

Barn och unga i familjer med missbruk

Vägledning för socialtjänsten
och andra aktörer

ISBN 978-91-86301-74-3
Artikelnr 2009-12-15

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2009

Förord

Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) fick 2007 i uppdrag av regeringen att ta fram och sprida en metodhandbok eller annat vägledande material om verksamma metoder i stödjande verksamhet som riktar sig till barn och unga som lever i familjer där det finns missbruks- eller beroendeproblem.

I IMS förberedande systematiska litteratursökning om verksamma metoder för barn och unga med föräldrar med missbruksproblem, som redovisades i mars 2008, framkom att det saknas ett tillförlitligt vetenskapligt underlag med god evidens. Socialstyrelsen bedömde ändå att det finns ett behov av ett vägledande material till de verksamheter som möter och arbetar med barn och unga som växer upp med missbruk inom familjen.

Vägledningen bygger bl.a. på två kunskapsöversikter som IMS har tagit fram, annan litteratur samt en intern arbetsrapport om sju stödgruppsverksamheter som riktar sig till målgruppen, som Socialstyrelsen har låtit göra. Annika Öquist har varit projektledare och Merike Hansson har varit medförfattare. Jenny Rehnman har skrivit kapitlet Vilka insatser är effektiva? Ulla Jergeby har lämnat underlag till kapitlet om dokumentation och uppföljning och Anna Marnell har skrivit avsnittet om kostnadsaspekter i detta kapitel. Febe Westberg har varit juridisk sakkunnig. Några medarbetare på Socialstyrelsen samt nyckelpersoner som representerar myndigheter, kommuner och ideella organisationer har lämnat värdefulla synpunkter i slutskedet.

Skriften tar upp kunskap om vad det kan innebära att växa upp i familjer med missbruk, risk- och skyddsfaktorer, vikten av tidig upptäckt, socialtjänstens utredning, olika typer av insatser, vad vi vet om insatsers effektivitet och behovet av strukturerad dokumentation och utvärdering samt ekonomiska konsekvenser.

Den riktar sig till såväl socialtjänsten som andra aktörer som möter dessa barn och unga eller deras föräldrar.

Socialstyrelsen har utöver denna vägledning givit ut två andra publikationer som kan vara av intresse i arbetet med barn och unga vilkas föräldrar har missbruksproblem. Den ena är de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Riktlinjerna baseras på ett omfattande underlag från experter på såväl förebyggande arbete som på behandling för alkohol- eller narkotikaproblem. Den andra publikationen är Handboken om god kvalitet i socialtjänsten som är kopplad till SOSFS:11 (S). Handboken syftar till att underlätta det systematiska kvalitetsarbetet i socialtjänsten.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Inledning</i>	7
Barns och ungas behov	7
Alla goda krafter behövs	8
Läsanvisning	8
<i>Att växa upp med missbruk i familjen</i>	10
Det saknas kunskap om hur många barn och unga som har föräldrar med missbruksproblem	10
Ökad risk för problem – men många faktorer spelar in.....	11
Fosterskador	12
Missbruk, beroende och psykiska problem hos föräldrar	12
Barns och ungas situation i en familj med missbruk	12
Barn och unga i familjer med missbruk är i riskzon	13
<i>Att upptäcka att barn lever med missbruk i familjen</i>	15
Många olika svårigheter kan vara tecken på missbruk i familjen.....	15
Öppen förskola, förskola och skola.....	16
Mödra- och barnhälsovård	17
Barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagningar.....	17
Fritid och föreningsliv	17
Hälso- och sjukvård för vuxna	18
Vuxenpsykiatri, missbruks- och beroendevård.....	18
Samverkan.....	19
Samverkan mellan myndigheter	19
Intern samverkan inom socialtjänsten för att uppmärksamma barn i familjer med missbruksproblem.....	20
Anmälan om när barn far illa	20
Anmälningsskyldigheten	21
Rutiner för anmälan	21
Sekretess	21
Frivilligorganisationers ansvar	21
Uppmärksamhet på tecken på att barn kan fara illa	22
Om man tvekar att göra anmälan	22
<i>Att bedöma barns och ungas behov</i>	23
Socialtjänstens ansvar för att utreda barn som far illa.....	23
Socialtjänstens utredning.....	23
Att uppmärksamma föräldrars missbruk.....	24
Missbruket kan vara en familjehemlighet.....	24
Att utreda missbrukets konsekvenser för barn och unga	25
Analys och bedömning	27

Beslut.....	29
Planering och uppföljning.....	29
Insatser utan bedömning och beslut.....	30
<i>Stödinsatser till barn, unga och deras föräldrar.....</i>	31
Insatser som bygger på kunskap om risk- och skyddsfaktorer och helhetssyn	31
Vilken typ av insatser kan vara aktuella?	31
Att stärka skyddsfaktorer.....	32
Stöd och skydd under pågående missbruk.....	32
Del i en helhet.....	33
Flera aktörer	34
Socialtjänsten.....	34
Frivilligorganisationer	34
Övriga aktörer.....	34
Socialtjänstens och andra aktörers stödinsatser.....	35
Insatser inom missbruks- och beroendevård.....	35
Stödgruppsverksamheter.....	35
Enskilt samtalsstöd	37
Kontaktperson och kontaktfamilj.....	37
Samspelsträning.....	37
Socialpedagogisk insats	37
Skolsocial insats	38
Riktad dagverksamhet	38
Kvalificerat nätverksarbete.....	38
Föräldrastöd.....	38
<i>Vilka insatser är effektiva?.....</i>	39
Evidens saknas för effekter av stödinsatser för barn och unga.....	39
Insatser till barn och unga i familjer med missbruk.....	39
Insatser till barn och unga med föräldrar som har psykiska funktionsnedsättningar ..40	
Oklart om effekter av föräldraträning	40
<i>Att dokumentera och följa upp insatser och verksamhet</i>	43
Stort behov av strukturerad dokumentation, uppföljning och utvärdering	43
Att värdera olika typer av kunskap och information.....	44
Att dokumentera innehållet i en verksamhet.....	44
Att följa upp resultat av insatser på individ- och gruppnivå.....	46
Standardiserad bedömning och uppföljning	46
Ett exempel på individuppföljning, s.k. Single system design	47
Sammanställning av resultat och erfarenheter	48
Att väga in värdet av förebyggande insatser i uppföljning av kostnader....	48
<i>Referenser.....</i>	51
<i>Bilaga 1.....</i>	55
Stödgruppsverksamhet	55

Inledning

Barns och ungas behov

Barn och unga behöver trygga och kärleksfulla vuxna som har förmåga att se och möta barnet och dess behov. I de allra flesta fall utgör föräldrarna dessa stabila vuxna. Det finns dock barn och unga som växer upp med föräldrar som inte har förmåga att ge sina barn den trygghet och omvårdnad de behöver. Bristande föräldraförmåga kan ha olika orsaker. En orsak till brister i föräldraskapet kan vara missbruks- eller beroendeproblem hos en eller båda föräldrarna.

Det finns vittnesskildringar av vad det kan innebära att växa upp med en förälder som pga. missbrukproblematik inte kan ge sitt barn den trygghet, förutsägbarhet och kärlek som det behöver. Det kan vara föräldrar som inte ser barnets behov, som skapar oro och förtvivlan och lägger över stort ansvar på barnet. Även om det finns ytterligare en förälder som inte missbrukar, finns det risk för att de vuxnas problem överskuggar tillvaron och barnets behov försummas.

Vad är missbruk och beroende?

Det är inte klarlagt när ett missbruk eller beroende får sådana konsekvenser att föräldraförmågan påverkas.

När det gäller att identifiera personer med riskbeteende med avseende på alkohol och droger, dvs. risker för den enskilda individens hälsa, finns det särskilda metoder och instrument. Då ett riskbeteende konstaterats, är nästa steg att göra en problembedömning. Även för det finns väl utprovade metoder (1).

I denna skrift ligger dock inte fokus på att bedöma föräldrarnas missbruks- och beroendeproblem. Den handlar istället om de konsekvenser missbruks- eller beroendeproblemet kan föra med sig för barnet eller den unga samt om vikten av att ge stöd och hjälp.

När det gäller alkoholvanor finns det en gradering från bruk till riskbruk, missbruk och beroende. Missbruk respektive beroende är också medicinska diagnoser, där beroende är den allvarligare. Den mest adekvata sammanfattande benämningen för problemen i det här sammanhanget är kanske missbruks- och beroendeproblematik. För att inte tynga texten används dock oftast begreppet missbruksproblem. Missbruksproblem ska här ses som ett vitt samlande begrepp, som kan spänna över riskbruk, missbruk eller beroende och avse alla former av droger, inklusive alkohol.

