på socialtjänstens arbete med familjer och barn.

## Uppdragen

Detta är Socialstyrelsens avrapportering av regeringens uppdrag att utreda insatser till kvinnor med missbruk under graviditet liksom fortsatta stödinsatser till familjen.<sup>1</sup>

I tillägg till detta fick Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå hur socialtjänstens insatser bör utformas för att barn som lever i familjer med missbruksproblem skall uppmärksammas och få det stöd som de behöver.<sup>2</sup>

I uppdragen har följande frågeställningar angivits

- om gravida kvinnor med missbruk får den vård de behöver och om dessa insatser genomförs tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet.
- hur insatser bör utformas för att stärka det långsiktiga stödet till mamman, pappan och barnet

---

<sup>1</sup> Regeringsbeslut nr 11 den 7 september 2006

<sup>2</sup> Regleringsbrev 2007



- hur tvångsvård enligt LVM tillämpas när det gäller missbruk i samband med graviditet
- hur socialtjänstens insatser bör utformas för att barn som lever i familjer med missbruksproblem skall uppmärksammas och få det stöd som de behöver.

## Syfte

Uppdragen syftar till att flickor och pojkar inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika, att antalet barn som omhändertas ska minska genom en drogfri graviditet och fortsatt stöd i föräldraskapet, samt att barn som lever i familjer med missbruksproblem skall uppmärksammas och få det stöd som de behöver.

## Avgränsning av uppdraget

Bruket av alkohol är en socialt accepterad del av vår kultur och ca 90 procent av den vuxna befolkningen dricker alkohol i varierande grad. Alkoholkonsumtion som för den icke gravida kan bedömas som ofarlig kan i förhållande till risken för fostret bedömas som farlig för en gravid kvinna och därmed betrakta som ett risk- eller missbruk. Budskapet att ingen alkohol ska förekomma under graviditeten är därför ett prioriterat delmål i den svenska alkoholpolitiken. Eftersom begreppet riskbruk och missbruk har en annan innebörd när det gäller gravida kvinnor har vi valt att inte avgränsa frågeställningen till kvinnor med etablerat missbruk/ beroende, utan frågeställningarna behandlas också utifrån ett folkhälsoperspektiv. I redovisningen av uppdraget har vi delat in gruppen gravida kvinnor enligt följande; kvinnor i allmänhet, kvinnor med förhöjd risk och kvinnor med etablerat missbruk-/beroende.

## Genomförande och metod

Uppdragen har genomförts i samråd med bl.a. Sveriges kommuner och landsting, länsstyrelser, Statens institutionsstyrelse och brukarorganisationer. För uppdraget konstituerades en intern tvärfacklig arbetsgrupp och en referensgrupp med representanter för myndigheter och organisationer.<sup>3</sup> Expert- och forskarstöd har funnits inom projektet.

Förutom att ta del av tidigare forskning, utredningar, rapporter och statistik inom relevanta områden har vi deltagit i seminarier anordnade av andra.<sup>4</sup> Utöver detta baseras uppdraget på iakttagelser och samtal vid egen-

---

<sup>3</sup> Se bilaga.

<sup>4</sup> Seminarium dels vid Hvidovre Hospital i Köpenhamn med Loretta Finnegan, dels vid

Ambulatoriet i Malmö med Borgestadklinikkens behandlings- och kompetansesenter i Norge,

Semillan i Göteborg samt Familjesociala mottagningen, KS/Huddinge sjukhus.

initierade seminarier. Dessa har genomförts med representanter för mödra- och barnhälsovården och forskare samt med representanter för elevvårdens och skolhälsovårdens nätverk. Vidare bygger utredningen på den inventering som har gjorts i samtliga landsting avseende riktlinjer eller motsvarande rörande missbrukande gravida kvinnor. Dessutom bygger våra slutsatser på intervjuer som har gjorts med personal inom socialtjänst, familjecentraler och LVM-hem. Vi har också genomfört en granskning av LVM-domarna rörande gravida kvinnor för åren 2004–2006 samt en enkätstudie av de behandlingsenheter som särskilt vänder sig till gravida kvinnor.<sup>5</sup>

Frågan om tvångslagstiftningen enligt LVM och skyddet för det väntade barnet har behandlats vid sammanträdet 2007-09-28 med Socialstyrelsens Rådgivande nämnd för etiska frågor.

## Rapportens uppläggning

I huvudsak följer avrapporteringen de frågeställningar som angivits i uppdraget.

Avrapporteringen har delats upp i 2 delar. I Del 1 avhandlas frågeställningarna i regeringsuppdraget kring gravida kvinnor med missbruk och det fortsatta stödet till familjen. I Del 2 redovisas tilläggsuppdraget om hur barn som lever i familjer med missbruksproblem ska uppmärksammas. Del 2 utgör ett delvis fristående avsnitt och avslutas med Socialstyrelsens samtliga slutsatser och förslag som berör frågorna om hur barn ska uppmärksammas. Inledningsvis redovisas Socialstyrelsens slutsatser samlat beträffande gravida kvinnor med missbruk och de mer övergripande slutsatserna från Del 2.

---

<sup>5</sup> Enheterna har tagits från registret över Insatser och Klienter i Behandling (IKB) 2005

# Inledning

---

## Alkohol- och narkotikapolitiken

Det övergripande målet för den svenska alkoholpolitiken är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar.<sup>6</sup> Detta ska uppnås genom sänkning av den totala alkoholkonsumtionen och åtgärder mot skadliga dryckesbeteenden. Ett särskilt prioriterat delmål är att ingen alkohol ska förekomma under uppväxten eller under graviditeten.

I den nya alkohol- och narkotikahandlingsplanen för perioden 2006–2010 fastslås bl.a. att det långsiktiga arbetet för att minska skador till följd av alkoholkonsumtion bör fortsätta samt att arbetet på lokal nivå är avgörande för ett framgångsrikt resultat.<sup>7</sup> Särskilt framhålls att det behövs insatser de kommande åren för att stärka det förebyggande arbetet, samarbete och den politiska prioriteringen av det förebyggande arbetet på lokal och regional nivå. Vidare krävs insatser för att utveckla preventionsmetoder för särskilda riskgrupper exempelvis barn till föräldrar med missbruksproblem samt unga vuxna.

När det gäller narkotikapolitiken kvarstår det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle, liksom de tre delmålen att minska nyrekryteringen, att förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk samt att minska narkotikatillgången. Även här är barn, ungdomar och föräldrar särskilt prioriterade riskgrupper. Regeringen betonar vikten av att insatser tar hänsyn till skillnader i behov med avseende på kön samt olika bakgrund och social tillhörighet.

## Socialnämndens särskilda ansvar – förebyggande och tidiga insatser

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnden skall också genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.<sup>8</sup>

Socialnämnden har även ett övergripande ansvar för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden. Vidare ska nämnden särskilt uppmärksamma och följa utvecklingen hos barn och unga som har visat tecken till en ogynnsam utveckling.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop. 2001/01:20).

<sup>7</sup> Prop. 2005/06:30

<sup>8</sup> Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 7 §, SoL

<sup>9</sup> 5 kap. 1 § SoL

## Skyldighet att samverka

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med stöd av 6 § förvaltningslagen. Det finns en särskild skyldighet att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket regleras i lagstiftningen för socialtjänst, hälso- och sjukvård, förskola och skola, samt polis.<sup>10</sup> För skola och hälso- och sjukvård lagstodgades denna skyldighet den 1 juli 2003. Samverkansskyldigheten gäller även inom enskilt bedriven sjukvård, förskola, skola och skolbarnsomsorg. Socialtjänstlagen kompletterades den 1 juli 2003 med en bestämmelse motsvarande den som infördes i övriga lagar för att betona att samverkan även ska ske i övergripande frågor när det gäller barn. Socialnämnden ska dessutom enligt den nya bestämmelsen aktivt verka för att övergripande samverkan kommer till stånd.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och unga som far illa får stöd och skydd. För att socialtjänsten ska fullfölja detta ansvar krävs att anmälnings- och uppgiftsskyldigheten<sup>11</sup> fungerar. Det är viktigt att socialtjänsten får kännedom om barn som far eller riskerar att fara illa så att den kan bistå med insatser i ett så tidigt skede som möjligt samt att det finns rutiner för när och hur en anmälan ska göras. I syftet att sprida kännedom om lagstiftningen och dess intentioner samt underlätta för dem som på olika sätt omfattas av anmälningskyldigheten publicerade Socialstyrelsen 2005 en handbok i ämnet.<sup>12</sup> Socialstyrelsen har under 2007 i uppdrag att uppmärksamma tillsynsmyndigheterna om att de ska bevaka att anmälningskyldigheten är väl känd och fullföljs.<sup>13</sup>

Skyldighet att anmäla eller lämna uppgifter till socialnämnd enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen omfattar inte ofödda barn. Av 14 kap. 2 § sista stycket sekretesslagen framgår emellertid att sekretessen inte hindrar att uppgifter om en gravid kvinna eller närstående till henne lämnas från en socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till annan sådan myndighet om det behövs för att skydda det väntade barnet. Det är främst uppgifter om den gravida kvinnan, men även uppgifter om närstående som kan lämnas.

---

<sup>10</sup> 5 kap. 1a § SoL; 2f § första st. HSL; 2 kap. 1 § LYHS; 1 kap. 2a § första st. SkoL ; 3 § och

PolisL 3 kap. 1,4, 5 §§.

<sup>11</sup> 14 kap. 1 § andra respektive fjärde stycket SoL.

<sup>12</sup> Anmälningskyldighet om missförhållanden som rör barn. Socialstyrelsen 2005.

<sup>13</sup> Uppdraget ska redovisas i årsredovisningen februari 2008.

# Del I

## – Gravida kvinnor med missbruk

---

### Tidigare uppdrag och insatser angående alkohol och graviditet

Frågan om alkohol och droger i samband med graviditet är inte ny. Den har sedan 80-talet i perioder varit föremål för nationella satsningar och informationskampanjer. Följande uppräknig visar på ett urval av satsningarna på området:

- År 1980 publicerade Socialstyrelsen rapporten ”Missbruk under graviditet” med målsättning att stärka kunskapen på området i en tid när lagstiftningen stod under stora förändringar.
- 1993 publicerade Socialstyrelsen ”Alkohol och narkotika under graviditet”. En kunskapsöversikt att användas som faktaunderlag vid planering av utbildning och verksamhet inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.
- 1994 publicerades delbetänkandet ”Kvinnor och alkohol!” som bl.a. problematiserade graviditet, alkoholbruk och fosterskador.<sup>14</sup>
- 1996 gav Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen ut broschyren ”Graviditet och alkohol” som ett komplement till filmen ”Silversträngen, en film om graviditet och alkohol”.
- År 2001 avhandlade CAN ämnet graviditet och missbruk med fokus på konsekvenserna för barnet under rubriken ”Ett barn blir till – fast skadat av alkohol”.<sup>15</sup>
- 2002 fick Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen ta fram underlag till fortbildning för personal inom mödrahälsovården inriktad på att höja kunskapen om sambandet mellan alkoholkonsumtion och fosterskador under graviditet.<sup>16</sup>
- Under åren 2004–2005 gav Alkoholkommittén ut informationsmaterial, bland annat en film och annat material om alkohol och graviditet riktat till hela befolkningen.

---

<sup>14</sup> SOU 1994:28

<sup>15</sup> Alkohol & Narkotika. CAN 2001

<sup>16</sup> Uppdraget hade sin grund i prop. 2000/01 Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.

## Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

År 2007 publicerade Socialstyrelsen för första gången nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården.<sup>17</sup> Det övergripande syftet med riktlinjerna är att förbättra missbruks- och beroendevården generellt. Dessutom bidrar nationella riktlinjer som är förankrade hos huvudmännen och andra aktörer till en förutsägbar tillsyn över verksamheterna. Det innebär således att tillsynen över verksamheterna bör kunna bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva.

I syfte att underlätta att riktlinjerna skall få genomslag i praktiken samt att skapa en gemensam plattform för såväl personal i socialtjänst som i hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen under hösten 2007 utkommit med ett implementerings- och utbildningsstöd.<sup>18</sup>

Riktlinjerna avser såväl medicinska som sociala insatser inom kommunernas och landstingens beroendevård. Riktlinjer avseende gravida kvinnor behandlas i ett särskilt kapitel.<sup>19</sup> Inledningsvis benämndes kapitlet ”gravida kvinnor med missbruk” men under arbetet gång framstod det som allt klarare att under graviditeten får begrepp som riskbruk och missbruk en annan och speciell innebörd. Alkoholkonsumtion som för den icke gravida kan bedömas som ofarlig kan i förhållande till risken för fostret bedömas som farlig för en gravid kvinna och därmed betraktas som ett risk- eller missbruk.

Eftersom det ännu inte är klarlagt hur fosterhjärnan påverkas av alkohol och narkotika är de svenska rekommendationerna att ingen alkohol eller narkotika bör intas under graviditeten. Även internationellt hävdas på många håll att graviditeten bör vara helt alkoholfri. För narkotika gäller motsvarande nolltolerans generellt.

Den insats som nämns för gruppen gravida i de nationella riktlinjerna är kort rådgivning<sup>20</sup>. Insats i form av kort rådgivning bör kombineras med ett samarbete med specialiserad missbruks-/beroendevård för att kvinnor och män med mer omfattande problem ska få adekvat behandling. Behandling bör ske inom antingen öppen- eller slutenvården beroende av behovets art.

Eftersom kunskapsunderlaget inte ger vägledning om specifika metoder för gravida kvinnor anses övriga rekommendationer även gälla gravida kvinnor om ingenting annat motsäger detta. Riktlinjernas rekommendationer för behandling av personer med alkohol – eller narkotikaproblematik är olika former av psykosocialbehandling. När det gäller olika behandlingsalternativ där läkemedel används för narkotikamissbruk är det viktigt att efter

---

<sup>17</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso-

och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen

2007

<sup>18</sup> Implementerings- och utbildningsstöd. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Socialstyrelsen 2007

<sup>19</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2007. Kap. 7

<sup>20</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, kapitel 3 sid 81, kapitel 7 sid 179.

noggrann utredning väga metodens effektivitet mot eventuella risker för fostret.

Följande allmänna rekommendationer ges i riktlinjerna:

- att information lämnas om att helt avstå från alkohol under graviditet,
- att verksamheter som kommer i kontakt med målgruppen kontaktar socialtjänsten,
- att behandlingen utformas
  - med hänsyn till fostrets hälsa
  - så att partner involveras om kvinnan så önskar det
  - för att utreda och åtgärda behov av socialt stöd

### Pågående och planerat arbete

I den senaste utredningen, *Tvång och förändring, betänkande av LVM-utredningen*,<sup>21</sup> ställdes förväntningar på att bland annat de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården skulle skapa en plattform med en för alla aktörer gemensam syn om vad som är en god missbruksvård. Idag saknas emellertid enhetliga och väl grundade beskrivningar av vad som är rimlig kunskapsnivå för hela och delar av socialtjänstens arbete. Enligt 3 kap. 3 § SoL, skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad som menas med lämplig utbildning och erfarenhet har dock inte preciserats närmare i lagar eller förarbeten.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att stödja en systematisk kunskapsutveckling av socialtjänsten bedrivs sedan några år utrednings- och utvecklingsarbete kring den sociala högskoleutbildningen och de professionellas kompetens. Socialstyrelsen har publicerat allmänna råd om personalens kompetens inom barnområdet.<sup>22</sup> Arbetet med kompetensbeskrivningar för missbruksvården pågår och har samplanerats med arbetet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Ett allmänt råd beräknas vara klart 2009.

I arbetet med de nationella riktlinjerna påpekas att det krävs en betydande höjning av kompetensen inom missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna är ett stort steg i denna riktning men det krävs att den kunskap som tagits fram också tillämpas och att stödjade strukturer för ett tvärprofessionellt arbete byggs ut. För att underlätta implementeringen finns nu också ett implementerings- och utbildningsstöd<sup>23</sup> som innehåller förslag på hur arbetet kan bedrivas med tyngdpunkt på samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvårdens verksamhet.

---

<sup>21</sup> SOU 2004:3

<sup>22</sup> Allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga. SOSFS 2006:14 (S)

<sup>23</sup> Implementerings- och utbildningsstöd Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2007

Socialstyrelsen kommer under hösten 2007 att påbörja en översyn av nu gällande allmänna råd för tillämpning av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som publicerades 1997.<sup>24</sup> Sedan de allmänna råden meddelats har LVM ändrats i vissa delar. Meddelandeblad om dessa lagändringar publicerades i december 2005. Eftersom Socialstyrelsen numera har ett bemyndigande att meddela verkställighetsföreskrifter till bl.a. socialtjänstlagen och LVM kommer behovet av föreskrifter att övervägas i detta sammanhang. Som komplement till föreskrifterna/allmänna råden och som stöd för rättstillämpningen kommer också en handbok om utredningar och beslut om insatser för personer med missbruksproblem att utarbetas. Publikationerna kommer att vara klara under senare delen av 2009.

## Erfarenheter från Norden

Inom de nordiska länderna finns erfarenheter värda att uppmärksammas. Generellt sett står länderna inför samma utmaningar i frågor som rör graviditeter och missbruk och hur barn ska uppmärksammas. I uppdraget anges att de norska erfarenheterna ska uppmärksammas både vad gäller möjligheten att utan samtycke kvarhålla den gravida kvinnan på en behandlingsinstitution under graviditetsperioden, och när det gäller det långsiktiga stödet till familjen. Erfarenheterna av tvångslagstiftningen redovisas i kapitel 5.

De norska och danska erfarenheterna som redovisas i detta uppdrag behandlar i huvudsak omhändertagande och uppföljning av gravida kvinnor med missbruk och barnen, samt forum för kunskapsbildning inom missbruksområdet. Socialstyrelsen bedömer också att det är inom dessa områden som vårt behov av utvecklingsarbete är störst och att det därför är angeläget att ta vara på grannländernas erfarenheter. I Sverige har de stora satsningarna hittills gällt prevention och tidig upptäckt, och här ligger Sverige långt framme.

Vår uppfattning är att det inte finns en tydligt urskiljbar ”norsk modell” för omhändertagande av gravida kvinnor med missbruksproblem och det långsiktiga stödet till familjen. I Norge har socialtjänsten ett huvudansvar för att förebygga och avhjälpa missbruk, medan institutionsbehandling och poliklinisk behandling ingår i specialisthälsovården. För kvinnor som kvarhållits med tvång under graviditeten upphör institutionens ansvar för familjen i samband med födseln, liksom det gör i Sverige. Det fortsatta stödet för dessa kvinnor och barn samt för gravida kvinnor som varit i frivillig missbruksvård varierar också, liksom i Sverige, mellan kommuner/ regioner. Eftersom det är hälso- och sjukvården som har ansvaret för vård av personer med missbruk kan hälsostationer (helsestasjoner), ibland förstärkta sådan ha specifik uppföljning av gravida kvinnor med missbruksproblem och barn. Uppföljning av de gravida kvinnorna och familjen görs vanligtvis upp till två år efter barnets födelse. Nu finns förslag på ett uttalat ansvar för uppföljning av dessa barn upp till skolåldern. I det norska utredningsarbetet har man bl a tittat på den s.k. Köpenhamnsmodellen.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> SOSFS 1997:6 (M)

<sup>25</sup> Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. SIRUS. Rapport 1/2006



Köpenhamnsmodellen som utvecklats vid Familjeambulatoriet (FA) sedan mitten av 1980-talet är en tvärfacklig specialavdelning<sup>26</sup> för gravida med missbruk och deras barn. Det specifika med FA:s arbete är att tvärfackliga interventioner ges till gravida kvinnor med missbruk under graviditet, födsel, neonatal- och BB-tid och under barnets sex första år. <sup>27</sup> Så länge familjen är inskriven i FA, är familjen knuten till ett fast tvärfackligt team som har behandlingsansvaret i nära samarbete med både den primära socialvården och sjukvården. Uppföljning av barnen sköts så långt möjligt av samma läkare och psykolog som har följt modern och familjen under graviditeten. Familjeambulatoriets interventionsmodell ska implementeras i alla amter (län) och inom mödravården i Danmark.

I Norge har sju regionala kompetenscentra byggts upp för kompetensutveckling inom missbruksområdet. Målet med denna etablering, som påbörjades 1994, var systematisk landsomfattande kompetensutveckling när det gäller att stödja utsatta grupper. Dessa sju centra har tre huvuduppgifter:

- stimulera utveckling och förebyggande insatser i kommunerna
- kompetensutveckling i kommunerna och specialisthälsovården
- nationella spetskompetensområden.

Ett kompetenscentrum kan ges i uppgift att svara för landets behov av spetskompetens inom specifika områden. Så har t ex Borgestadsklinikens kompetenscenter (som vi refererar till i avsnittet om LVM och graviditet) fått ansvar för spetskompetens inom området ”gravida missbrukare och familjer med små barn”.

Den norska modellen med kompetenscentra diskuterades också i utredningen ”Gränslös utmaning”.<sup>28</sup> Utredaren föreslog att liknande centra skulle byggas upp i Sverige. Enligt utredarens förslag skulle dessa centra i första hand fokusera det primär- och sekundärpreventiva arbetet, men på sikt skulle även det tertiära arbetet kunna komma in i verksamheten. Liksom i Norge skulle särskild spetskompetens utvecklas inom bestämda sakområden.

I Norge har en expertgrupp utarbetat en strategi för FAS/FAE som successivt ska implementeras.<sup>29</sup> Expertgruppen konstaterar att kunskapsbristen och svårigheterna att ställa diagnos är stora och föreslår ett nationellt kompetenscentra för att säkra att någon har ett formellt ansvar för området. Därutöver föreslås att diagnostiska centra upprättas på olika orter i landet, med tillgång till team som har specialkompetens på alkohol under graviditeten och som bl.a kan diagnostisera FAS.

I Sverige efterlyser FAS-föreningen bildandet av ett motsvarande svenskt kunskapscentrum.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> vid Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i Köpenhamn

<sup>27</sup> Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen 2005

<sup>28</sup> Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid. Slutbetänkande från Alkoholinförelutredningen.

SOU 2005:25, s 167-ff

<sup>29</sup> Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra

en ekspertgruppe. Social- og helsedirektoratet. Oslo 2005

<sup>30</sup> Ett nätverk tar form. Dokumentation från FAS-föreningens konferens på Sätra Bruk 2006

## Tidiga insatser – prevention

Det är känt att alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat kraftigt. De flesta riskkonsumenter av alkohol är unga män och kvinnor i åldrarna 18–29 år.<sup>31</sup> Av de unga kvinnorna i denna åldersgrupp var 25 procent riskkonsumenter. Alkoholkonsumtionen har även ökat bland kvinnor i åldersgruppen 26–36 år, där de flesta födslar sker. Ökningen i denna grupp har dock varit mindre än för flera andra åldersgrupper. Av en dansk studie framgår att kvinnor med narkotikamissbruk är yngre när de blir gravida jämfört med övriga kvinnor i befolkningen.<sup>32</sup> Hur graviditetsmönstret ser bland kvinnor med riskfylld alkoholkonsumtion återstår att finna ut.

Olika organ anläggs vid olika kritiska tidpunkter av fosterutvecklingen under de första 80 dagarna av graviditeten (den första tredjedelen). Detta är grunden till att specifika missbildningar kan uppkomma. Den biologiska sårbarheten börjar vid 28 dagar efter befruktningen, då anlaget till centrala nervsystemet bildas. Vidare utvecklas och differentieras fosterhjärnan särskilt under den tredje trimestern (sista tremånadersperioden av graviditeten) och nyföddhetsperioden (neonatal-perioden), och därför kan alkoholkonsumtion också under denna period få förödande konsekvenser.

Fosterhjärnan kan också skadas anatomiskt och funktionellt om den gravida kvinnan använder narkotika under graviditeten.<sup>33</sup> Denna kunskap är dock inte lika allmänt spridd som den om alkoholens skadeverkningar.

## Många aktörer har ansvar att förmedla kunskap

Mot bakgrund bl a av dessa fakta framstår preventivt folkhälsoarbete som nyckeln för att förhindra att flickor och pojkar föds med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika.

Det är också viktigt att säkra kontinuiteten i upplysningsarbetet om riskerna med alkohol och narkotika under graviditet, riktade till hela befolkningen – frågorna berör både män och kvinnor. Utifrån den monopolställning svenska staten har när det gäller försäljning av vin och sprit kan staten tyckas ha ett särskilt ansvar att upplysa om farorna med alkohol under graviditet. Apoteket kan också spela en viktig roll när det gäller tidiga insatser. De flesta kvinnor som köper graviditetstest i Sverige gör det förmodligen på Apoteket. För övrigt är skolans sex- och samlevnadsundervisning en viktig arena för kunskapsförmedling till nya generationer.

## Mödrahälsovården och gravida kvinnor i allmänhet

För att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet krävs att insatser genomförs så tidigt som möjligt. Till grundförutsättningarna hör därför en generell ökad tillgänglighet till MHV. Många kvinnor ringer MHV direkt vid ett positivt graviditetstest. Genom att MHV träffar så gott som alla gravida

---

<sup>31</sup> Folkhälsorapport 2005, s 308. Socialstyrelsen

<sup>32</sup> Graviditeter och födsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001. Embedsløgeinstitutionen

för København og Frederiksberg Kommune 2004

<sup>33</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2007

kvinnor har de en unik möjlighet att fånga upp de kvinnor som ännu inte har fått några negativa konsekvenser av sitt riskbruk. I denna grupp återfinns särskilt kvinnor som inte känner till riskerna för fostret och kvinnor som känner till, men som negligerar eller tar för lätt på riskerna för fostret på grund av otillräcklig kunskap.

## Riskbruksprojektet

I Sverige har de stora nationella satsningarna för missbruk under graviditet gällt prevention och tidig upptäckt. En sådan satsning är det s.k. Riskbruksprojektet. Uppdraget som gavs 2002 till Folkhälsoinstitutet att i samarbete med Socialstyrelsen ta fram underlag till fortbildning inom mödravården har bidragit till den omfattande utbildning för barnmorskor som bedrivs inom Riskbruksprojektet. Målen för projektet är att ge barnmorskan i primärvården kunskap om alkoholens inverkan på graviditet och foster, metoder för identifiering av kvinnor med riskbruk<sup>34</sup> och att se möjligheter att ta konsekvenserna av upptäckt av riskbruk – handlingsplaner och nätverk. Genom Riskbruksprojektet har bl a 29 barnmorskor fått utbildarutbildning för att i sin tur kunna utbilda barnmorskorna i respektive landsting. Riskbruksprojektet har resulterat i en mycket positiv utveckling inom MHV. I dag har 75 procent av alla landssting ändrat, eller håller på att ändra, rutinerna för det första samtalet som görs med den gravida kvinnan. Genom att ta en del av tiden från basprogrammet, kan ett samtal om livsstilsfrågor erbjudas så fort kvinnorna ringer efter konstaterat positivt graviditetstest. De metoder och instrument, bl a Audit (frågeformulär) och MI (motiverande samtal), som barnmorskorna utbildas i förordas också i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård.