Alla goda krafter behövs

De som möter föräldrar med missbruksproblem har ett ansvar för att försäkra sig om att barnen får adekvat stöd utifrån sina behov. Det är viktigt att yrkesverksamma inom missbruksvården särskilt uppmärksammar om det finns barn som påverkas av den vuxnas missbruksproblem. Men även de generella verksamheterna som riktar sig till alla barn och unga kan ha betydelse. Trygga och lyssnande vuxna i förskola, skola, fritidsverksamhet och föreningsliv kan bli viktiga stödjande personer och förebilder utanför familjen som kan få en avgörande positiv betydelse. De har också ett ansvar att anmäla till socialtjänsten om det finns oro för att barnet eller den unga far illa. Det är också viktigt att uppmuntra föräldrar att ansöka hos socialtjänsten om man bedömer att barnet eller den unga behöver mer stöd och hjälp.

Om socialtjänsten får en anmälan eller en ansökan, syftar en allsidig utredning, om barnets eller den ungas behov, familjens och nätverkets förutsättningar, till att komma fram till hur barnet eller den unga och familjen bäst ska kunna stödjas. Stödet kan ges inom socialtjänstens ram och av andra aktörer som har speciella verksamheter för dessa barn och unga. Flera ideella organisationer är aktiva på det här området.

Trots att de här barnen och ungdomarna har uppmärksammats särskilt i statliga utredningar och rapporter många gånger under de senaste decennierna, finns det mycket i det samlade stödet till dem som kan förbättras och samordnas. Ett bekymmer är att det saknas tillförlitlig forskning om effekterna av olika insatser.

En fördel med att det finns olika aktörer är att barn och unga i dessa familjer kan nås på olika sätt. Eftersom missbruksproblem fortfarande kan vara skambelagt drar sig många familjer för att söka hjälp. För en del kan det vara lättare att vända sig till en ideell organisation för hjälp och stöd än till myndigheter. Precis som när det gäller andra problem är det viktigt att det finns olika typer av stöd och hjälp till barn och unga som lever med missbruk i familjen.

Läsanvisning

Vägledningen vänder sig till såväl socialtjänsten som andra aktörer, som möter barn och unga i familjer med missbruk. De olika kapitlen har olika relevans för olika aktörer. Vissa upprepningar förekommer.

Kapitlet *Att växa upp med missbruk i familjen* ger en sammanfattning av vad man vet om omfattningen, konsekvenserna samt risk- och skyddsfaktorer. Det bör vara av intresse för alla läsare.

Kapitlet *Att upptäcka att barn lever med missbruk i familjen* riktar sig till alla instanser som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med barn och unga och deras föräldrar. Det tar upp tecken på barns och ungas svårigheter, olika verksamheters ansvar, vikten av samverkan och anmälningsplikten.

Kapitlet *Att bedöma barns och ungas behov* riktar sig främst till socialtjänsten, men kan också vara av intresse för andra aktörer som information om socialtjänstens uppgift och utredning.

Kapitlet *Stödinsatser* handlar om betydelsen av helhetssyn och att insatserna behöver bygga på kunskap om risk- och skyddsfaktorer. Det ger också

en beskrivning av olika stöd- och hjälpinsatser, inom socialtjänsten och i andra verksamheter.

I kapitlet *Vilka insatser är effektiva?* görs en kort genomgång av kunskapsläget när det gäller resultatet av olika insatser och metoder. Detta kapitel är relevant för alla aktörer.

I kapitlet *Att dokumentera och följa upp insatser och verksamhet* ges råd kring dokumentation och lokala uppföljningar. Syftet är att inspirera till att ständigt förbättra och utveckla den egna verksamheten och samtidigt successivt ge ett allt bättre kunskapsunderlag för valet av bästa möjliga insats för de barn och unga som behöver stöd och hjälp. Det riktar sig till alla utförare – såväl inom socialtjänsten som inom ideell verksamhet och hos andra huvudmän. Slutligen förs ett kortfattat resonemang om kostnadsaspekter av att satsa på stödinsatser för barn och unga vilkas föräldrar har missbruksproblem.

Att växa upp med missbruk i familjen

Kapitlet i korthet:

- Det finns inga säkra uppgifter om hur många barn och unga som växer upp med missbruk i familjen.
- När det finns missbruk är det också vanligare med andra problem i familjen.
- Att växa upp med missbruk i familjen innebär ofta en svår situation för barn och unga samt också en ökad risk för en rad olika problem i framtiden.
- Vilka konsekvenser missbruket för med sig beror på en kombination av olika risk- och skyddsfaktorer.

Det saknas kunskap om hur många barn och unga som har föräldrar med missbruksproblem

Barn som lever i familjer med missbruksproblem förekommer i alla samhällsklasser och miljöer. Missbruk kan vara dolt. Därmed är det ofta svårt att upptäcka och identifiera vilka barn som lever i familjer med missbruksproblem. Det faktum att bruket av alkohol är en socialt accepterad del av vår kultur, och att ca 90 procent av den vuxna befolkningen dricker alkohol, medför extra svårigheter att se var gränsen går mellan bruk och missbruk. Beroendet av narkotika däremot har vanligtvis ett snabbare förlopp jämfört med alkohol, och är heller inte accepterat i samhället (2).

Alkoholbruket och riskkonsumtionen bland vuxna (även föräldrar) har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Flera undersökningar pekar på en ökning av andelen storkonsumenter av alkohol sedan 1990-talet. Ökningarna gäller både män och kvinnor i de flesta åldersgrupper. Dessutom har antalet berusningstillfällen ökat de senaste tio åren (3). Därmed finns också en risk för ökat beroende.

Hur många av Sveriges cirka två miljoner barn och unga som växer upp i hem där någon vuxen har problem med missbruk av alkohol, droger eller läkemedel är inte känt. Det har dock gjorts försök att uppskatta antalet.

Enligt en kartläggning som Statens Folkhälsoinstitut (FHI) genomfört är det närmare 16 procent av papporna och närmare åtta procent av mammorna, som lever med sina barn, som har en riskabel alkoholkonsumtion. Om man räknar in de familjer där båda föräldrarna har ett riskbruk av alkohol gör FHI uppskattningen att kanske ca en femtedel av alla barn lever i familjer där någon vuxen har riskfylld alkoholkonsumtion. Riskabel alkoholkonsumtion har definierats utifrån tre AUDIT¹-frågor i den nationella folkhäl-

¹ Alcohol Use Disorders Identification Test. Frågeformulär med 25 frågor för att identifiera problematik kring alkoholanvändning.

soenkäten. Frågorna gällde hur ofta och hur mycket personen druckit vid ett vanligt dryckestillfälle, samt hur ofta som en större mängd druckits vid ett tillfälle. Riskabel alkoholkonsumtion avser ett bruk som kan vara riskabelt för den som dricker, det vill säga det avgränsar vad som kan vara medicinskt hälsovådlig förtäring. Det säger däremot inget om i vilken grad det påverkar berörda barns tillvaro, om personen är förälder (4). Internationell forskning visar att mellan 8 till 27 procent av alla barn lever med minst en förälder som har alkoholproblem (5).

Det är ännu svårare att uttala sig om antalet barn som lever med en förälder som missbrukar droger. Enligt FHI beräknades mellan 1,2 och 1,8 procent av alla barn leva i hushåll där någon vuxen använt cannabis under det senaste året (2007). Inte heller denna uppgift är relaterad till vare sig graden av missbruk eller i vilken utsträckning det påverkar barnen (4).

Uppgifter om andra former av missbruk saknas. Läkemedelsmissbruk t.ex. kan få väl så allvarliga konsekvenser för föräldraskapet, men är ofta ännu mer dolt och svårare att upptäcka.

När det gäller ett så omfattande missbruk att det kräver sjukvård finns det uppgifter att tillgå. Enligt en analys för åren 2000–2004 hade 1,2 procent av barnen i åldrarna 0–17 år åtminstone en vårdnadshavare som vårdats i slutenvård pga. missbruk (alkohol- eller narkotikadiagnos eller båda), dvs. personer med svåra beroendeproblem. Det säger dock ingenting om barnens situation, eller om de bor med den förälder som missbrukar (6). Av de kvinnor som påbörjade missbruksbehandling under år 2008, var det ca 21 procent som levde med barn, jämfört med 13 procent av männen. Hälften av kvinnorna som hade barn var ensamstående, medan män med barn oftast var sammanboende (7).