Representanterna för professionen som deltog i Socialstyrelsens seminarium ser enbart fördelar med de tidiga samtalen.

Ett annat viktigt inslag i Riskbruksprojektets utbildning handlar om nätverksarbete och lokala handlingsplaner. I utbildningen får deltagarna i uppgift att inventera och ta kontakt med berörda aktörer (barnhälsovård, socialtjänst, frivilligorganisationer, beroendevård, psykiatri etc) och tillsammans med dem utarbeta en lokal handlingsplan. Genom Riskbruksprojektets utbildning av barnmorskorna och det förändrade arbetssättet inom MHV har en god grund lagts för att hitta riskbruk bland gravida och för att kunna erbjuda stöd till dem som behöver det.

Socialstyrelsen genomför nu en uppföljning/utvärdering av Riskbruksprojektet. Utvärderingen ska avrapporteras 2008.

---

<sup>34</sup> I projektet definieras riskbruk som ”ett bruk av alkohol som är eller kan bli skadligt, men där beroende inte föreligger”. Detta baseras på WHO’s definition.

## Insatser under graviditeten och stödet till föräldrarna

### Mödrahälsovården och gravida kvinnor med förhöjd risk

I den här gruppen återfinns ett stort antal kvinnor som har en högre konsumtion, än kvinnor i allmänhet, av alkohol (och festdroger), men som ännu inte utvecklat ett beroende i vedertagen bemärkelse. För många av dessa kvinnor är hög alkoholkonsumtion väl integrerad i deras umgänges- och livsstil. Kvinnor med sådant riskbruk av alkohol är kanske också den svåraste gruppen att nå. I vårt seminarium med forskare och praktiker uttalades en uppenbar oro för dessa kvinnor.

I takt med att MHV blir allt säkrare och bättre på att tillämpa metoder och instrument för att screena för riskbruk eller beroende och motivera till förändring kan man förvänta sig att fler kvinnor upptäcks och att fler vill ha hjälp. För en del av dessa kvinnor räcker det kanske med insatser som kan ges inom MHV, som t ex kort rådgivning, medan andra har svårt att av egen kraft bryta och byta livsstil. Barnmorskornas huvuduppdrag är ”vanliga” graviditeter och de kan inte klara kvinnor med mer omfattande problematik. MHV behöver kunna erbjuda och hänvisa de kvinnor som behöver och vill ha stöd och vård till andra som har den kunskapen.

Här kan de lokala handlingsplaner som deltagarna i Riskbruksutbildningen arbetar fram vara ett stöd och lägga en bra grund för lokalt samarbete. Genom detta arbete ökar kunskapen hos berörda aktörer (barnhälsovård, socialtjänst, frivilligorganisationer, beroendevård, psykiatri etc) om varandras verksamheter. Inom MHV måste kunskapen finnas om de lokala och regionala verksamheter som ger stöd och vård till kvinnor med riskbruk. Många kvinnor i gruppen med förhöjd risk är välutbildade och väletablerade kvinnor och för dessa är det främmande att söka sig till socialtjänst eller andra verksamheter som har personer med missbruk som målgrupp. Nya erbjudanden för stöd eller behandling för dessa kvinnor behöver kanske tillskapas i en del regioner. De kvinnor som under graviditeten upptäcker att de inte på egen hand kan ta kontroll över sin alkohol- eller drogkonsumtion, måste få den hjälp de behöver. Vårdutbudet måste vara differentierat utifrån behovsgrad så att även kvinnor med en mindre uttalad problematik snabbt kan få tillgång till behandling. I alkohol- och narkotikahandlingsplanen poängteras också vikten av att insatser tar hänsyn till skillnader i behov med avseende på kön samt bakgrund och social tillhörighet.

För det lokala samarbetet är det viktigt att socialtjänstens barn- och familjegrupper utvecklar kunskap och kompetens i hur man kan stötta den gravida kvinnan och MHV som anmäler oro, när det ännu inte finns något barn. Också socialtjänstens missbruksgrupper behöver ha kunskap om alkoholkonsumtion under graviditet för att kunna ge råd och stöd till MHV när de identifierar kvinnor med riskbruk genom AUDIT-formuläret<sup>35</sup>, även om detta inte definieras som missbruk inom socialtjänstens missbruksarbete.

---

<sup>35</sup> Ett frågeformulär som efter att det besvarats av kvinnorna poängsatts och analyseras. Höga poäng i AUDIT indikerar risk/missbruk.

## Kvinnor i behandling – statistik

Det är många aktörer som erbjuder vårdinsatser till kvinnor och män med missbruksproblem. Vartannat år redovisar Socialstyrelsen uppgifter om insatser och klienter i behandlingsenheter för vuxna alkohol- och drogmissbrukare (IKB).

Det totala antalet individer, 18 år och äldre, som 1 april 2005 samtidigt är i behandling för egna missbruksproblem kan uppskattas uppgå till närmare 20 000. Kvinnornas andel var cirka 30 procent. Samma dag var drygt 3 100 personer med vårdnaden om minderåriga barn i behandling. Cirka 150 gravida kvinnor eller nyblivna mödrar var i behandling (detta inkluderar de LVM-vårdade).

IKB-kartläggningarna används även för att identifiera och uppdatera uppgifter om de behandlingsenheter som ingår i det nationella informationssystemet KIM<sup>36</sup>.

KIM innehåller bl. a. variabeln ”levnadsform”. Uppgifterna bekräftar att kvinnor och män har olika livssituationer när de befinner sig i behandling, cirka 20 procent av kvinnorna lever med barn, jämfört med 12 procent av männen. Bland de kvinnor som har barn är den största andelen ensamstående med barn, medan män med barn oftast är sammanboende.

## Missbruksvård för kvinnor

Grunden för socialtjänstens arbete är att insatserna främst skall ske på frivillig väg. Att kvinnan frivilligt deltar i vården och är aktivt delaktig i planeringen är grunden i det sociala arbetet. Kvinnans aktiva medverkan innebär att aktörerna omkring henne är lyhörda för hennes egen vilja och att eventuella tidigare vårderfarenheter beaktas. Graviditeten är en period där kvinnan i de flesta fall är ytterst motiverad till att förändra sitt liv. Många kvinnor med missbruk kommer dock i vård sent i graviditeten. Det är inte ovanligt att hon förnekar graviditeten eller försöker dölja sitt missbruk så länge som möjligt. Kvinnor kan känna rädsla för socialtjänsten och för risken att förlora barnen på grund av missbruk.<sup>37</sup>

I Länsstyrelsens sociala tillsynsrapporter konstateras att kvinnor har svårt att få sina specifika behov tillgodosedda (2004). I rapporten från 2005 poängterades att kvinnor med missbruk som varit utsatta för våld har särskilt svårt att få vård.<sup>38</sup> I en aktuell kartläggning<sup>39</sup> kvarstår bilden att det är få kommuner som erbjuder specifik behandling för kvinnor och att det är ett viktigt utvecklingsområde. Det krävs särskild kompetens och det behöver

---

<sup>36</sup> Klienter i missbruksbehandling . KIM används bl.a. för att rapportera mängduppgifter om personer med narkotikamissbruk i behandling till EU-ländernas narkotikacentrum European

Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

<sup>37</sup> Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen 2004

<sup>38</sup> Social tillsynsrapport 2004, 2005

<sup>39</sup> Kartläggning av den öppna missbruksvården i Örebro län 2007.

också utvecklas ett särskilt kvinnoperspektiv i arbetet med kvinnor som har missbruks-/beroendeproblematik.<sup>40</sup>

## Behandlingsenheter för gravida kvinnor med missbruk

Inom ramen för detta uppdrag har en kartläggning gjorts bland alla de enheter<sup>41</sup> som uppgivit att de har gravida kvinnor som en av sina målgrupper. Sammanlagt rör det sig om 36 enheter. Svar inkom från 23 behandlingsenheter. Bortfallet har inte analyserats.

Sammanfattningsvis bedömer personalen på institutionerna att gravida kvinnor med missbruk har stora behov av rent fysisk karaktär, te x har många kvinnor hepatit C och behöver testas för andra infektioner, som HIV och könssjukdomar. De behöver också grundläggande livsstilsråd, om kost och sömn. Tandvården är eftersatt. Kvinnornas psykologiska behov är stora. Många kommer från dysfunktionella familjer, har själv varit placerade i fosterhem eller på institution, har psykisk och fysisk misshandel bakom sig, sexuella övergrepp, ätstörningar, prostitution etc. De behöver även hjälp i vissa fall i anknytningen till det väntade barnet. Deras sociala behov innebär bland annat bistånd med boende, att ta igen ofullständig skolgång, arbetslöshet, förtidspensionering, dåligt nätverk, hjälp med ekonomin, nätverksarbete etc. Nästan alla enheter anser att gravida kvinnor har behov av att få vård på en egen specialenhet.

Även om de flesta är nöjda med samverkan med sina samverkanspartners (MHV, BHV, socialtjänst) så uppger nästan en tredjedel att de inte är helt nöjda med den aktör som har ett huvudansvar - socialtjänsten. Stödet till gravida kvinnor med missbruk/beroende behöver förstärkas, framförallt långsiktigheten i planeringen – kvinnorna har behov av resurser/team som stödjer dem under graviditeten men även efter. Socialtjänsten och MHV behöver en kompetenshöjning för att lära sig att upptäcka kvinnorna.

Majoriteten av personalen tycker att LVM bör förändras så att den ger utvidgade möjligheter till tvångsomhändertagande av gravida kvinnor med missbruksproblem. Skälen till detta är bl a att socialtjänsten ibland undviker att ingripa och då använder argument att LVM ej gäller det ofödda barnet, men framförallt är argumentet att skydda det väntade barnet från framtida skador.

## Mödravården för gravida kvinnor med etablerat missbruk/beroende

Gravida kvinnor med ett etablerat missbruk/beroende behöver mycket tätare uppföljning än vad MHV vanligtvis kan erbjuda. De behöver också kvalificerat stöd och behandling av yrkesgrupper med beroende- och socialkurativ kompetens. För denna grupp krävs ett långsiktigt och nära samarbete med fasta strukturer för samarbetet. Klinisk erfarenhet visar att kvalificerat multidisciplinärt omhändertagande kan förbättra barnets prognos, t ex när det

---

<sup>40</sup> Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen 2004

<sup>41</sup> från IKB-undersökningen 2005

gäller för tidig födsel, födelsevikt och behandlingskrävande abstinensbesvär.<sup>42</sup>

I de tre storstadsområdena har särskilda resurser skapats för gravida kvinnor med missbruksproblem - Ambulatoriet i Malmö, Semillan i Göteborg och Familjesociala enheten vid KS/Huddinge sjukhus. Här finns den största erfarenheten av att arbeta med dessa kvinnor och deras familjer. Även om målgruppen är den samma skiljer sig verksamheterna åt på flera sätt, bl a organisatoriskt. Gemensamt är bl a att de följer familjen tills barnet är 2 år och kan ge stöd i föräldrarollen. Ambulatoriet grundas på samverkan mellan sjukvård och socialtjänst och är en kommungemensam resurs sedan 1994. Ur denna samverkan har det utvecklats en mindre grupp av socialarbetare som i sina respektive verksamheter inom stadsdelarna arbetar med Ambulatoriets familjer. Semillan arbetar inom fyra stadsdelar i Göteborg och arbetar mer direkt med familjerna. I arbetet ingår psykosocialt behandlingsarbete, mestadels genom hembesök. Familjesociala enheten är en specialistmödravård inom Beroendecentrum, lokaliserad till KS/Huddinge sjukhus med hela Stockholms län som upptagningsområde. På enheten arbetar en rad specialister och konsulter på alla områden finns att tillgå.

Utanför storstäderna saknas denna typ av tvärprofessionella verksamheter, specialdestinerade för stöd till gravida med missbruksproblem med uppföljning och stödinsatser till familjerna de närmaste åren efter förlossning. Det pågår en blygsam utveckling i denna riktning i några större städer som t ex Gävle och Karlskrona<sup>43</sup>.

### Uppspårande-/sökande verksamhet

En förutsättning för att barn till kvinnor med missbruk/beroende inte ska födas med alkohol- och narkotikarelaterade skador är tidig upptäckt och kontakt med MHV. I en del områden behöver MHV avsätta resurser för uppspårande-/sökande verksamhet, t ex i sprututbytesprojekt, i verksamheter som ger läkemedelsassisterad behandling, i Stadsmissionens verksamheter m fl. En uppsökande/ uppspårande MHV kräver specialutbildade barnmorskor med drog- och beroendekunskap och personkontinuitet. Erfarenhet av sådan mödravård finns bl a inom Ambulatoriet i Malmö. Genom att göra sig känd bland dessa kvinnor och bygga upp en relation med dem har kvinnorna fått preventivmedelsrådgivning i den miljö de vistas i och barnmorskan har kunnat upptäcka graviditeter tidigare.

### Regionala riktlinjer för vård och stöd till missbrukande gravida kvinnor

För att få en bild av det regionala arbetet genomförde vi en kartläggning av regionala riktlinjer för vård och stöd till gravida kvinnor med missbruk.

---

<sup>42</sup> Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets

interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen 2005

<sup>43</sup> Samverkan i Graviditet, Sigrid. 2006

14 av 20 landsting besvarade vår fråga om regionala riktlinjer. Av dessa uppger sju landsting att de har sådana, två att de håller på att utarbeta sådana och fem att de inte har några. Vi bad att riktlinjerna skulle bifogas med svaret. Vad som regleras i dessa, detaljeringsgraden, och vilka aktörer som är inbegripna skiljer sig avsevärt mellan landstingen. Riktlinjerna från tre landsting tycks inte omfatta alla kommuner. Tillgängligheten eller de inskrivningstider som anges varierar.

Vår utgångspunkt för undersökningen var Västra Götalandsregionens ”Riktlinjer för ett likvärdigt regionalt omhändertagande av missbrukande gravida kvinnor” från 2006. Här anges bl. a att personalen ska ha kunskaper om hur man tidigt upptäcker missbruk och att det ska finnas en handlingsplan för omhändertagande av missbrukande gravida kvinnor vid alla mödrahälsovårdsmottagningar. Kvinnorna ska erbjudas vård så tidigt som möjligt och stödjas att helt avstå från droger och alkohol under graviditeten. På lokal nivå skall finnas en kontinuerlig och utvecklad samverkan mellan mödrahälsovård, socialtjänst, beroendevård/ psykiatri och barnhälsovård. Redan under graviditeten skall olika verksamheter i samverkan planera inför förlossningen och för barn och föräldrar efter förlossning.

Frågan om riktlinjer för omhändertagande av gravida kvinnor med missbruks-/ beroendeproblematik har diskuterats i seminariet med representanter för professionen och i referensgruppen. Uppfattningarna i de båda grupperna var samstämmiga. Det krävs riktlinjer inom detta område för att säkerställa en likvärdig vård över landet. Referensgruppen förordar regionala riktlinjer av flera skäl, bl a underlättas anpassningen till regionala/lokala förhållanden och svårigheterna att implementera riktlinjerna reduceras genom att det är de berörda intressenterna själva som äger frågan. Regionala skillnader och skillnad mellan glesbygd och storstad tar sig olika uttryck, men är lika stora och utbredda överallt. Staden har sina problem i samverkansperspektivet och glesbygden, där det till och med kan vara svårt att hitta någon att samarbeta med, har en annan problematik. Där finns också speciella svårigheter med att alla känner alla.

Kartläggningen visar att det saknas ett regionalt helhetsgrepp för att denna grupp kvinnor ska kunna erbjudas ett optimalt omhändertagande. Detta är nödvändigt både för att kunna upparbeta tillfredsställande kunskap och kompetens inom området och för att kunna erbjuda ett kvalificerat och varierat vårdutbud. För detta arbete krävs att huvudmännen har regionala riktlinjer för ett likvärdigt omhändertagande av gravida kvinnor med missbruk, som stöd för det lokala arbetet.

I riktlinjerna bör huvudmännen också klargöra hur uppföljningen av barn som exponerats för alkohol eller droger under fosterlivet ska ske och ansvaret för detta. En förstärkt BHV med specialistkompetens krävs för uppföljande hälsoundersökningar av drogexponerade barn upp till skolåldern. Syftet ska vara att upptäcka eventuella sjukdomar, felutveckling och omsorgssvikt så att behandling och stöd, till barnet och familjen, kan sättas in tidigt för att förebygga allvarliga konsekvenser för barnets vidare utveckling. Hur förberedelser inför barnets skolstart ska ske för en optimal skolplacering bör också klargöras och ansvaret för detta.

I samband med arbetet med regionala riktlinjer behöver huvudmännen också inventera vilka basresurser för gravida med missbruk/beroende och



deras familjer (beroendevård, specialistmödravård, placeringsmöjligheter för gravida kvinnor och eventuell hennes partner, samt för föräldrar och barn efter förlossning etc.) som finns inom regionen, eller i annan region. Det är viktigt att dessa basresurser finns förtecknade och är väl kända inom socialtjänst, MHV och BHV, samt inte minst bland medborgarna så att de själva kan efterfråga det stöd de behöver.

Socialstyrelsens pågående inventering av öppenvårdsresurser för personer med missbruk/beroende visar tydligt hur svårt det är för verksamheterna att få en överblick.

## LVM och graviditet

### Bakgrund

Socialstyrelsens uppdrag har varit att ge en nulägesbeskrivning av hur LVM tillämpas när det gäller missbruk i samband med graviditet samt beskriva situationen i Norge. LVM har diskuterats sedan dess tillkomst 1982. En återkommande fråga har varit om lagstiftningen räcker till för att skydda det väntade barnet. Denna problematik har behandlats i ett flertal statliga utredningar.<sup>44</sup> Samtliga utredningar understryker att en gravid kvinna i de allra flesta fall vill skydda sitt barn mot skada och att även en kvinna med missbruk/beroende har denna inställning.

Den senaste utredningen *Tvång och förändring, rättsäkerheten, vårdens innehåll och eftervård* (SOU 2004:3) hade som uppdrag att genomföra en översyn av tillämpningen av LVM. En av de frågeställningar som behandlades var om en särskild indikation för tvångsvård av gravida kvinnor med missbruk skulle förordas. Utredningens slutsats var att någon sådan särskild indikation för tvångsvård av gravida kvinnor med missbruk inte borde tillföras till lagen.

Enligt gällande rätt kan LVM inte tillämpas enbart till skydd för fostret. Socialutskottet har i ett betänkande (2004/05) summerat argumenten för den lagstiftning som gäller idag. Ett skäl är att hänsyn måste tas till moderns rätt till självbestämmande och att tvångsvård skulle stå i strid mot den personliga integriteten. Dessutom konstateras i betänkandet att då det inte finns någon ofarlig konsumtion som är vetenskapligt fastlagd, innebär det lagstiftningsmässiga svårigheter som talar emot tvångsvård av gravida kvinnor. Utöver detta finns det farhågor att gravida kvinnor med missbruk/beroende undviker att uppsöka mödravårdscentralen om ett utökat tvång införs i lagen. Det kan också uppstå situationer där kvinnan väljer att göra abort för att inte tvångsomhändertas. I betänkandet konstateras således att insatser till gravida missbrukare bör ske på frivillig grund om inte tvångsvård kan motiveras utifrån kvinnans eget vårdbehov.<sup>45</sup>

I ett tidigare betänkande från socialutskottet (1981/82), som alltjämt åberopas, framhåller utskottet att ”det ofta måste anses föreligga en fara för att kvinnans egen psykiska hälsa kan skadas om hon genom att inte kunna hej-

---

<sup>44</sup> *Åtgärder mot missbruk under graviditet* (Ds S 1981:6), *Utredningen om det ofödda barnet* (dir. 1984:36) samt delbetänkandet *Skydd för det väntade barnet, åtgärder vid missbruk m.m. under graviditet* (SOU 1987:11).

<sup>45</sup> 2004/05:SoU15 s 29

da sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador.” Enligt utskottets mening bör det vara möjligt att tillämpa LVM i de få fall där man inte kan komma till rätta med situationen genom intensiva frivilliga insatser.<sup>46</sup>

## Hur tillämpas LVM?

För att utreda hur tvångsvård enligt LVM tillämpas när det gäller missbruk i samband med graviditet har Socialstyrelsen studerat samtliga domar (31 st) för perioden 2004–2006, i vilka domstolen har beslutat om vård enligt LVM för gravida kvinnor med missbruk.<sup>47</sup>

Sammanfattningsvis kan konstateras att domstolen i de allra flesta mål enbart beaktar risken för att kvinnan utsätter sin hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller befaras allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Men i två mål har risken för både fostret och kvinnan beaktats. I tre mål beaktar domstolen risken för skador på fostret vid bedömningen av om vård kan ges på frivillig väg. I två mål hänvisar rätten till vad socialutskottet anfört 1981/82 om tillämpningen av LVM när kvinnan är gravid. I ett fall hänvisar rätten till risken att en närstående skadas. Det är dock inte klart om rätten därmed avser fostret.

Genomgången av domarna ger också viss kunskap om de kvinnor som har vårdats med stöd av LVM under graviditeten. Här framkommer att nästan alla kvinnor som bereddes vård enligt LVM var narkotikamissbrukare. Endast en kvinna bereddes vård enbart på grund av missbruk av alkohol och i tre fall förekom blandmissbruk. Samtliga kvinnor har fått vård tidigare och flertalet har även vårdats enligt LVM. Vidare framkom att en tredjedel av kvinnorna har barn sedan tidigare men att barnen i de allra flesta fall inte längre bor kvar hos kvinnan. Endast i ett fall bodde kvinnan tillsammans med sitt barn.

## Erfarenheter vid LVM-hemmen Lunden och Rebecka

Inom ramen för uppdraget besöktes två LVM-hem för gravida kvinnor, Lunden i Lund och Rebecka på Ekerö. Dessa två LVM-institutioner har stor erfarenhet av tvångsomhändertagna gravida kvinnor. På Lunden har 45 gravida kvinnor vårdats sedan starten 1992 och på Rebecka har åtta gravida kvinnor vårdats under de senaste tre åren.

Sammanfattningsvis bedömer personalen vid de båda vårdinstitutionerna att gravida kvinnor med missbruk har specifika behov jämfört med de kvinnor som inte är gravida. De framhåller att det finns en stark vilja till föränd-

---

<sup>46</sup> SOU 1981/82:22 s 16 ff

<sup>47</sup> Genom Statens Institutionsstyrelse fick Socialstyrelsen 40 oidentifierade domar och ett beslut

från tio olika länsrätter och två olika kammarrätter. Beslutet om omedelbart omhändertagande

enligt LVM ingick inte i genomgången och nio av domarna fick utgå. Detta på grund av att det i

sju domar inte framgick att kvinnan var gravid, en dom gällde LVU och en dom var en dubblett.

Totalt har 31 domar (30 kvinnor) granskats.

ring och en positiv motivation under graviditeten. Men beroendet av droger är stark och de flesta som omhändertas för LVM är kvinnor med narkotikamissbruk. Kvinnorna som omhändertas enligt LVM har en mängd problem och många har dubbel problematik vilket ofta betyder att de är i behov av insatser från såväl psykiatri, hälso- och sjukvård som socialtjänst.

Vidare framkommer att trots att kontakten med socialtjänsten är av central betydelse är personalens erfarenhet att kvaliteten i samarbetet varierar. Det är angeläget att kvinnan får kontakt med dem som arbetar med barn- och familjeärenden inom socialtjänsten i ett tidigt skede för att bland annat planera tiden efter förlossningen och för hur moderns ska klara den första tiden med barnet. Lunden ställer t.ex. krav på socialtjänsten att utarbeta en förlossningsplan. Ett sådant dokument är till för att klargöra för alla berörda vem som ska närvara vid förlossning och vad som ska hända den närmaste tiden efter förlossning. Vanligtvis finns en kontakt med missbruksgruppen redan etablerad men personalen på institutionerna menar att kontakten med barn och familjegruppen sker för sent.

Det skulle vara en fördel om alla gravida kvinnor vårdades vid en institution, där de kunde ges möjlighet att träffa kvinnor i liknande situation. Det skulle också öka personalens kunskaper om gravida missbrukare och deras problematik. Idag är det vanligt att de gravida missbrukarna har kontakt med mödrahälsovården under perioden på institutionen, men att de etablerar kontakt med barnhälsovården i sina hemkommuner.

Personalgruppen uppfattar dessutom att LVM tillämpas olika beroende på att enskilda handläggares tolkning av lagen varierar

## Kommuners erfarenhet av LVM

Varje år tvångsomhändertas ca 20 gravida kvinnor och ca 200 kvinnor i fertil ålder enligt LVM i hela landet.<sup>48</sup> Vid intervjuer med företrädare för mindre kommuner framkommer att endast ett fåtal har erfarenhet av gravida missbrukande kvinnor. I de fall de har haft kontakt med en gravid kvinna har de lyckats motivera till frivilliga insatser. Kommunernas uppfattning är att socialtjänstens benägenhet att överväga LVM ökar om kvinnorna är gravida, men att det är frivilliga insatser som kommer i första hand. Eftersom kommunerna uppfattar att gravida kvinnor missbruk förekommer relativt sällan finns heller ingen särskild beredskap för dessa situationer. I små kommuner förekommer att socialtjänsten vid behov upphandlar adekvata insatser från andra kommuner med ett bredare utbud.

Det kan konstateras att det är relativt få anmälningar om LVM som leder till en faktisk ansökan om tvångsvård. Detta visar en kartläggning som länsstyrelsen i Stockholms län gjorde 2006.<sup>49</sup> Kartläggningen avser 904 LVM-anmälningar till socialtjänsten av vilka 25 procent av anmälningarna gällde kvinnor. Av dessa anmälningar resulterade 448 i en utredning om LVM vård och endast 119 utredningar ledde till en ansökan om tvångsvård hos Länsrätten. De kommuner som deltagit i kartläggningen anser att LVM-vården är dyr, att kvaliteten på det egna missbruksarbetet har förbättrats

---

<sup>48</sup> SiS statistik

<sup>49</sup> Anmälningar om tvångsvård av vuxna missbrukare 2005. Länsstyrelsen i Stockholms län. 2006

med hjälp av frivilliga insatser framför allt på hemmaplan samt att tvångsvård varken är kostnadseffektiv eller värdeeffektiv. Den tidigare regeringen har tagit initiativ till att förbättra förutsättningarna för tvångsvården. Statens institutionsstyrelse (SiS) fick 2004 medel för att driva ”Vårdkedjeprosjekt” i syfte att pröva en förstärkt vårdkedjemodell med tonvikt på eftervård samt att utveckla en fungerande modell för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. En ytterligare satsning är ”Ett kontrakt för livet” som ger de kommunerna som satsar på bra eftervård rabatt på vårdkostnaden. Dessa satsningar är emellertid ännu inte utvärderade.