I en studie av anmälningar till socialtjänsten var föräldrars missbruk det huvudsakliga skälet till anmälan för en fjärdedel av barnen (0–12 år). Missbruk hos förälder saknades däremot helt som skäl för anmälan rörande ungdomar (8). Det kan tyda på att missbruk hos föräldrar uppmärksammas i för liten utsträckning när det gäller ungdomar.

Ökad risk för problem – men många faktorer spelar in

Det finns en hel del forskning om sambanden mellan föräldrars missbruk och konsekvenser för barnen. Många studier har dock metodologiska brister. Ofta vet man t.ex. inte om de studerade barnens mödrar har missbrukat redan under graviditeten, med eventuella alkoholskador på fostret som följd. Vidare har pojkar studerats mer än flickor. Flera forskare påpekar att kunskapen fortfarande är bristfällig. Nedan görs en begränsad genomgång av forskning om barn vilkas föräldrar har missbruksproblem.

Barns och ungas vardag påverkas av den kontinuerliga stress som en förälders drickande innebär, men olika mycket beroende på missbrukets svårighetsgrad, missbruksperioder, återfall etc. Familjen kan t.ex. ha bra perioder när föräldern/föräldrarna är fria från missbruk (9).

Alkoholmissbruk hos föräldrar har i forskningen bland annat satts i samband med barnolycksfall, eget senare missbruk, psykisk ohälsa samt kogni-

tiva och psykosociala störningar (9). Att barn till föräldrar som missbrukar löper ökad risk för normbrytande beteende tycks enligt forskningen snarare bero på att föräldrars missbruk för med sig andra negativa konsekvenser, förutom missbruket, som också spelar in. Det verkar som risken är större när barnet är lite äldre och när det är pappan som missbrukar (10).

Fosterskador

Mammans alkoholkonsumtion under graviditeten är en allvarlig riskfaktor för barnet (11). Det är dock inte klarlagt exakt vilka koncentrationer av alkohol som är skadliga för fostret i olika stadier av fosterutvecklingen. Även låga doser alkohol kan ha negativa effekter (12). I Sverige beräknas 1,6 barn per 1000 födas med den svåraste formen av skador, fetalt alkoholsyndrom (FAS). Mindre uttalade skador, Fetala alkoholeffekter (FAE), beräknas vara tio gånger vanligare (13). Barn kan också få neuropsykiatriska svårigheter om de exponeras för alkohol i fosterlivet, t.ex. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (6).

Missbruk, beroende och psykiska problem hos föräldrar

I en del familjer finns det ytterligare problem utöver missbruket. Av befolkningsstudier framkommer att personer som har alkohol- och/eller narkotika-problem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Internationell forskning visar att ca 30–50 procent av dem som söker för missbruk eller beroende har psykisk sjukdom, och omvänt har ca 20–30 procent av dem som söker vård för psykisk ohälsa även missbruk (14). Bland klienter och patienter som söker hjälp för missbruk eller beroende anges att minst en tredjedel också har en ångestsjukdom och ännu fler har en depressionsdiagnos. För personer med missbruk eller beroende av narkotika anges siffrorna vara ännu högre (1).

Barns och ungas situation i en familj med missbruk

Barns uppväxtvillkor i en familj där någon av föräldrarna eller båda missbrukar kan variera från allvarliga till mindre allvarliga situationer. En viktig faktor är hur missbruket påverkar föräldrarnas förmåga att tillgodose sina barns behov.

Missbruket kan innebära störningar i familjens relationer och sätt att fungera i vardagen, och för dessutom ofta med sig, eller samvarierar med, andra problem. En förälder med missbruksproblem kan bli mindre känslomässigt tillgänglig, mindre lyhörd, kanske avvisande, mer inkonsekvent och lättretlig. Föräldern kan brista i tillsyn och omsorg och kanske inte orkar engagera sig i barnets behov och aktiviteter. Barnet eller den unga kanske måste bete sig mer extremt för att få uppmärksamhet, vilket i sin tur kan leda till negativa reaktioner från föräldrarna (10). Hur vardagens struktur och rutiner fungerar är en viktig aspekt (15). Ofta präglas vardagen i familjer med missbruk av oförutsägbarhet, oklarheter i rollfördelningen, inkonsekvent gränsättning och dålig problemlösning. Det finns studier som visar att barn till föräldrar med alkoholproblem löper en större risk än andra barn att utsättas för vanvård (16,17). Det kan också handla om i vilken grad barn och unga

tar på sig ansvar för eller tvingas ta hand om t.ex. syskon och/eller förälder och praktiska sysslor för att vardagen ska fungera (så att det finns något att äta t.ex.). Vidare beror konsekvenserna på om föräldrarnas missbruk är omfattande och/eller av en sådan karaktär att barnet blir involverat. Det kan vara att det i någon mening tar ansvar för de vuxnas problem, t.ex. genom att på olika sätt försöka hindra missbruket, kompensera genom att ”vara snäll” eller medla mellan föräldrarna, skydda syskon och/eller vara den som föräldern anförtror sig åt. När barn och unga i praktiken har övertagit ett vuxenansvar i familjen, under kortare eller längre perioder, kallas det i forskningen för destruktiv parentifiering. Det kan leda till psykiska problem, men i vissa fall också till en ökad tilltro till den egna förmågan att klara svårigheter (18).

Vilken belastningen blir för barnet eller den unga i en familj med missbruksproblem kan bl.a. ha att göra med samspelet i familjen, t.ex. hur involverad den förälder som (eventuellt) inte missbrukar är i ett missbruksrelaterat samspel, och i vilken grad missbruksproblemen blir styrande för samvaron – såväl mellan föräldrarna som mellan föräldrar och barn. En annan faktor är hur medvetet och aktivt den missbrukande föräldern arbetar med sina problem, liksom föräldrarnas förmåga att se missbruket och situationen ur barnets eller den ungas perspektiv. Familjens situation kan t.ex. vara präglad av kaos, kriser, förtvivlan, hopplöshet, svek och vara såväl ångestväckande som förvirrande för ett barn eller ung person. Ekonomiska problem kan dessutom skapa ytterligare svårigheter (15). Det som kan vara speciellt skrämmande, särskilt för ett litet barn, är att en berusad förälder förändras i sitt beteende (19).

Det finns studier som visar att barn till föräldrar med alkoholproblem löper en större risk än andra barn att utsättas för fysiska övergrepp av sina föräldrar (20). En aktuell svensk studie visar också på starka samband mellan alkoholbruk och kroppslig bestraffning. Alkoholbruk var vanligare i låginkomstgrupper, men även i höginkomstområden ökade det risken för kroppslig bestraffning (21).

Det är inte ovanligt att det också förekommer våld i de familjer där någon har ett missbruk. Det kan både handla om att barn och unga utsätts för att uppleva våld mellan föräldrarna och att de själva blir utsatta för våld. Sådana upplevelser kan ge en traumatisering, vilken i sig kan innebära ohälsa på både kort och längre sikt, samt försämrade möjligheter att hantera en svår familjevardag (22).

Barn och unga i familjer med missbruk är i riskzon

Det finns svårigheter med att tolka resultaten av den samlade forskningen på området. Eftersom risken för problem också påverkas av såväl andra risk- som skyddsfaktorer, går det inte att säga vad det innebär för varje enskilt barn att ha en förälder med missbruksproblem. Det är inte klarlagt under vilka omständigheter och/eller vid vilken grad och typ av missbruk som själva missbruket, och inte andra faktorer, är avgörande för att skapa problem för barnen (4). Riskfaktorer är sådant som ökar risken för en negativ utveckling, direkt eller indirekt. Vissa riskfaktorer kan påverkas, andra går inte att förändra, t.ex. kön, ålder och utvecklingsskede, barnets eller den

ungas personlighet och tidigare erfarenheter (10). Skyddsfaktorer minskar risken för att utveckla problem, trots att det finns riskfaktorer. Skyddsfaktorer kan förebygga riskfaktorer, mildra effekten av dem eller påverka orsakskedjor (23). En anhopning av riskfaktorer ökar risken för en ogynnsam utveckling, liksom summan av skyddsfaktorer verkar i motsatt riktning (24).

Resiliens (motståndskraft) är en anpassningsförmåga som gör det möjligt för en person att fortsätta fungera väl, även under svåra eller riskfyllda omständigheter. Det kan ske t.ex. genom att ha kontroll, skapa mening och sammanhang samt känna optimism och hopp (9, 23). Ett barn kan visa motståndskraft i vissa avseenden, men ändå ha svårt att klara höga stressnivåer. Stresståligheten är inte konstant över tid, utan förändras beroende på omständigheterna (9). Det är den individuella kombinationen av risk- och skyddsfaktorer och samspelet mellan dem, såväl inom individen som i samspel med omgivningen, som påverkar vilka konsekvenser de får. Det är vars och ens specifika risk- och anpassningsmönster, snarare än enskilda riskfaktorer som är avgörande (25).

Trots att studierna är heterogena och har metodologiska brister, är evidensen dock överväldigande för att barn med förälder som missbrukar är i riskzon (10).

Att upptäcka att barn lever med missbruk i familjen

Kapitlet i korthet:

- Det är viktigt att kunna ge barn och unga som växer upp med missbruk i familjen stöd och hjälp så tidigt som möjligt.
- Det finns inga särskilda symtom hos barn och unga som tyder på just missbruk i familjen, utan det är liknande tecken som vid andra problem.
- Det är många olika verksamheter som behöver vara medvetna om och uppmärksamma på om det finns missbruk i familjen, samt på att barn och unga kan behöva hjälp.
- Många yrkesgrupper har en skyldighet att anmäla till socialtjänsten när något tyder på att ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Det behöver finnas rutiner för sådan anmälan.
- Det är viktigt att samverka för att ge dessa barn och unga stöd och hjälp.

Många olika svårigheter kan vara tecken på missbruk i familjen

Det kan vara svårt att tidigt hitta och uppmärksamma barn till föräldrar som missbrukar. Det finns inga lätt identifierbara tecken hos barnet som visar på att det är just ett pågående missbruk i familjen (9). Dessa familjer kan också ha en ansamling av problem, varför missbruksproblemet inte identifieras. Missbruk kan ta sig olika uttryck och förändras över tid. Barns och ungas reaktioner kan variera, från påtagliga beteende- eller kroppsliga symtom till att de är högpresterande och utåt sett välanpassade. Det kan vara sådana tecken som koncentrationssvårigheter, trötthet, håglöshet och nedstämdhet (19).²

En försenad utveckling av motorik och språk, aggressivitet, kroppsliga symtom som t.ex. huvudvärk och magont, humörsvängningar, inåtvändhet, trotsigt beteende, hyperaktivitet och ängslighet kan vara tecken på att barnet eller den unga växer upp med missbruk i familjen (18).

Barn som växer upp med föräldrar som missbrukar kan med andra ord ha liknande symtom som vid andra problem och missförhållanden i hemmiljön. Om det finns tecken på problem är det därför viktigt att vara medveten om att missbruk i familjen kan vara en av flera tänkbara orsaker. Förutom att man behöver kunna känna igen tecken på missbruk i familjen hos föräldrar och deras barn, behövs också kunskap om hur missbruk kan påverka föräldraskapet samt dess konsekvenser för barn och unga.

² Se t.ex. Hagborg & Ribbing (2005) för en beskrivning av barns signaler och hur man som vuxen kan agera när man misstänker missbruk hos föräldrar (19).

Det är inte ovanligt att socialtjänsten får kontakt med en familj först när missbruket pågått under en längre tid, och problemen blivit allvarliga. Ungdomar uppmärksammas ofta på grund av sitt eget beteende, och socialtjänsten kan riskera att missa eventuella bakomliggande orsaker i hemmiljön (26).

Öppen förskola, förskola och skola

En stor andel av alla barn i förskoleåldern deltar i någon form av förskoleverksamhet. Öppen förskola kan finnas vid familjecentraler, med samarbete mellan olika professioner och verksamheter som barnhälsovård och socialtjänst. Vid en familjecentral kan det finnas möjlighet att erbjuda samtal och stöd om en förälder behöver råd och hjälp i sitt föräldraskap eller om det finns tecken på missbruksproblem i familjen. Personal på familjecentralen kan också hänvisa vidare. Från drygt ett års ålder går många barn i förskola och från sex års ålder är det skolan som möter barnen varje dag. Efter grundskolan går en majoritet av ungdomarna i gymnasieskolan.

Det är den personal som dagligen möter barnen, som har den största möjligheten att uppmärksamma barn som lever i familjer med missbruksproblem.

I den dagliga kontakten som personal i förskola och skola har med föräldrar, samt vid utvecklingssamtal, finns möjlighet att skapa en dialog om barnet och dess behov. Om barn visar tecken på att inte må bra eller missköta skolan är det något som personalen behöver samtala om med barnet eller den unga och föräldrarna. I samtal med föräldrarna kan det finnas anledning att också ta upp frågor om alkohol och narkotika. För detta krävs vissa baskunskaper i livsstilsfrågor, med tonvikt på alkohol och droger. Att föräldrar upprepade gånger uteblir från planerade samtal kan vara ett observandum (6).

Forskning ger stöd för att barn och unga som växer upp under svåra familjeförhållanden och som har någon vuxen utanför familjen som kan ge stöd och bekräftelse har bättre möjligheter att hantera svårigheterna (18). Förskola och skola har möjlighet att stärka skyddsfaktorer hos alla barn, inklusive hos dem som behöver stöd, men som man inte har identifierat. Exempel på metoder som kan användas i förskola och skola är sådana som syftar till att ge barn och unga träning i att tolka och hantera sina känslor och att utveckla förmågan till aktiv problemlösning (27, 28).³ Goda relationer till andra vuxna inom förskola och skola kan också vara betydelsefullt för barn med sviktande stöd i hemmet.

Elevhälsan har en viktig roll i att uppmärksamma att barns och ungas problem kan ha samband med missbruk hos föräldrarna. Ett elevhälsoteam kan såväl arbeta konsultativt mot personalen med sin psykosociala kompetens som samtala med barn och unga och ge egna stödinsatser.

³ Metoderna är dock inte utvärderade specifikt för barn till föräldrar med alkohol- och narkotikaproblem.

Förskola och skola är dessutom en viktig part i samverkan med socialtjänsten.

Det finns exempel på kommuner som arbetat aktivt för att hos lärarna i grundskolan höja kunskapen om missbruk. Genom att fortbilda lärarna i tecken på missbruk och missbrukets konsekvenser för föräldraskapet ökar möjligheten för dem att uppmärksamma elever som kan behöva hjälp och stöd.

Mödra- och barnhälsovård

Mödra- och barnhälsovården har en viktig roll och möjlighet att upptäcka och uppmärksamma föräldrar som har missbruksproblem. Särskilt gravida behövs uppmärksammas, på grund av fostret som ska skyddas (6).

I det s.k. riskbruksprojektet (Statens Folkhälsoinstitut) ingår bl.a. mödra- och barnhälsovården. Målet med det alkoholpreventiva arbetet är att få föräldrar att tänka igenom hur deras alkoholvanor påverkar fostret eller barnet, så att de som har en alkoholkonsumtion som påverkar barnen negativt kan ändra sina alkoholvanor. Flertalet sjuksköterskor inom mödra- och barnhälsovården har fått utbildning kring riskbruk av alkohol och i hur man ställer frågor och samtalar kring detta. Screeninginstrumentet AUDIT⁴ har använts för att följa upp misstänkt missbruks- och beroendeproblematik.

Barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagningar

Verksamheter som vänder sig till barn och unga med någon form av symptom på ohälsa har en viktig roll i att se och uppmärksamma om missbruksproblem hos föräldrarna kan vara en bakomliggande orsak. Barn- och ungdomspsykiatri kan också ha möjlighet att ge stöd inom ramen för sin verksamhet, men har liksom andra verksamheter som möter barn och unga anmälningskyldighet om det finns en oro för att barnet far illa eller riskerar att fara illa.

Även vid ungdomsmottagningarna finns skäl att i de individuella samtalen ha ett eventuellt missbruk hos föräldrar i åtanke, även när unga söker för egna problem.

Fritid och föreningsliv

För yngre skolbarn finns det skolbarnsomsorg efter skoltid och de lite äldre barnen vistas ofta på fritidsgårdar eller i olika föreningar. Personal inom fritidsverksamheter har möjlighet att skapa en nära kontakt med ungdomar som har sociala svårigheter. Här behövs medvetenhet om att missbruk hos föräldrarna kan vara en del av ungdomarnas vardagsverklighet. Det kan också vara en bidragande orsak till såväl utagerande beteende som mer inåtvända problem.

⁴ Se not 1.

Det finns stödgruppsverksamheter för barn och unga i familjer med missbruk som drivs av ideella organisationer, enskilt eller i samarbete med kommunen. I de fall som föräldrar söker hjälp för sina barn eller ungdomar och tar kontakt utan att socialtjänsten är involverad, kan stödgruppsverksamheten vara den enda instans utanför familjen som känner till problemen. Det ligger därför ett stort ansvar på dessa verksamheter att se till barnets och familjens hela situation, och bedöma när de egna insatserna inte är tillräckliga.