### Tvångslagstiftningen i Norge (LOST)

Tvångslagsstiftningen i Norge har framhållits i olika sammanhang. Där finns sedan år 1996 möjlighet att:

*”utan den gravida kvinnans samtycke kvarhålla henne på en behandlingsinstitution under hela den återstående graviditeten i fall då missbruket är av sådan art att det är högst sannolikt att barnet kommer att födas med skador, och där frivilliga vårdinsatser enl. § 6-1 inte är tillräckligt”.*<sup>50</sup>

Den norska lagen ger således stöd för att kvarhålla den gravida kvinnan på institution men kvinnorna kan inte *tvångas* till att delta i någon behandling. Behovet av fortsatt kvarhållande av gravida kvinnor ska omprövas var 3:e månad. Lagens syfte är primärt att hindra skador på fostret som följd av moderns missbruk. Det innebär att kvinnans självbestämmande och frihet är av underordnad betydelse i detta sammanhang. Men lagen föreskriver att kvinnan ska motiveras till behandling för sina missbruks-/beroendeproblem under tvångsvården i syfte att kunna ta hand om sitt barn. Tvångslagstiftningen har i liten utsträckning utnyttjats för kvinnor med alkoholmissbruk under graviditeten.

Den norska lagstiftningen medger också, under vissa villkor, möjlighet till att hålla kvar en person som vårdas i frivillig institutionsvård genom en överenskommelse mellan den vårdade och institutionen<sup>51</sup>, s.k. ”frivilligt tvång”. Det är institutionen som kan ställa kravet och det kräver skriftligt samtycke. Personen, t ex en gravid kvinna med beroendeproblematik, kan hållas kvar i upp till tre veckor.

### Erfarenheter från Borgestadsklinikens i Norge

Borgestadskliniken är ett regionalt kompetenscentrum i Norge. Kliniken har ansvar för kunskapsutvecklingen när det gäller gravida kvinnor med missbruksproblematik. På kliniken behandlas kvinnor med såväl frivilliga insatser som tvångsvård. Borgestadskliniken svarar för ca 60 % av samtliga tvångsvårdsinläggningar. Verksamheten har publicerat en uppföljning av perioden 1996-2005.<sup>52</sup>

<sup>50</sup> § 6-2a Lov om sosiale tjenester (LOST)

<sup>51</sup> § 6-3 LOST

<sup>52</sup> Hansen, F A, Svenkerud, S. Gravide innlagt på Borgestadsklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 1996-2005. Rapport 2006

Antalet tvångsvårdsinläggningar av gravida kvinnor på Borgestadskliniken har ökat under de senaste åren. Från år 2000 har i genomsnitt 12–15 kvinnor per år omhändertagits. Sammanlagt har Borgestadskliniken vårdat 85 gravida kvinnor enligt LOST mellan 1996–2005. De flesta kvinnorna hade ett blandmissbruk men med övervikt på narkotikamissbruk<sup>53</sup>.

De flesta kvinnorna kommer till Borgestadskliniken sent i graviditeten, över 70 % av kvinnorna kommer till inläggning när över halva tiden av graviditeten har gått. Trenden är dock att kvinnorna kommer in för behandling något tidigare, från i genomsnitt i graviditetsvecka 25, åren 1996–1999 till i genomsnitt i graviditetsvecka 22 åren 2003–2005.

Det är den gravida kvinnan själv som i de flesta fall kontaktar någon vårdgivare enligt Borgestadsklinikens utvärdering. I övrigt är det framför allt beroendevården, olika kommunala omsorgsinstitutioner och socialtjänsten samt läkare som anmäler. Uppföljningen av Borgestadskliniken visade att det är få barnmorskor som anmäler till socialtjänsten, endast 2 procent. Det finns ännu ingen uppföljning i Norge som kan visa om kvinnor med missbruk/beroende är rädda att söka sig till MHV eller övrig vård p.g.a. tvångslagsstiftningen. I Sverige har denna osäkerhet varit ett av skälen till att LVM inte har förändrats.

Det är framför allt två inslag i Borgestadsklinikens arbete med gravida kvinnor som vårdas enligt tvångsparagrafen, som skiljer sig ifrån den svenska vården. För det första kan Borgestadskliniken erbjuda kvinnorna att även deras partner läggs in vid kliniken. Mannen vistas där med samma avskärningsregler som kvinna och erbjuds också hjälp för sina egna missbruksproblem i de fall han har sådant behov. För det andra kan Borgestadskliniken, trots att klinikens ansvar upphör vid barnets födelse, erbjuda en sex veckors ”BB-vistelse”. Erbjudandet ges både till dem som behåller barnet och till dem som förlorat barnet. Kliniska erfarenheter visar att kvinnor som förlorar omsorgen vid födseln, och som inte får bearbeta känslorna inför förlusten och sin nya situation, i oftare tenderar till att snabbt bli gravida igen.

Borgestadskliniken har inte uppgifter om huruvida det primära målet – skydd för fostrets hälsa – nås eller ej. De uppger emellertid att det finns en tendens till att ju längre gången i graviditeten kvinnan är vid tidpunkten för inläggning desto fler registrerade skador har barnen vid födseln. Den enda systematiska skillnad som kunde noteras vid uppföljningen var att de kvinnor som behåller omsorgen om barnet efter födsel i genomsnitt blev inlagda 5 veckor tidigare i graviditeten än de som miste omsorgen.

Utifrån uppföljningen anser Borgestadskliniken att förutsättningarna för att använda tvång behöver klargöras. När är vård i frivillig form ”inte tillräckligt”, måste frivillig vård vara prövad och misslyckad eller räcker det med en bedömning? För att kunna göra dessa svåra bedömningar behöver kompetensen inom socialtjänsten stärkas så att de förstår komplexiteten i beroendeproblematiken.

---

<sup>53</sup> Kommentar i utredningen: När vi vet antalet som använder narkotika jämfört med antalet som brukar alkohol (enbart eller tillsammans med andra droger) är det rimligt att anta att det är en klar underidentifiering och underhänvisning i hjälpapparaten av kvinnor som brukar ”enbart alkohol” och ”alkohol och läkemedel”.

Bland de forskningsområden som lyfts fram som angelägna nämns bland annat att utvärdera och samla erfarenheter inom socialtjänsten när tvång bedöms vara nödvändigt. Önskvärt är att hitta metoder för att nå kvinnorna tidigare än idag. Mer kunskap om vård i frivilliga former behövs. Det saknas också uppföljningsstudier av hur det går för barnen över tid. Kvinnornas egna erfarenheter och upplevelser av tvångsinläggning behöver systematiseras.

En etikfråga i Norge är om det finns kapacitet och kompetens inom specialisthälsovården och om de frivilliga insatserna är tillräckligt utbyggda för att erbjuda frivillig vård i första hand.

## Utvidgat tvång för gravida – uppsummering

De skäl som talar för och emot en förändring i LVM till skydd för det väntade barnet är efter Socialstyrelsens genomgång i stort desamma som tidigare utredningar lyft fram.

En problematik som har framförts i de olika utredningarna är avsaknaden av ett exakt tröskelvärde, där det med säkerhet kan sägas att fostret skadas. Då tröskelvärden saknas försvåras möjligheten att ange kriterier för ett tvångsingripande. Om man inte kan fastställa tydliga kriterier kan lagen medföra rättsosäkerhet, otrygghet och rädsla för oberättigade ingripanden. Under arbetet med de nationella riktlinjerna framkom ingen ny kunskap om tröskelvärden med avseende på konsumtionsnivåer. Det konstaterades att det inte finns någon helt ofarlig nivå och i riktlinjerna förespråkas därför nolltolerans av alkohol vid graviditet. Detsamma gäller narkotika.

Förarbetena till LVM kan ge uttryck för en viss ambivalens<sup>54</sup> om huruvida LVM skall kunna användas till skydd för kvinnan själv och/eller fostret.<sup>55</sup> Socialutskottet har, som tidigare nämnts, anfört att det bör vara möjligt att tillämpa LVM i de få fall där man inte genom frivilliga insatser kan hjälpa kvinnor som har missbruks- och beroendeproblematik och som är gravida.<sup>56</sup> Socialstyrelsens genomgång av LVM-domarna visar att utskottets uttalande anförts i två mål. För att ge stöd vid tillämpningen av LVM kommer Socialstyrelsen under hösten 2007 att påbörja en översyn av gällande allmänna råd om tillämpningen av LVM.<sup>57</sup> Som komplement till föreskrifterna och allmänna råden och som stöd för rättstillämpningen kommer också en handbok om utredningar och beslut om insatser för personer med missbruksproblem att utarbetas. Publikationerna kommer att vara klara under senare delen av 2009.

Mödrahälsovården (MHV) träffar nästan samtliga gravida kvinnor. I tidigare utredningar har påtalats att det kan finnas en risk att tvång skulle motverka att kvinnan tar kontakt med MHV av rädsla för att bli LVM-anmäld. I realiteten skulle detta innebära att lagen motverkade sitt syfte. Erfarenheterna från Norge pekar dock på att det är få kvinnor som blivit anmälda av

---

<sup>54</sup> Gustafsson, Ewa, Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten” (Red Lotta Vahlne Westerhäll)<sup>54</sup>,

”Fostret i fokus? om rättssäkerhet och tvångsvård av gravida missbrukare.”

<sup>55</sup> Gustafsson, Ewa, Missbrukare i rättsstaten. Nordstedts Juridisk AB

<sup>56</sup> SoU 1981/82:22 sid. 16f.

<sup>57</sup> SOSFS 1997:6

MHV trots att det finns en tvångslagstiftning till skydd för det väntade barnet. Orsaken till detta faktum är ej klarlagt, om det beror på att kvinnorna i mindre utsträckning söker sig till MHV eller att MHV inte anmäler kvinnorna som har behov av tvångsvård.

Det finns emellertid även företrädare i Sverige från MHV, BHV, frivilligorganisationer, myndigheter samt behandlingsinstitutioner som bedömer att ett utökat tvång till skydd för det väntade barnet skulle fungera som ett stöd i arbetet med gravida kvinnor. En sådan signal skulle kunna uppfattas som att det från samhällets sida finns en nolltolerans vad gäller alkoholkonsumtion och drogmissbruk.

Som tidigare påpekats är kvinnor i allmänhet mycket angelägna att skydda sina barn från skada och vill föda ett friskt barn. Under graviditeten är motivationen till förändring särskilt stark för en kvinna med missbruksproblem. Detta bekräftas också av personal på LVM-hemmen. Länsstyrelsens tillsyn visar dock att det fortfarande saknas frivilliga behandlingsalternativ som riktar sig specifikt till kvinnor och som ser till deras speciella situation. En förutsättning för att motivera en lagstiftning om ett utökat tvång måste vara att det frivilliga vårdutbudet är differentierat och kan erbjuda insatser till kvinnor med olika grader och typ av missbruk/beroende samt olika familjesituationer.

Socialstyrelsens genomgång av LVM-domarna visar att tvångsvård i Sverige används ungefär för motsvarande grupp kvinnor som vårdas vid Borgestadskliniken. Det är en liten grupp kvinnor med främst narkotika- eller blandmissbruk som inte är motiverade eller klarar frivillig vård, utan behöver tvångsvård. Tvångslagstiftningen har i liten utsträckning utnyttjats för kvinnor med alkoholmissbruk under graviditeten i Norge, liksom i Sverige. I Norge tvångsomhändertas dock fler kvinnor procentuellt i förhållande till folkmängd jämfört med i Sverige.

Det är angeläget att identifiera kvinnor med missbruk/beroende så tidigt som möjligt i graviditeten för att skydda det väntade barnet. Riskbruksprojektet har pågått i Sverige under ett par år och många inom MHV har fått utbildning i hur man upptäcker kvinnor med riskbruk/missbruk/beroende. Erfarenheterna från satsningen är att, kvinnor med alkoholmissbruk upptäcks tidigare och därmed också kan erbjudas adekvata frivilliga insatser.

I Sverige saknas uppgift om när i graviditeten kvinnor blir tvångsomhändertagna. Men erfarenheten från LVM-hemmen säger att det är lika sent i graviditeten som vid Borgestadskliniken i Norge. En positiv trend på Borgestadskliniken är att kvinnorna har kommit tidigare i graviditeten de senaste åren.

För att både den frivilliga vården och tvångsvården av den gravida kvinnan med missbruk/beroende skall bli framgångsrik krävs samverkan mellan aktörer runt kvinnan. LVM-hemmen och de behandlingsenheterna som Socialstyrelsen haft kontakt med menar att samverkan med socialtjänsten bör bli bättre. I enkätundersökningen svarade en tredjedel av behandlingsenheterna att de inte var nöjda med samverkan. För att förbättra förutsättningar för tvångsvården har staten bland annat initierat satsningarna "Ett kontrakt för livet" och "Vårdkedjesatsningen" vars målsättning är att utveckla en fungerande modell för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. Satsningarna är ännu inte utvärderade men de bör påverka samverkan i posi-

tiv riktning. I de nationella riktlinjerna poängteras samverkan mellan socialtjänst och andra aktörer som finns runt den blivande modern. Implementerings- och utbildningsstödet är ytterliggare ett bidrag som ger praktiskt stöd vid samverkan kring kvinnan<sup>58</sup> och bör på sikt ge förutsättningar för god samverkan.