Hälso- och sjukvård för vuxna

Från den 1 januari 2010 ska hälso- och sjukvården och dess personal särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd, om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel.⁵

Det är troligt att det inom sjukvården finns ett stort antal patienter med dolda missbruksproblem. Inom både kroppssjukvården och den psykiatriska vården finns patienter som behandlas för olika symtom och diagnoser, där bakomliggande alkohol- eller narkotikaproblem inte upptäckts eller uppmärksammas (1). Många av dem är också föräldrar.

Det finns ett antal tillstånd eller diagnoser som man kan vara extra uppmärksam på när det gäller eventuellt missbruk. Inom kroppssjukvården kan nämnas t.ex. olycksfall, hjärtarytmi, högt blodtryck, leversjukdomar och olika cancerformer (1).

Vuxenpsykiatri, missbruks- och beroendevård

Missbruksproblem samvarierar ofta med annan psykisk ohälsa. Missbruket kan vara en bakomliggande orsak eller en del av problematiken. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och samtidig psykiatrisk eller kroppslig sjukdom. Att identifiera s.k. samsjuklighet innebär att man identifierar en psykisk sjukdom eller psykisk störning och/eller kroppslig sjukdom bland personer med missbruk. Omvänt innebär det också att identifiera förekomst av missbruk bland personer med psykisk sjukdom eller störning och/eller kroppslig sjukdom. Inom psykiatrin kan t.ex. depressioner och olika slag av ångestsyndrom vara ett tecken på underliggande missbruksproblem (1).

De verksamheter som möter vuxna med missbruksproblem är viktiga när det gäller att upptäcka och uppmärksamma de barn som växer upp med missbruk i familjen. Det förutsätter kunskap om missbruk och dess konsekvenser för barn, samt att man ser till hela familjens behov. Barnen kan ha ett eget behov av stöd, samtidigt som föräldrarna får stöd eller behandling. När missbruk i en barnfamilj uppmärksammas krävs det ofta samverkan mellan olika enheter och handläggare inom socialtjänsten (6). En del stöd- och behandlingsinsatser till vuxna med missbruksproblem ges i ideell regi.

⁵ 2 g § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 2 kap. 1 a § i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS.

Även här är det angeläget att uppmärksamma om de som får stöd eller går i behandling är föräldrar, och i vilken mån deras barn är i behov av eget stöd.

Det finns breda klient- och patientbedömningsinstrument för val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av klientens och patientens situation och behov.⁶ Genom att använda bedömningsinstrument som innehåller frågor om barn ökar möjligheten att uppmärksamma dem och deras behov (1).⁷

I en del kommuner informerar missbruksenheten alltid barn- och familjeenheten om det finns barn i en familj som aktualiseras. En annan modell är att en socialsekreterare från missbruksenheten alltid arbetar tillsammans med någon i barn- och familjeenheten om en förälder har missbruksproblem, i såväl utredning som behandling. Ett ytterligare exempel är att en handläggare vid missbruksenheten har ansvar för att särskilt fokusera på barnen (26). Det finns exempel på kommuner där socialsekreterarna i missbruksenheterna även arbetar med stödgruppsverksamhet för barnen. Syftet med ett sådant arbetssätt är att lättare uppmärksamma barnens behov av stöd.

Stöd och hjälp kan behövas även om barnet eller den unga inte bor med den förälder som har missbruksproblem. Barnet eller den unga kan ha umgänge med den missbrukande föräldern och på så sätt påverkas av missbruket. Även om barnet eller den unga inte har umgänge med den missbrukande föräldern, kan hon eller han behöva hjälp att bearbeta hur missbruket kan ha påverkat barnet eller den unga och vad det betyder för relationen till föräldrarna, både den förälder som missbrukar och den andra föräldern.

Samverkan

Samverkan mellan myndigheter

Alla myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka.⁸ Flera har också en särskild skyldighet att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Polisen, hälso- och sjukvården, förskolan, skolan, skolbarnsomsorgen och socialtjänsten har en gemensam skyldighet att samverka kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.⁹ Socialnämnden ska aktivt verka för att sådan samverkan kommer till stånd. Myndigheterna ska inte bara samverka med andra myndigheter, utan även med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Det innebär exempelvis också samverkan med fritids- och kultursektorn, ideella organisationer samt andra offentliga och privata företrädare för olika samhällsintressen.

Syftet med samverkan är att:

- Barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa ska få hjälp i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling, på individ- eller gruppnivå.

⁶ Exempel på bedömningsinstrument är ASI, DOK, ADAD och MAPS.

⁷ ASI (Addiction Severity Index) och AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är exempel på bedömningsinstrument för att identifiera alkoholproblem som innehåller frågor om barn i familjen. Motsvarande instrument för att identifiera narkotikamissbruk är DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test).

⁸ 6 § förvaltningslagen (1986:223)

⁹ 3 § polislagen (1984:387), 2 f § HSL, 2 kap. 1 a § LYHS, 1 kap. 2 a § skollagen (1985:1100) och 3 kap 4-5 §§ och 5 kap. 1 a § SoL.

- Barnet eller den unga ska få stöd och skydd från samhället utifrån en helhetssyn.

Samverkan på individnivå ska ha barnet eller den unga i fokus. Samverkan ska vidare utgå från huvudprincipen att den som berörs samtycker och är delaktig så långt det är möjligt (29).

Intern samverkan inom socialtjänsten för att uppmärksamma barn i familjer med missbruksproblem

Det behövs tydliga rutiner och ett upparbetat samarbete mellan socialtjänstens olika verksamheter, så att barn i familjer med missbruksproblem uppmärksammas och får det stöd de behöver. Det är inte bara missbruksenheter som får kännedom om missbruk hos förälder. Missbruk är inte ett statiskt tillstånd, utan kan snabbt förändras till det sämre. Det är därför angeläget att alla som kommer i kontakt med föräldrar med missbruksproblem uppmärksammar i vilken mån barnet eller den unga får det stöd och skydd som hon eller han behöver.

Socialtjänstens familjerätt och enheter för ekonomiskt bistånd är viktiga i sammanhanget. I olika undersökningar uppskattas att minst en tredjedel av dem som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem (30, 31).

I många kommuner har socialtjänsten öppna mottagningar där rådgivning, stöd, och ibland även behandling, erbjuds som service. Föräldrar kan vända sig dit utan att socialtjänsten gjort en utredning eller fattat ett formellt biståndsbeslut. När det gäller insatser som ges som service finns inte samma skyldighet att göra uppföljning som efter att socialtjänsten utrett och fattat beslut. Det är dock av stor betydelse att alla som ger stöd och hjälp till barn och unga också följer upp sina insatser tillsammans med barnet eller den unga och föräldrarna.

När socialtjänstens insatser ges i form av service är det viktigt att personalen uppmärksammar om barnet, den unga eller familjen är i behov av annat eller ytterligare stöd som förutsätter utredning och beslut, och i så fall kan man uppmana föräldrarna att göra en ansökan. Om det finns oro för att barnet eller den unga kan fara illa informeras ansvarig enhet.

Anmälan om när barn far illa

Barn som växer upp med missbruk i familjen kan behöva stöd och skydd från socialtjänsten. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret, men barn och unga som far illa är också ett gemensamt samhällsansvar (29). För att socialtjänsten ska kunna ta sitt ansvar finns en anmälnings- och uppgiftsskyldighet för många yrkesgrupper.¹⁰

Det finns givetvis också en möjlighet för föräldrar och unga över 15 år att själva ansöka om stöd och hjälp av socialtjänsten.

¹⁰ 14 kap. 1 § SoL.

Anmälningsskyldigheten

De som arbetar i en myndighet vars verksamhet berör barn och unga, samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården, är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Alla anställda inom myndigheten, och myndigheten som sådan, har skyldighet att anmäla (32).

Samma skyldighet gäller också den som är verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som berör barn och unga, eller inom annan yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens område. En ideell förening som bedriver tillståndspliktig verksamhet enligt 7 kap. 1 § socialtjänstlagen omfattas också av anmälningsskyldigheten (32). Exempel på verksamhet som behöver tillstånd för att få bedrivas kan vara hem för vård eller boende.

De som omfattas av anmälningsskyldigheten har också en uppgiftsskyldighet, dvs. skyldighet att lämna uppgifter som kan vara av betydelse för en pågående utredning om ett barns behov av skydd.