---

<sup>58</sup> Implementerings- och utbildningsstöd, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen 2007



## Del 2

# – Hur ska barn som lever i missbruksmiljöer uppmärksammas?

---

### Inledning

I Socialstyrelsens regleringsbrev avseende år 2007 finns ett tilläggsuppdrag enligt vilket Socialstyrelsen skall föreslå hur socialtjänstens insatser bör utformas för att barn som lever i familjer med missbruksproblem skall uppmärksammas samt få det stöd som de behöver.

För att fullgöra detta uppdrag har Socialstyrelsen besökt eller samtalat med via telefon med ett antal företrädare för skolans elevhälsa, socialtjänst, barnavårds-/mödravårdscentral samt drogsamordnare i ett antal utvalda kommuner. Därutöver baseras följande utredning på relevant litteratur som behandlar barn i missbruksmiljöer.

Socialstyrelsens grundinställning är att det är de generella verksamheterna, det vill säga förskola och skola, som möter de allra flesta barn och därmed också har de största möjligheterna att uppmärksamma de barn som far illa. Det samma gäller barnhälsovården och skolbarnomsorgen. Dessa aktörer har också goda förutsättningar att kunna uppmärksamma barn som far illa i ett tidigt skede. Det är först när de generella basverksamheternas resurser bedömts som otillräckliga som barnen bör få ytterligare stöd och hjälp från såväl barn- och ungdomspsykiatrien som socialtjänsten.

Även andra aktörer som inte direkt har kontakt med barnen bör också kunna uppmärksamma barns behov av stöd och hjälp. Till exempel bör professionella som möter personer med missbrukproblem såväl inom primärvården, beroendevården som inom socialtjänstens ekonomiska bistånd regelmässigt bevaka barnens situation.

### Bakgrund

Barn som lever i familjer med missbruksproblem förekommer i alla samhällsklasser och miljöer. Föräldrarna kan ha allt ifrån ett känt etablerat missbruk till att leva i socialt väletablerade förhållanden med ett pågående okänt missbruk. Missbruk och beroende är inte sällan dolt. Därmed är det ofta svårt att upptäcka och identifiera vilka barn som lever i familjer med missbruksproblem. Eftersom bruket av alkohol är en socialt accepterad del av vår kultur och ca 90 procent av den vuxna befolkningen dricker alkohol medför detta extra svårigheter att se var gränsen går mellan bruk och missbruk. Beroendet av illegal narkotika däremot har vanligtvis ett snabbare förlopp jämfört med alkohol.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Om barnen i missbrukets skugga, Alkoholkommittén 2004

Det finns inga lätt identifierbara tecken som visar på att barn lever i familjer med missbruk.<sup>60</sup> Barn som växer upp med föräldrar som missbrukar visar upp skiftande slag av problem och tecken på missförhållande. Symptomen skiftar allt mellan depressivitet, ängslighet och uppförandestörningar. Ofta har dessa barn också en ansamling av problem. Omsorgssvikt och hög stressnivå liksom fosterskador i de fall modern missbrukat under graviditeten, kan ge upphov till olika slag av beteendestörningar. Men alla barn till föräldrar med missbruk får inte problem och många av de barn som växt upp i familjer med missbruk klarar sig också bra som vuxna. Här tycks en rad faktorer i omgivningen spela roll, såsom familjedynamiken, tillgång till stödinsatser och barnets egna egenskaper.<sup>61</sup>

Det saknas uppgifter i Sverige om hur många barn som lever i familjer med missbruk. En vanlig siffra som nämns är att 200 000 barn lever i familjer med alkoholmissbruk, ofta med referens till Socialstyrelsen. Denna uppgift härstammar troligtvis från beräkningar i USA som anger att andelen missbrukare är cirka 10 procent av befolkningen.<sup>62</sup> Huruvida dessa prevalenstal kan överföras till svenska förhållanden är mycket osäkert.

I en analys från 1985 framkom att 12 000 barn i åldern 0–15 år (0,8 procent av barnen i åldersgruppen) hade minst en förälder som vårdats på sjukhus för alkoholdiagnos.<sup>63</sup>

Inom ramen för detta uppdrag har nya data tagits fram. Undersökningsåret var 2000 och uppföljningen avser åren 2002–2005. Resultatet visar att 20 300 barn hade minst en vårdnadshavare med antingen alkohol- eller narkotikadiagnos eller en kombination av dessa, vilket motsvarar 1,2 procent av barnen 0–15 år i landet.

Ytterligare en modifierad variant av ovanstående analys har genomförts för att få in data på alla barn 0–17 år. Analysen omfattar personer som vårdats för såväl alkoholdiagnoser som narkotikadiagnoser eller en kombination av de olika diagnoserna. Undersökningsåret var år 2000 och uppföljningen avser åren 2000–2004. Resultatet från analysen visar att av alla barn i åldrarna 0–17 år hade 22 600 barn en vårdnadshavare med antingen alkohol- eller narkotikadiagnos eller båda diagnoserna. Detta betyder att 1,2 procent av barnen i åldrarna 0–17 år hade åtminstone en vårdnadshavare med missbruksdiagnos för vilken denne vårdats i slutenvård mellan 2000–2004.

Resultatet tyder på en marginell ökning men det kan vara svårt att jämföra diagnosuppgifter mellan olika tidsperioder då synen på sjukdomar är i ständig förändring. Dessutom har två byten av sjukdomsklassifikationer (från ICD-8 till ICD-10) skett mellan 1985 och 2000 vilket också kan påverka resultatet. Andelsmässigt var skillnaderna mycket försumbara mellan 1985 och 2000, men då antalet barn ökat under perioden innebär det att fler barn exponerats. Analyserna tillåter inga generaliseringar av hur många barn som lever i missbruksmiljöer eftersom det endast är personer med mycket svåra

---

<sup>60</sup> Risk och prognos i socialt arbete med barn, Centrum för utvärdering av socialt arbete, Socialstyrelsen 2005

<sup>61</sup> Risk och prognos i socialt arbete med barn, Centrum för utvärdering av socialt arbete, Socialstyrelsen 2005

<sup>62</sup> A.a 2005

<sup>63</sup> Folkhälsorapport 2001, Socialstyrelsen.

beroendeproblem som vårdas i slutenvård. Långtifrån alla med hög konsumtion eller missbruk av alkohol eller konsumtion av narkotika drabbas av sådana hälsokonsekvenser av detta att de registreras i patientregistret. Emellertid ingår i analysen både så kallade huvud- och bidiagnoser. Det innebär att – om huvuddiagnosen inte var alkohol eller narkotikarelaterad – att patienten primärt vårdats för något annat tillstånd men där droganvändningen funnits med i bilden så omfattas även de av studien.

Men den allra största delen av vård av alkoholmissbruk sker i öppenvård vilket innebär att betydligt fler barn än ovan nämnda lever i familjer med någon grad av missbruksproblem.

Specificeringen av en nivå som t.ex. 200 000 (eller två barn i varje klass), utan att det problematiseras närmare, t.ex. igenom att missbruket tydligt definieras, ger lätt en illusion av att dessa barn lever under likartade omständigheter. Det förefaller mer rimligt att anta att det handlar om ett kontinuum eller en skala, där de cirka 23 000 barn som nämndes tidigare kan utgöra en utgångspunkt.

Det finns metoder att skatta mörkertal baserat på frekvensfördelningen av dem som vårdats i slutenvård men någon sådan skattning har inte gjorts inom ramen för detta uppdrag. Den totala omfattningen av barn som lever med missbrukande föräldrar kan vi därför inte belysa..

## Generella verksamheter

### Förskola – skola

En stor andel av alla barn i förskoleålder deltar i någon form av verksamhet från drygt ett års ålder. Från sex års ålder är det skolan som möter barnen varje dag och efter grundskolan går en majoritet av ungdomarna i gymnasieskolan.<sup>64</sup> För yngre skolbarn finns det skolbarnomsorg efter skoltid och de lite äldre barnen vistas ofta på fritidsgårdar eller i olika föreningar. Det är personalen i dessa verksamheter, dvs. den personal som dagligen möter barnen, som har den största möjligheten att uppmärksamma barn som lever i familjer med missbruksproblem. Även om barnen inte uppvisar några entydiga tecken har personalen stora möjligheter genom den dagliga kontakten att få en samlad bild av barnens situation.

I den dagliga kontakten som personalen har i förskola och skola, med föräldrar samt vid utvecklingssamtal finns möjlighet att skapa en dialog om barnet och dess behov. I de fall barn visar tecken på att må dåligt, missköta skolan eller i de fall föräldrarna uteblir från planerade samtal kan det finnas anledning för personalen att ta upp frågor som berör alkohol och narkotika. För sådana samtal krävs att förskola och skola har personal med baskunskaper i livsstilsfrågor med tonvikt på alkohol och droger samt att det finns en struktur i verksamheten med väl utarbetade metoder och rutiner.

I utredningen Barn, föräldrar och alkohol<sup>65</sup> lyfts ett antal faktorer fram som brister när det gäller förskolepersonalens möjlighet att uppmärksamma barn till föräldrar som missbrukar. Det finns brister avseende kunskap om bland annat alkohol, alkoholens konsekvenser, barns reaktioner, sekretess,

---

<sup>64</sup> A.a

<sup>65</sup> SOU 1994:29 Barn, föräldrar och alkohol

anmälningsskyldighet, metoder för föräldrasamtal, stöd- och hjälpinsatser. Dessa brister är ett hinder för ett aktivt och stödande handlande. Enligt utredningen anmäler förskolan endast få barn som riskerar att fara illa till socialtjänsten. Denna obenägenhet tycks även gälla skolans personal. En förklaring till obenägenheten kan vara att skolans personal själva i hög utsträckning försöker åtgärda problemen och först när deras resurser är uttömda kontaktas socialtjänsten. Obenägenheten tycks också böttna i att skolans personal har en rädsla för att relationen med eleven och föräldrarna kan försämrats i det fall en anmälan lämnas in.<sup>66</sup>

I vissa kommuner finns en medvetenhet om dessa problem. I t.ex. Helsingborg har det genomförts en satsning i syfte att öka kunskapen bland elever och lärare om missbrukets konsekvenser. Drogförebyggaren<sup>67</sup> i Helsingborg framhåller att de under ett antal studiedagar genomfört en rad olika insatser i syfte att stärka lärarnas kunskaper om frågorna. En rad olika metoder har använts, bland annat har både lärare och elever fått ta del av en teaterföreställning om en flicka vars mamma missbrukar. Som metodstöd har manualer för hur lärarna kan prata med eleverna efter pjäsen har tagits fram. Manualen har också innehållit information om anmälningsplikt och litteraturtips. Elever från mediaprogrammet har sammanställt en tidning med fakta till eleverna. Drogsamordnaren i kommunen bedömer att satsningen är lyckad och resulterat i att personalen på skolan visat intresse av att öka sina kunskaper om alkohol och missbruk samt uttryckt en önskan om att vilja bli bättre på att tala om missbruk med barnen och deras familjer. Satsningen gav också den effekten att barn sökt upp läraren och berättat om sin hemsituation samt att gruppverksamheterna för barn vars föräldrar missbrukar har fått fler deltagare.

### Förskolans resursteam och skolans elevhälsa

Som nämnts ovan är det personalen i förskolan eller lärarna i skolan som har störst förutsättningar att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa. Men för att personalen ska kunna uppmärksamma och stödja barnen behöver förskolan/skolan ha en organisering som möjliggör detta. Lärarna behöver en stödjande organisation för att kunna stötta eleven och vid behov hjälpa eleven vidare.<sup>68</sup> Redan i den statliga utredningen "Barn föräldrar alkohol" poängterades att det inte är möjligt för skolhälsovård bestående av läkare och sjuksköterska att ha ansvaret för att uppmärksamma barn som lever i familjer med beroende eller missbruk.<sup>69</sup> Det är således inte endast skolhälsovårdens uppgift att arbeta med frågor runt missbruk utan en fråga som måste beröra samtliga anställda inom skolan. Detta framkommer också som ett tydligt behov i samtal med företrädare för kuratorer, psykologer och läkare i skolan.<sup>70</sup> Vidare menar de att en elevhälsa med flera professioner ökar möjligheten att fånga upp barnen så att de kan få det stöd de behöver.

<sup>66</sup> Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten. Red. Lotta Vahlne Westerhäll. 2002

<sup>67</sup> Telefonsamtal med Gunilla Olsson, drogförebyggare Helsingborg

<sup>68</sup> Strategi för samverkan, Fördjupning och diskussion. Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen. 2007

<sup>69</sup> SOU 1994:29 Barn föräldrar alkohol

<sup>70</sup> Seminarium med representanter från elevvården och skolhälsovårdens nätverk.

Ett elevhälsoteam kan arbeta både konsultativt mot personalen, ge egna stödinsatser eller vara länken mellan förskola/skola och socialtjänsten. I de fall som skolan måste anmäla till socialtjänsten menar företrädarna att kuratorn ofta är en viktig länk. Elevhälsan kan upparbeta rutiner för hur kontakten med socialtjänsten ska se ut, få konsultation i ärenden och en rutin för anmälningsförfarandet. Elevhälsan har också ett större ansvar för att uppmärksamma barn på högstadiet och gymnasiet som söker stöd, då dessa elever inte i samma utsträckning har nära kontakt med en eller ett par lärare.

Det framgår av Socialstyrelsens allmänna råd<sup>71</sup> att arbetsledningen bör upparbeta rutiner för det stöd den som är anmälningskyldig kan behöva i samband med att en anmälan övervägs eller görs. Det är arbetsgivarens ansvar att rutinerna är väl kända av personalen.

Det är inte lagstadgat att förskolan ska ha resursteam eller hälsoteam. Det är upp till varje huvudman att själva besluta om. I samtal med Myndigheten för skolutveckling framkommer att det är vanligt att kommunala förskolor har tillgång till sådana team men det är oklart hur det ser ut för privata och kooperativa förskolor.

## Primärvården

Primärvården möter vuxna och barn i olika situationer och sammanhang. Vårdsökande till såväl vårdcentraler, ungdomsmottagningar och barnhälsovård bör vara uppmärksamma på missbruk som bakomliggande orsak till ohälsa. Riskbruksprojektet har sedan 2004 haft regeringens uppdrag att genomföra utbildningar och andra aktiviteter för att primärvårdens och företagshälsovårdens läkare och sjuksköterskor ska öka sin uppmärksamhet kring att en förhöjd alkoholkonsumtion kan vara en bakomliggande orsak till de hälsoproblem som patienterna söker för.<sup>72</sup>

Ett delprojekt inom Riskbruksprojektet vänder sig till sjuksköterskor inom Barnhälsovården (BHV). BHV-projektet är i startfasen och planerar flera insatser med Riskbruksprojektets arbete inom mödrahälsovården som förebild. Bland annat ska sjuksköterskor utbildas för att i sin tur kunna utbildas kollegor i regionerna, ta fram material att ha i enskilda samtal samt i föräldragrupperna. I samtal med projektledaren för riskbruksprojektets BHV-projekt framkommer att det finns en stor efterfrågan efter metoder för att arbeta med frågor som rör alkohol och föräldraskap. Riskbruksprojektet syftar bland annat till att stötta BHV att upprätta lokala handlingsplaner eller policy när det gäller hur de ska jobba med frågan och hur de ska hänvisa föräldrar vidare. För att kunna ta fram dessa krävs det samverkan med andra aktörer.

I riskbruksprojektet har screeninginstrumentet AUDIT<sup>73</sup> kommit att introducerats i syfte att använda tillsammans med föräldrarna för att följa upp misstänkt missbruks/beroendeproblematik. Projektledaren för Riskbruksprojektet inom BHV pekar på problemet att många BHV upplever att det inte finns verksamheter att hänvisa föräldrar vidare i syfte att arbeta med sin missbruksproblematik. Ett annat problem som projektledaren vill lyfta upp

<sup>71</sup> Anmälningskyldighet om missförhållanden som rör barn. Socialstyrelsen 2004

<sup>72</sup> För mer info om riskbruksprojektet se sid 16

<sup>73</sup> Alcohol Use Disorders Identification Test

är att föräldrar som av BHV identifierats ligga på gränsen för ett riskfyllt alkoholbruk för småbarnsföräldrar inte alltid tas emot av socialtjänsten då de gör en annan bedömning. Socialtjänsten arbetar ofta med människor med omfattande missbruksproblem där missbruket har fått uppenbara konsekvenser för personens liv och hälsa. Socialtjänsten förhåller sig då inte sällan avvaktande till att ta sig an de som identifierats av BHV vilket resulterar i att föräldrar med inte så omfattande och synligt missbruk prioriteras lågt. Socialstyrelsens nationella riktlinjer<sup>74</sup> rekommenderar dock gränsvärden för AUDIT vilket bör resultera i att socialtjänstens och BHV's bedömningar blir mer likvärdiga. Troligen kan framtagandet av policy eller handlingsplaner också medföra att BHV upparbetar samverkan med andra vårdgivare för stöd och hjälp till föräldrar exempelvis beroendemottagningar eller öppna rådgivningsverksamheter.

## Riktade verksamheter

### Psykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialistresurs inom hälso- och sjukvården som arbetar med barn och ungdomar som visar symtom på, eller löper risk att få, psykisk ohälsa. BUP, liksom andra verksamheter, som möter barn med symtom på någon form av ohälsa bör ha kunskap om missbrukets påverkan på föräldraskapet och missbrukets konsekvenser på barnen.

Vuxenpsykiatri möter vuxna i olika situationer och sammanhang och bör också ha en medveten hållning vad gäller att missbruk kan vara en bakomliggande orsak till den vuxnes ohälsa eller en del av problematiken<sup>75</sup> och att regelmässigt uppmärksamma om huruvida det finns barn i familjen eller inte. Om så är fallet bör det även inom vuxenpsykiatri finnas rutiner som kan säkerställa att barnet får hjälp och stöd.

### Socialtjänstens möjligheter att uppmärksamma barns behov

Socialtjänstens insatser ges till barn med behov av stöd eller skydd samt deras föräldrar. Socialtjänstens arbete ska präglas av helhetssyn där hela barnets sammanhang uppmärksammas för att insatserna som ges ska ha möjlighet att förändra barnets förhållanden. Socialtjänsten ska vara utåtriktad mot och tillgänglig för de verksamheter där barn vistas. Genom att etablera samverkan med exempelvis skolans elevvård kan socialtjänsten verka för att samarbete mellan olika verksamheter underlättas vilket kan bidra till att socialtjänsten kan bli kontaktad i ett tidigt skede när oro för ett barn föreligger.

I likhet med andra verksamheter bör socialtjänsten också uppmärksamma barn som lever i familjer med missbruk. Emellertid är ofta socialtjänstens stödinsatser uppdelade på skilda enheter vilket kan försvåra helhetssynen på familjens situation. Idag saknas skrivningar i kap. 5 § 9 SoL om socialnämndens skyldighet att uppmärksamma barn när föräldrar har en beroendeproblematik. Socialstyrelsen anser att ett tillägg som förtydligar näm-

---

<sup>74</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2007

<sup>75</sup> A.a

dens ansvar att också beakta att barn som lever i familjer med missbruk kan vara i behov av stöd tydliggör helhetssynen på socialtjänstens arbete med familjer och barn.

För att barn som lever i familjer som missbrukar ska uppmärksammas måste samtliga handläggare ha kunskap om missbruk och dess konsekvenser för barn. När missbruk i en barnfamilj uppmärksammas krävs det ofta samverkan mellan olika enheter och handläggare inom socialtjänsten.

I Socialstyrelsens kartläggning av kvalitetsaspekter i missbruks- och beroendevården i kommuner och landsting<sup>76</sup> ställdes ett antal frågor kring checklistor, olika instrument för upptäckt och bedömning samt klient-/patientbedömningsinstrument. Resultatet från kartläggningen visade att 63 procent av kommunerna eller stadsdelarna och 55 procent av landstingen uppgav att de använder checklistor i samband med en förhandsbedömning av en klient eller patient.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård<sup>77</sup> är breda klient- och patientbedömningsinstrument<sup>78</sup> för val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av klientens och patientens situation och behov av stort värde. I kartläggningen var det cirka 75 procent av kommunerna, stadsdelarna och landstingen som använde sig av något av dessa. ASI<sup>79</sup> var mest förekommande (ca 50 procent). Genom att använda bedömningsinstrument som innehåller frågor om barn ökar möjligheten att uppmärksamma dem och deras behov.

Drogförebyggande samordnaren i Helsingborg berättar att ett sätt att lyfta barnperspektivet i socialtjänstens missbruksgrupper är att dessa handläggare går utbildning för att kunna leda gruppverksamhet för barn vars föräldrar missbrukar.

## Socialtjänstens insatser till barn som lever i familjer med missbruk

Det breda sociala arbetet med barn och familjer som socialtjänsten bedriver är anpassat till lokala förhållanden och individernas behov. De sociokulturella och ekonomiska skillnaderna i bostadsområdena skiljer sig åt vilket har betydelse för omfattningen och karaktären på vilka sociala problem som socialtjänsten har att bemöta.

De allra flesta insatser inom socialtjänsten sker i frivilliga former enligt SoL<sup>80</sup> i samarbete med föräldrar och barn. Det är allt ifrån en kortare samtalskontakt till placeringar av barn eller hela familjen. Av samtliga cirka 2 miljoner barn under 18 år i Sverige hade cirka 44 000 barn någon form av öppenvårdsinsats 2006. Det betyder att ca 2 % av alla barn får någon form av frivillig öppenvårdsinsats under året. Skälet till insatsen vet vi inte och inte heller hur många av barnen vars föräldrar har missbruksproblem. Förut-

---

<sup>76</sup> Socialstyrelsens kartläggning av kvalitetsaspekter i missbruks- och beroendevården i kommuner

och landsting, pågående arbete, opublicerat

<sup>77</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2007

<sup>78</sup> Exempel på bedömningsinstrument är ASI; DOK; ADAD och MAPS.

<sup>79</sup> Addiction Severity Index

<sup>80</sup> Socialtjänstlagen 2001:453

om frivilliga öppenvårdsinsatser var ca 15 400 barn placerade någon gång under året med samtycke av föräldrar och ungdomen.<sup>81</sup> Med stöd av LVU<sup>82</sup>, som tillämpas när ett samtycke inte finns från vårdnadshavarna eller den unge, var 5800 barn placerade någon gång under året. När LVU tillämpas med rekvisitet brister i hemmiljön visar studier att missbruk hos föräldrarna är det vanligaste skälet till insatsen.<sup>83</sup>

Barn vars föräldrar missbrukar är inte en homogen grupp med likvärdiga behov eller förutsättningar. Det krävs individanpassade insatser för att tillgodose behoven. Ofta kan missbruket vara en faktor av många att ta hänsyn till.

Resultat från ett flertal av Socialstyrelsens undersökningar pekar också mot att kommunerna satsar på verksamheter för barn som behöver stöd. T.ex. tyder resultaten från en rikstäckande kartläggningar att 80 procent av kommunerna har tidiga insatser att erbjuda barn i missbruksmiljöer.<sup>84</sup> Emellertid framgår inte vad kommunerna definierar som tidiga insatser.

Vidare framkommer i en annan undersökning att kommunerna har olika insatser att tillgodose behoven med. Den vanligaste insatsformen är ”enskilt samtalsstöd” till familjer/föräldrar eller till barn/ungdomar själva som så gott som samtliga kommuner förfogade över. Näst vanligast var familje- pedagogiska insatser i hemmet och kvalificerade kontaktpersoner. Dessa tre insatsformer omfattar sannolikt också barn till missbrukare. Andra insatser som förekommer är riktade dagverksamheter av olika slag, socialpedagogiska insatser, programverksamhet där ett vanligt program var gruppverksamhet för barn till missbrukare, samt kvalificerat nätverksarbete. I medeltal har kommunerna åtta olika insatsformer inom öppenvården att tillgå för barn och ungdomar som behöver stöd och hjälp.<sup>85</sup>

Enligt en undersökning som genomfört av IOGT-NTO’s ungdomsförbund, Junis,<sup>86</sup> framkommer att drygt hälften av kommunerna har olika former för stöd till barn till föräldrar med missbruksproblem. Även framkommer att insatsernas karaktär varierar, t.ex. kan insatserna bestå av individuellt stöd från socialtjänsten eller kuratorn, kontaktpersoner, ferieläger eller insatser för hela familjen.

När det gäller gruppverksamhet för barn vars föräldrar missbrukar kan denna utformas på skilda sätt och dessutom vara initierad av olika huvudmän. Gemensamt är dock att barngruppsverksamhet vänder sig barn som är identifierade att ha föräldrar som missbrukar och där åtminstone en av föräldrarna har sådan insikt i missbrukets påverkan på barnet att barnets deltagande sanktioneras. Gruppverksamhet är också ofta en vanlig insats för barn som blivit placerade på grund av föräldrarnas missbruk. Gruppverksamhet har funnits länge i Sverige och dessa insatser har blivit allt vanligare under

---

<sup>81</sup> Sveriges officiella statistik, Socialstyrelsen

<sup>82</sup> Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

<sup>83</sup> Risk och prognos i socialt arbete med barn, Centrum för utvärdering av socialt arbete, Socialstyrelsen 2005

<sup>84</sup> Socialstyrelsens kartläggning av kvalitetsaspekter i missbruks- och beroendevården i kommuner

och landsting, pågående arbete, opublicerat

<sup>85</sup> Öppenvårdens former, Socialstyrelsen 2006

<sup>86</sup> Vad gör kommunerna? IOGT-NTO.s ungdomsförbund JUNIS 2006



de senaste tio åren. I en kartläggning av antal barngruppsverksamheter som Socialstyrelsen genomförde 1993<sup>87</sup> framkommer att det vid den tidpunkten fanns tio stycken och att verksamheten omfattade cirka 140 barn. Vid en kartläggning tretton år senare framkommer att det skett en markant ökning av denna typ av insats. År 2006 har 57 procent av kommunerna tillgång till någon form av gruppverksamhet för barn och unga i programform.<sup>88</sup> IOGT-NTO's ungdomsförbund, Junis, har i sin kartläggning kommit fram till liknande siffror och uppskattar att cirka 2000 barn deltog i grupp 2006. I de fall kommunerna inte själva hade egen verksamhet uppgav ett flertal att de trots detta hade tillgång till sådan verksamhet genom att de hade möjlighet att köpa platser från angränsande kommuner.<sup>89</sup>

Många aktörer är positiva till gruppverksamheten som ger barn och unga en möjlighet till en frizon att bearbeta händelser och känslor i. Det passar dock inte alla barn utan ska ses som en insats av flera. Det är viktigt att föräldrarna parallellt får beroendevård så att inte barnet efter avslutad gruppverksamhet går hem till samma situation som tidigare. En del barn klarar heller inte av en grupsituation av olika anledningar.