Även allmänheten kan och bör göra en anmälan till socialtjänsten om den misstänker eller känner till missförhållanden som gäller barn (32). Med allmänhet avses t.ex. grannar, släktingar och idrottsledare. Uppmaningen att anmäla avser också sådana myndigheter och yrkesverksamma som inte omfattas av anmälningsskyldigheten.

Rutiner för anmälan

För att kunna leva upp till anmälnings- och uppgiftsskyldigheten behöver berörda myndigheter och verksamheter ha kunskap om lagstiftningen samt tydliga rutiner för anmälan och kontakten med socialtjänsten. Den som har ansvaret för verksamheten bör förvissa sig om att all personal känner till när och hur en anmälan ska göras. En aktuell adress- och telefonlista till ansvariga på socialnämnden, socialjouren och polisen bör alltid finnas tillgänglig (32, 33).

Sekretess

Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten bryter sekretessen mellan myndigheter. Det integritetsskydd som sekretessen syftar till får ge vika för barns behov av skydd.

En anmälan från en myndighet eller yrkesverksam som inte har skyldighet att anmäla förutsätter att detta är möjligt med hänsyn till sekretess och tystnadsplikt (32).

Frivilligorganisationers ansvar

Personer som arbetar i verksamheter som inte är tillståndspliktiga inom ramen för en frivillig organisation omfattas av den allmänna rekommendationen att anmäla till socialnämnden om ett barn far illa eller riskerar att fara illa (32). Även om de inte har skyldighet att anmäla är det viktigt att även de

stödgruppsverksamheter som drivs av frivilligorganisationer har rutiner för hur anmälan kan göras, om man i verksamheten får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.

Uppmärksamhet på tecken på att barn kan fara illa

I verksamheter som vänder sig till barn eller unga vilkas föräldrar missbrukar är det viktigt att kunna tolka signaler om att barn far illa och kan vara i behov av mer stöd eller skydd. Barnets eller den ungas situation i hemmet kan förändras till det sämre på relativt kort tid.

Förutom vad barnet eller den unga berättar kan också tecken på hur väl hon eller han tas omhand, onormal trötthet, slutenhet eller ilska vara tecken på att situationen försämrats. Även avbrutet deltagande i insatsen kan behöva följas upp, så att inte skälet till att barnet eller den unga uteblir är en försämrad hemsituation.

Om man tvekar att göra anmälan

För att kunna ge barn och unga som behöver skydd och stöd är socialtjänsten beroende av att känna till deras situation, t.ex. genom information från andra instanser som kommer i kontakt med barn och unga. Det är därför bestämmelsen om anmälningskyldigheten finns.

Många drar sig dock för att göra en anmälan. Det kan t.ex. bero på att man saknar tydliga belegg för sin oro för ett barn, och är osäker på när situationen ska anses tillräckligt allvarlig för att motivera en anmälan. Även vid starkare misstankar väljer många att ”vänta och se” eller hoppas att situationen ska bli bättre av sig självt (32).

I sina överväganden bör man väga in vad konsekvenserna kan bli om man *inte* anmäler. Barn utvecklas snabbt. Att låta tiden gå innan barnets eventuella behov av stöd eller skydd utreds kan innebära att situationen förvärras för barnet (32).

För att anmäla behöver inte misstankarna om att barn riskerar att fara illa vara bekräftade, och anmälaren behöver inte spekulera i orsakerna till eventuella tecken på att barn far illa. Det är det som socialtjänstens utredning får utvisa. En sådan utredning ska bygga på delaktighet och respekt för den enskildes integritet, oavsett orsaken till utredningen (32).

Innan man anmäler vill man oftast vara något så när säker på att det leder till något bra för barnet och familjen. Man kan aldrig få några garantier för att en anmälan gör att livet blir lättare för det barn som man oroar sig för. Men det är viktigt att komma ihåg att det finns barn som känner sig övergivna av hela vuxenvärlden för att ingen verkar vilja se deras svårigheter eller komma dem till undsättning i en svår situation (32).

Vid tvekan och osäkerhet kan det vara en god hjälp att diskutera situationen med någon, t.ex. arbetsledare i den egna organisationen. Den som överväger att göra en anmälan kan också konsultera socialtjänsten innan en anmälan görs, utan att röja barnets identitet (32).

Att bedöma barns och ungas behov

Kapitlet i korthet:

- En utredning som rör barn och unga med missbruk i familjen skiljer sig inte från socialtjänstens andra utredningar kring barn och unga.
- Vissa aspekter tas upp som är särskilt viktiga för att bedöma vilka konsekvenser missbruket har och har haft för barnet eller den unga.

Socialtjänstens ansvar för att utreda barn som far illa

När socialnämnden, genom ansökan eller på annat sätt, har fått kännedom om något som nämnden kan behöva åtgärda ska den utan dröjsmål inleda utredning.¹¹ Om nämnden kan komma att behöva ingripa till ett barns skydd eller stöd ska en utredning inledas, oavsett barnets eller vårdnadshavarens inställning.¹²

Först gör socialtjänsten en s.k. förhandsbedömning. Vid bedömningen får socialtjänsten beakta tidigare kännedom om den som direkt berörs av anmälan, t.ex. uppgifter som finns i personakt eller tidigare anmälningar, även sådana som inte lett till utredning. I det här skedet får socialtjänsten endast ta kontakt med den enskilde och anmälaren (33). Om förhandsbedömningen leder till ställningstagandet att *inte* inleda utredning ska detta dokumenteras, liksom en motivering till detta.¹³

En anledning till att socialtjänsten inte inleder en utredning kan vara att barnets eller den ungas behov tillgodoses på annat sätt, t.ex. genom att familjen redan får insatser som bedöms som tillräckliga. Det kan också vara så att barnet nyligen utretts och att den nya anmälan inte ändrar den bedömning som gjorts i den tidigare utredningen.

Socialtjänstens utredning

Socialtjänstens utredning görs ofta enligt handläggnings- och dokumentationssystemet BBIC (Barns Behov i Centrum).¹⁴ Utredningen ligger till grund för bedömning av om barnet eller den unga behöver skydd eller stöd samt för att bedöma vilka insatser som krävs av socialtjänsten för att tillgodose barnets eller den ungas behov. I utredningen ställs barnets behov i relation till föräldrarnas förmåga att tillgodose behoven och till olika faktorer som påverkar familjen och miljön. I utredningen av föräldrarnas förmåga

¹¹ 11 kap. 1 § första stycket SoL

¹² Hur utredningen ska bedrivas regleras i 11 kap. 2 § SoL. Se även Socialstyrelsens Allmänna råd (33) och handbok om att utreda, planera och följa upp beslutade insatser (34).

¹³ SOSFS 2006:5, 3 kap. 1 §

¹⁴ Se www.socialstyrelsen.se

ingår t.ex. relationen mellan föräldrar och barn, hur föräldrarnas egna problem påverkar föräldraförmågan och hur de klarar att tillgodose barnets behov (34).

Vad gäller de områden som behöver utredas (barnets behov, föräldrarnas förmåga samt familj och nätverk) skiljer sig inte en utredning om barn och unga där det finns eller kan finnas missbruksproblem i familjen från andra utredningar kring barn och unga som kan behöva socialtjänstens stöd och skydd. I Socialstyrelsens allmänna råd och handbok om Barn och unga i socialtjänsten ges en utförlig beskrivning av sådan utredning samt planering och uppföljning av insatser (34). Beskrivning av hur det går till att arbeta enligt BBIC finns i Grundbok barns behov i centrum med tillhörande studiematerial och medföljande formulär (35).

Det finns vissa specifika frågor kring missbruket och närliggande problem som behöver ställas. Följande kan ses som ett komplement till den nämnda handboken samt BBIC-systemet och dess olika fördjupningsområden.

Att uppmärksamma föräldrars missbruk

Det är, som det också framgår av BBIC-systemet, viktigt att i utredningar av barn och unga alltid ställa frågor till föräldrar som syftar till att fånga upp riskfaktorer som missbruk av alkohol, droger och läkemedel. Såväl ett begynnande missbruk som ett allvarligt beroende kan vara dolt och svårt att upptäcka, även i socialtjänstens utredningar. Det är också viktigt att tänka på att det även när det gäller unga som anmäls på grund av eget beteende kan finnas missbruk hos någon förälder med i bilden.

Det finns olika tecken på att vuxna kan ha missbruksproblem. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård (1) lyfts fyra situationer fram som socialtjänsten kan vara extra uppmärksam på:

- Parrelaterade problem och våld inom familjen.
- Försummelse av barnen.
- Kriminalitet, t.ex. rattfylleri och stöld.
- Upprepade eller långvariga ekonomiska problem.