## Samverkan

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med stöd av § 6 förvaltningslagen. (se också sid 9) De betyder också att de är skyldiga att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Detta regleras i lagstiftningen för såväl polis, förskola, skola, socialtjänst som för hälso- och sjukvård. Socialtjänsten har ansvar för att samverkan initieras på en övergripande nivå. På lokal nivå krävs däremot att de verksamheter som har behov av samverkan aktivt arbetar för att ett samarbete ska komma till stånd. Kommun och landsting har emellertid ett gemensamt ansvar för att barn uppmärksammas och får det stöd dessa behöver.

Arbetet med samverkan bör ske utifrån olika aspekter. Samverkan bör dels omfatta mer övergripande frågeställningar och arbetsformer dels arbete för att stimulera och verka för ett gemensamt synsätt när det gäller barn med sammansatta problem där behovet av insatser är stort. Samverkan syftar till att minimera risken för att barn faller mellan stolarna.<sup>90</sup>

Även verksamheter på regionalnivå bör samverka i frågor som gäller barn och unga som är i behov av stöd. De regionala aktörerna kan kommunicera med centrala myndigheter och underlätta implementeringen av ny kunskap och nya metoder. En fråga för den regionala samverkan kan vara att klargöra rutiner för konsultation och vägledning av en myndighet med specialistkompetens gentemot andra myndigheter. För att samverkan ska bli stabil behöver den formaliseras i någon form av avtal, policy eller handlingsplan.

---

<sup>87</sup> Barn till alkoholmissbrukare, Socialstyrelsen 1994.

<sup>88</sup> Öppenvårdens former, Socialstyrelsen 1996

<sup>89</sup> Vad gör kommunerna? IOGT-NTO.s ungdomsförbund JUNIS 2006

<sup>90</sup> Strategi för samverkan, barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen,

Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen, 2007

Ett exempel på samverkan är Hallands övergripande policy och riktlinjer för barn och unga i behov av särskilt stöd<sup>91</sup>. Landstingsfullmäktige och samliga fullmäktige i kommunerna har antagit en handlingsplan som omfattar barnomsorg, kultur och fritid, socialtjänst, primärvård, barn- och ungdomsmedicin, barnhabilitering, BUP och vuxenpsykiatri. I policyn ställs krav på förändrade arbetsformer, samverkan och kompetens och har sammanställts i en lättillgänglig broschyr.

När en övergripande samverkan är formaliserad är nästa steg att inleda samverkan kring enskilda frågor ex för kommunen och landstingets arbete för att förebygga alkohol och droger.

I de verksamheter som möter barn krävs det också en struktur som möjliggör för personalen att uppmärksamma barn som riskerar att fara illa. Genom att internt upprätta exempelvis en handlingsplan på skolan kan det tydliggöras för läraren vad hon eller han ska göra när oro finns för ett barn. Ska det vara skriftliga underlag, när föräldrarna ska informeras etc är exempel på frågor som bör vara genomarbetade. Handlingsplaner bör vara skriftliga och revideras vid behov.

## Strategi för samverkan

Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen fick år 2004 regeringens uppdrag att ta fram en nationell strategi för samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa. Som ett resultat av det fortsatta samverkansarbetet på nationell nivå publicerades i september 2007 en ”Strategi för samverkan”, som en gemensam plattform.<sup>92</sup> Ur strategiarbetet framgår att samverkan kräver styrning, med andra ord ett aktivt ställningstagande för samverkan på ledningsnivåerna. Samverkan kräver också tydlighet och struktur. Det kan uppnås med verktyg som avtal, handlingsplaner, samordnarfunktioner m.m. Dessutom krävs samsyn när det gäller målgruppens behov, vad som är verksamt m.m. vilket kan uppnås genom gemensam fortbildning och metodutveckling.

Strategin är tänkt att vara ett stöd i arbetet för en långsiktig och stabil samverkan på lokal och regional nivå. I publikationen finns också ett fördjupningsavsnitt som redovisar den forskning och erfarenhetsbaserad kunskap som strategin bygger på. Dessutom finns också i rapporten ett underlag som ska stimulera till diskussion avseende frågor som rör samverkan. Materialet kan användas vid framtagande av lokala strategier för samverkan, vid gemensam kompetensutveckling och vid uppföljning av samverkan.

## Familjecentraler

En allt vanligare organisationsform för samverkan kring främst små barn är familjecentraler. Familjecentralen är en verksamhet som arbetar förebyg-

---

<sup>91</sup> Hallands policy och riktlinjer för barn och ungdomar i behov av särskilt stöd, 2002 och 2003

<sup>92</sup> Strategi för samverkan, barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen,

Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen, 2007

gande och stödjande till föräldrar och barn och som ofta kan erbjuda såväl generella som selektiva insatser. Kännetecknande för flertalet familjecentraler är att huvudmännen, vanligen kommun och landsting, samordnar och samlokaliserar sina resurser för att möjliggöra en tvärprofessionell samverkan mellan mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Det finns också exempel på familjecentraler som breddat målgruppen att gälla även skolbarn. På familjecentralen arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring familjen. Förutom barnmorskor, förskollärare och socialsekreterare med eller utan myndighetsutövning kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, skolsköterskor, psykologer, läkare etc. Det finns olika synpunkter på om socialtjänstens personal endast ska arbeta med förebyggande insatser eller också ha myndighetsutövande uppgifter.

Enbart samlokalisering är inte tillräckligt utan det krävs tid och kraft för att hitta samverkansmodeller och gränsöverskridande arbetsformer. Utformningen av en familjecentral och var den behövs bör styras av de lokala behoven.

Det saknas heltäckande kunskap om det totala antalet familjecentraler i Sverige och deras olika utformning. Socialstyrelsen fick i juni 2007 ett uppdrag av regeringen att kartlägga familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter samt sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter om dessa verksamheter. Uppdraget ska redovisas april 2008.

## Några statliga satsningar

### Medel till samverkansprojekt inom grund- och gymnasieskolan

Myndigheten för skolutveckling (MSU) har regeringens uppdrag att fördela medel till pilotprojekt avseende samverkan samt stödja lokalt utvecklingsarbete inom grund- och gymnasieskolan för att få till stånd en utökad samverkan mellan skola, polis, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri. Bakgrunden till regeringens satsning är att fler skolbarn och ungdomar har psykiska och psykosomatiska symptom och att allt fler söker barn- och ungdomspsykiatri. MSU ska fördela sammanlagt 100 miljoner i statsbidrag under två år. Ansökningarna är för närvarande under behandling. En stor del av de ansökningar som inkommit vänder sig indirekt till barn som lever i missbruksfamiljer då det är barn med olika typer av symptom som omfattas, ex skolfrånvaro och psykiska problem.

### Statliga utvecklingsmedel

Under 2006 fördelade länsstyrelserna ut statliga medel till kommunerna för alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, ungdomsvård och missbrukarvård samt den s.k. vårdöverenskommelsen, dvs. utveckling av vården för personer med tungt missbruk. Med hjälp av dessa pengar har många kommuner ett pågående utvecklingsarbete. En stor del av de projekt som beviljades medel avser kommuners utvecklingsarbete med tidiga insatser för barn i familjer med missbruk, psykiskt ohälsa samt där våld eller övergrepp mellan vuxna förekommer. Totalt kom ca 35 miljoner att fördelas till verksamheter med någon av dessa inriktningar. Två tredjedelar (66 stycken) av verksamheterna som fått stöd riktade sig till barn till missbrukare. Verksamhe-

ternas inriktning har främst varit metodutveckling. Den vanligaste samverkans- samarbetspartnern i arbetet med tidiga insatser för barn är skola, förskola och fritidsverksamhet samt hälso- och sjukvården.<sup>93</sup>

Många kommuner har anställt drogsamordnare i syfte att ta förbättra och samordna alkohol- och drog frågorna i kommunen.

## Nationellt centrum

Socialstyrelsen har av Regeringen beviljats medel för inrättande av ett nationellt centrum för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa. Utvecklingscentrumets uppgift är att föra ut kunskap och vetenskap då det gäller att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa.

## Slutsatser – Del 2

- Samverkan på alla nivåer och mellan samtliga aktörer som möter barn är en förutsättning för att barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa uppmärksammas och får det stöd de behöver.
- Det är de generella verksamheterna, det vill säga förskola och skola, som möter de allra flesta barn och därmed också har de största möjligheterna att uppmärksamma de barn som far illa. Det samma gäller barnhälsovården och skolbarnomsorgen. Personalen behöver ha grundläggande kunskaper i alkohol och narkotikas konsekvenser på föräldraskap, barns reaktioner, metoder för föräldrassamtal etc. Men för att barn ska uppmärksammas och få stöd krävs också upparbetade rutiner och samarbete med förskolans/skolans ledning och elevhälsan eller motsvarande.
- Förskolans resursteam och skolans elevhälsa bör vara lättillgängliga och ha tillgång till personal med psykosocial kompetens. En fungerande elevhälsa är också grunden för en god samverkan med socialtjänsten och andra aktörer.
- Det är angeläget att barnhälsovårdens (BHV) resurser används till att öka föräldrars medvetenhet om alkohol och drogers inverkan på föräldraskapet då BHV når i princip alla föräldrar med små barn i Sverige. Riskbruksprojektets kompetenshöjande arbete med BHV i frågor som rör alkohol ökar förutsättningarna för att BHV också ska uppmärksamma barn som lever i familjer med missbruk och kunna lotsa dem till stöd och hjälp.

---

<sup>93</sup> Fördelning av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, ungdomsvård och missbrukarvård samt vårdöverenskommelsen för utveckling av vården för personer med tungt missbruk år 2006. Socialstyrelsens 2007

- Checklistor där frågor om barn ingår är ett användbart verktyg för vårdpersonal/handläggare att identifiera om det finns barn i familjen som också kan behöva stöd och insatser. Vårdpersonal/handläggare som arbetar med vuxnas beroendeproblematik bör använda beprövade klient- och patientbedömningsinstrument som även innehåller frågor om barn.
- Socialtjänstens verksamheter ska genomsyras av en helhetssyn på individen och familjen. Handläggare med olika kompetenser ska vid behov konsultera varandra och samverka för att hela familjen skall kunna erbjudas stöd och behandling.
- Det bör finnas gruppverksamhet för barn till föräldrar med missbruk tillgänglig för de barn som har behov av det. För att också mindre kommunerna ska kunna tillgodose detta kan samverkan mellan kommuner vara en framkomlig väg. Gruppverksamheten bör ingå i ett planerat sammanhang där insatsen vid behov är en bland flera vilka ytterst syftar att förbättra barnets och familjens hela situation.

## Förbättringsförslag – Del 2

- Socialstyrelsens, Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsens har fortsatt samverkan på nationell nivå för att sprida det gemensamma strategidokumentet ”Strategi för samverkan”. Dokumentet bör ligga till grund när berörda verksamheter ska samverka kring barn som lever i missbruksfamiljer och andra barn som får illa eller riskerar att fara illa.
- Myndigheten för skolutveckling bör ta fram stöddokument för förskolans och skolans personal om vilka signaler barn som får illa kan uppvisa, vad man som personal ska göra om man känner oro för ett barn, anmälnings-skyldighet etc. Det är viktigt att stöddokumentet omfattar alla huvudmän såväl kommunala, privata och kooperativa.
- För att stärka barnperspektivet i socialtjänstens arbete med vuxna som har beroendeproblematik bör regeringen överväga att förtydliga skrivningen i kap. 5 § 9 SoL med att barn som lever i dessa familjer kan behöva egna stödinsatser.
- Att lärdom dras av de utvärderingar som pågår av barngruppsverksamheter till barn vars föräldrar missbrukar för att säkerställa att verksamheten har positiv effekt för barnens hälsa och utveckling på såväl kort som lång sikt.



# Projektorganisation

---

## **Projektgrupp**

Ann-Britt Thulin, projektledare S/IF  
Annika Remaeus, S/IF  
Annika Öquist, S/IF  
Harriet Hillström, RTS  
Emma Nilsson, EpC  
Anton Svensson, HS  
Helena Nordman, S  
Roger Holmberg, S/Stat.

## **Deltagare i referensgruppen**

Maria Åberg, Anita Andersson, Statens institutionsstyrelse (SiS)  
Thomas Rostock, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)  
Björn Bennrup, Länsstyrelsen Skåne  
Katarina Wittgard, FAS-föreningen  
Cecilia Forsbro, Riksföreningen för Alkoholmottagningar (RAM)  
Lotta Persson, socialchef Botkyrka, Sveriges Socialchefers förening (SSF)  
Gith Johnsson, Kriminellas revansch i samhället (KRIS i Stockholm)  
Cecilia Wallén, Ersta Vändpunkten  
Inger Ekbohm, Rädda Barnens centrum för barn och ungdomar i kris

**Expertstöd:** Karin Trulsson