När socialtjänsten kommer i kontakt med en person som har ett eller flera av dessa problem kan det vara särskilt angeläget att ställa frågor om alkohol och narkotika (1).

Missbruket kan vara en familjehemlighet

Det finns olika aspekter att vara uppmärksam på och ta hänsyn till i en utredning om barn och unga där det kan finnas missbruk i familjen.

Hela familjens liv kan vara organiserat kring missbruket, familjens sammanhållning och samspel kan upplevas som hotade om missbruksproblemen avslöjas (18). Även om det bara är den ena föräldern som missbrukar, är det inte sagt att barnets eller den ungas behov tillgodoses. Den icke missbrukande föräldern kan vara så indragen i missbruksproblemen, att inte heller den föräldern är i stånd att ge barnet eller den unga det stöd och den uppmärksamhet som hon eller han behöver. Barn och unga bekymrar sig också

ofta för båda föräldrarna, både för den som missbrukar och den andra föräldern (15).

Föräldrar kan bagatellisera eller förneka missbruksproblemen av flera olika skäl. Ett skäl kan vara att det är ett tabubelagt område. Ett annat kan vara att missbruket sedan länge kan ha varit en familjehemlighet och att de kanske även för sig själva förnekar problemen eller konsekvenserna av dem. Ett ytterligare skäl kan vara att de inte vill ha någon insyn i familjen och/eller är oroliga för att socialtjänsten ska bedöma att situationen för barnet eller den unga är så allvarlig att det kan behövas en placering utanför familjen. I bemötandet av föräldrarna är det därför av stor vikt att så långt möjligt försöka skapa en samarbetsrelation och bekräfta deras önskan om att vara goda föräldrar (18).

Förutsättningen för att föräldern med missbruksproblem ska kunna tala om problemen är ofta att föräldern själv blir bekräftad som person, med de problem hon eller han kämpar med, försök till lösningar och egna goda intentioner. Det är också viktigt att förstå den känsla av skuld och skam och därmed brist på självrespekt, som missbruksproblemen ofta kan föra med sig för föräldern, och att det därför kan vara smärtsamt att tala om dem och konsekvenserna för barnet eller den unga (15).

Barn och unga kan av flera olika skäl vara motvilliga att berätta om missbruket för utomstående. Ofta önskar de skydda föräldrarna, familjehemligheten och familjesammanhållningen. De kan också vara rädda för konsekvenserna av att berätta och avslöja – både för egen del och för vad det ska innebära för föräldrarna och relationen till dem. När socialtjänsten samtalar med barn och unga behöver man vara medveten om vilket stort ansvar som läggs på barnen eller de unga när man frågar och talar om missbruket. Det är också viktigt att i samtalet bekräfta barnets eller den ungas egen upplevelse och egna ansträngningar för att hantera problemen (18).

Att utreda missbrukets konsekvenser för barn och unga

När det finns misstanke om missbruk eller ett konstaterat sådant är en viktig del i utredningen att ta reda på hur belastande situationen är och har varit för barnet eller den unga, liksom föräldrarnas insikt om detta samt olika risk- och skyddsfaktorer.

En utredning till skydd eller stöd för ett barn bör ha en klar inriktning på barnets situation, hennes eller hans behov och hur de tillgodoses. Av utredningen bör det framgå vilka eventuella insatser från socialtjänsten som barnet eller den unga behöver (34). Uppgifter till utredningen bör hämtas in på ett strukturerat sätt och utifrån kunskap och beprövad erfarenhet. Ett sådant sätt kan vara att använda BBIC. BBIC:s utgångspunkt är som nämnts barnets behov, vilka sätts i relation till föräldrarnas förmåga och faktorer i familj och miljö. Följande sex aspekter av föräldrars förmåga har identifierats (35) som särskilt viktiga för att tillgodose barns och ungas behov:

- Grundläggande omsorg
- Säkerhet
- Känslomässig tillgänglighet
- Stimulans

- Vägledning och gränssättning
- Stabilitet

Missbruk i familjen kan innebära att den grundläggande omsorgen brister. Det kan vara svårt för föräldern att organisera tillvaron på ett för barnet betryggande och konsekvent sätt. Föräldrar som försummar sina barn tycks inte vara lika lyhörda och kommunikativa som andra föräldrar. Missbruket kan också föra med sig brister i engagemanget för barnet. En förälder som är berusad kan ha svårt att kontrollera sina känslor och kan bli skrämmande, nyckfull, hotfull, avskärmad etc. Barn och unga som växer upp med föräldrar som missbrukar riskerar att utveckla en sämre självbild. Det kan också leda till att de tar på sig skulden för föräldrarnas problem eller oroar sig för att de själva kommer att utveckla missbruk (35). Nedan följer några frågor¹⁵ som fokuserar specifikt på olika aspekter av missbruk och dess konsekvenser, som kan vara viktiga i utredningen:

- Vem av föräldrarna har missbruksproblem? Vilken typ av missbruk? Ges någon form av behandling?
- Om det är den ena föräldern som har missbruksproblem, hur förhåller sig den andra till alkohol och droger?
- Finns det andra stödpersoner, viktiga vuxna, som ger barnet stöd i vardagen?
- Finns det några tecken på att barnet eller den unga kan ha blivit utsatt för påverkan av alkohol eller droger under fosterstadiet?
- Hur länge har barnet levt med föräldrarnas missbruk? Har det påverkat anknytningen? Hur har missbruksproblemen påverkat barnet i olika åldrar och utvecklingsfaser?
- Talas det öppet om missbruket i familjen? Vilka förklaringar ger föräldrarna till barnet eller den unga? Är missbruket en familjehemlighet som man inte får tala med andra om? Vilka känner till det?
- Missbrukets omfattning och varaktighet (missbruket har i regel påverkat barn och unga under lång tid innan det kommer till omgivningens och socialtjänstens kännedom). Hur ser familjehistorien (i tidigare generationer) ut vad gäller alkohol och droger?
- Föräldrarnas psykiska hälsa. Finns det förutom missbruksproblemen hos någon av föräldrarna psykiska problem eller funktionsnedsättning, t.ex. ångest, depression eller personlighetsstörning? Hur ser familjehistorien ut vad gäller psykiska problem?
- Förekommer det eller har det förekommit våld? Vilka har konsekvenserna blivit för barnet eller den unga? Vilken är föräldrarnas insikt om detta?

¹⁵ De bygger förutom på BBIC på en norsk rapport från KoRFor (18) och en dansk från Sundhedsstyrelsen (15). KoRFor är Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest i Norge. KoRFor bedriver forskning och utveckling, nätverksbyggande och undervisning. Syftet är bland annat att utveckla ny baskunskap samt utveckla och testa kliniska metoder.

- I vilken grad upplever barnet eller den unga att hon eller han har ett ansvar för familjemedlemmarnas hälsa och säkerhet? Försöker barnet eller den unga hindra föräldern från att missbruka? Medlar barnet eller den unga mellan föräldrarna? Tröstar och stöttar barnet eller den unga sina föräldrar? Tar barnet eller den unga stort ansvar för syskon? Vad innebär allt detta för barnet eller den unga?
- I vilken grad har föräldrarna insikt om och förståelse för vilka konsekvenser missbruket har och har haft för barnet eller den unga?

Analys och bedömning

Precis som i andra utredningar kring barn och unga är det en helhetsbedömning och sammanvägning av barnets behov samt föräldrarnas och nätverkets möjlighet att tillgodose dem som ligger till grund för en bedömning av behovet av insatser, valet av insatser som bäst kan stödja och hjälpa barnet och familjen, samt av barnets eventuella behov av skydd.

Vilka riskfaktorer finns utöver missbruket? Flera riskfaktorer förstärker varandra.

Vilka skyddande faktorer finns hos barnet eller den unga, i familjen och barnets eller den ungas omedelbara närhet?

Särskilda faktorer att lägga in i bedömningen

BBIC-systemet samt rapporten *Analys och bedömning* ger en struktur för socialtjänstens bedömningar (36). Nedan listas ytterligare några specifika skyddsfaktorer¹⁶ (förutom de allmänna som nämns i kapitlet *Att växa upp med missbruk i familjen*) som kan behöva vägas in i en bedömning som rör barn i dessa familjer:

- Den icke missbrukande föräldern klarar att på ett effektivt sätt kompensera för den andra förälderns missbruk och de negativa konsekvenserna av missbruket.
- Den generella konfliktnivån i familjen är låg.
- Strukturen i vardagen, rutiner, dygnsrytm etc., är stabila.
- Barnet eller den unga skyddas för missbruket.
- Barnet eller den unga får adekvat information om det som sker i familjen.
- Barnets eller den ungas tankar och känslor kring missbruket och vad det betyder för relationerna i familjen bemöts på ett åldersadekvat sätt.
- Missbruket får i så liten grad som möjligt negativa konsekvenser för barnets eller den ungas behov av social samvaro, inlärning och utveckling.

Omvänt kan frånvaron av ovanstående skyddsfaktorer ses som ytterligare riskfaktorer.

Föräldrarnas insikt om barnets eller den ungas situation och behov är av avgörande betydelse för analysen och bedömningen.

¹⁶ Punkterna bygger på KoRFor-rapporten (18) och rapporten från Sundhedsstyrelsen (15).

Behovet av helhetssyn på insatser

Om grundorsakerna inte förändras, kan isolerade insatser som riktas till barnet eller den unga som symtombärare innebära risk för att man stärker känslan av delansvar och att det ligger på barnet eller den unga att klara av en fortsatt ohållbar situation (18).

Att bedöma föräldrarnas missbruk och hur missbruket påverkar föräldrarnas förmåga att utöva ett aktivt och adekvat föräldraskap är därför centralt. Att göra dessa bedömningar kan vara svårt. Särskilt svårt kan vara att bedöma graden av föräldrars missbruk. Det är därför av vikt att socialsekreteraren har ett aktivt stöd av arbetsledningen i hela utredningsprocessen och har hämtat in nödvändig information som grund för bedömningen (34).

Forskning har även visat att det är troligare att föräldern lyckas avhålla sig från missbruk om hon eller han samtidigt deltar i en insats för att förbättra föräldraskapet än om hon eller han inte gör det (37).

Bedömning av barnets behov av stöd och skydd

Precis som i andra utredningar om barn och unga bedömer socialtjänsten om situationen är sådan att barnet eller den unga behöver stöd eller skydd, och i vilken form det ska ges.

Även när bedömningen är att det är föräldrarna som behöver insatser för att stärka sin föräldraförmåga, är det viktigt att också uppmärksamma barnets eller den ungas egna behov.

Vilket behov har barnet eller den unga av egna insatser för stöd, bearbetning och avlastning av skuld m.m., samt för att minska riskfaktorer och stärka olika skyddsfaktorer? Hur kan det ske på bästa sätt?

Det är i sammanhanget viktigt att också tänka på de barn och unga som blir placerade utanför hemmet av socialtjänsten. De kan också ha behov av stöd och hjälp för att bearbeta händelser som de varit med om.

Barnet eller den unga kan ha behov av att få förmedla vad missbruket har inneburit och innebär för henne eller honom. De egna upplevelserna kan behöva bekräftas. Det kan finnas behov av att avtäcka sådant som har tystats ned, att barnet eller den unga får klargöranden och adekvat information. Barnet eller den unga kan behöva få bekräftelse och erkänsla för sina försök att klara ut sin och familjens situation. Det kan behöva tydliggöras för barnet eller den unga vad som är vuxnas ansvar. Barnet eller den unga kan också behöva få kunskap om missbrukets mekanismer, att missbruk hos föräldrar inte är ovanligt, samt att hennes eller hans situation och reaktioner inte är unika, utan tvärtom vanliga och allmängiltiga i familjer med missbruk.

Val av insats

Dessvärre saknas det än så länge tillförlitlig forskning om effekten av olika stödinsatser för barn och unga i familjer med missbruksproblem, som vägledning för beslut om insatser (se kapitlet Vilka insatser är effektiva?).

Den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen behöver vägas ihop med dels den professionella kompetensen och samlade erfarenheten, dels brukarens erfarenheter och önskemål, s.k. ”evidensbaserad praktik” (EBP). Evidensbaserad praktik kan beskrivas som ett förhållningssätt. När den vetenskapliga kunskapen om effekten av olika insatser är begränsad, får den pro-

professionella kunskapen och erfarenheten samt brukarens erfarenheter och önskemål en större betydelse.

Att göra brukaren delaktig i bedömningar och val av insatser kan öka dels motivationen, dels också brukarens möjlighet att påverka sin situation (38). I detta sammanhang innebär det att lyssna på, reflektera över och använda barns och ungas samt föräldrars uppfattningar, erfarenheter och kunskaper (36).

En svårighet i den professionella bedömningen av valet av insats ligger i att avgöra vilken betydelse generella resultat om effekterna på *grupp*nivå av en insats ska ha för beslut om insats för en *enskild* brukare. Olika insatser kan passa bättre för vissa individer och vissa problembilder än för andra. Detta måste vägas in i en helhetsbedömning. Här kommer både den professionella erfarenheten och brukarens motivation och önskemål in.

Beslut

Socialtjänstens utredning och bedömning av barnets eller den ungas behov kan utmynna i att (34):

- Barnet, den unga eller familjen inte har behov av skydd eller stöd av socialtjänsten. Utredningen avslutas utan insats.
- Barnet, den unga eller familjen har behov av stöd i form av en eller flera öppna insatser inom socialtjänsten.
- Barnet, den unga eller familjen bedöms ha behov av stöd i form av öppna insatser, men den unga eller vårdnadshavaren avböjer och det finns inte tillräckliga skäl för vård enligt LVU (lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga). Utredningen avslutas utan insats.
- Barnet eller den unga har behov av vård utanför det egna hemmet. I första hand bör en placering göras med stöd av socialtjänstlagen. Om vårdnadshavaren eller ett barn som fyllt 15 år inte samtycker till den föreslagna nödvändiga vården kan det bli aktuellt att tillämpa LVU.

Planering och uppföljning

Socialtjänsten bör upprätta en genomförandeplan som beskriver hur ett beslut om öppna insatser konkret ska genomföras. Utifrån beslutsunderlaget formuleras tydliga och realistiska mål för insatsen och vilka resurser som behövs för att uppnå målen. Målet med insatsen blir på detta sätt tydligare för barnet och vårdnadshavaren (34).

Av genomförandeplanen bör det bland annat framgå vilka målen är med insatsen samt när och hur planen ska följas upp (34).¹⁷

Utgångspunkten för uppföljningen är de mål för insatsen som formulerats i genomförandeplanen. Det är viktigt att uppmärksamma om det behövs utökade eller andra insatser.

¹⁷ För en mer utförlig beskrivning av genomförandeplan se Socialstyrelsens handbok (34).

Insatser utan bedömning och beslut

Insatser kan också ges som service¹⁸, vilket innebär att barnet och familjen får en insats utan föregående utredning och bedömning. Det kan ibland vara fallet när familjen själv ansöker om ett stöd som kommunen tillhandahåller, är motiverad och vet vilket stöd den vill ha. Det finns också öppenvårdsmottagningar dit familjerna kan komma direkt och söka och få hjälp.

Det har under 2000-talet blivit vanligare att insatser ges i form av service istället för bistånd. Det saknas nationell statistik över öppenvård som ges i form av service, men en studie har visat att uppemot hälften av insatserna i vissa kommuner ges som service (39).

Det är viktigt att socialtjänsten informerar de sökande om rätten att ansöka om insatser och därmed få behovet prövat. Någon form av förhandling där familjen samtycker till öppna insatser för att inte behöva bli utredd får inte förekomma (34). En hänvisning till en verksamhet som erbjuder service är ett erbjudande. Socialtjänsten har därmed ingen möjlighet att följa upp om familjen alls kontaktar verksamheten eller om detta leder till att barnet eller den unga får stöd och hjälp. Man kan dock mycket väl komma överens med föräldrarna om att ha en uppföljande kontakt.

¹⁸ 3 kap. 6 § andra stycket SoL

Stödinsatser till barn, unga och deras föräldrar

Kapitlet i korthet:

- Stödinsatserna för barn och unga i familjer med missbruk behöver inriktas på att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer.
- Målsättning, planering, innehåll och metoder för insatserna behöver sättas i relation till risk- och skyddsfaktorer samt bygga på en helhetsbedömning av barnets eller den ungas situation.
- Såväl socialtjänsten som flera andra aktörer erbjuder olika former av stöd och hjälp till barn och unga i familjer med missbruksproblem.

Insatser som bygger på kunskap om risk- och skyddsfaktorer och helhetssyn

Vilken typ av insatser kan vara aktuella?

Det finns ingen entydig beskrivning av vad stödinsatser för barn och unga i familjer med missbruk ska innehålla. Det finns dock forskning som kan ge generell kunskap om barns och ungas utveckling, anknytningsmönster samt risk- och skyddsfaktorer m.m. När det gäller effekter av insatser finns det mycket begränsade kunskaper inom den sociala barnvården, t.ex. vilka insatser som är lämpliga för vilka barn och vilka familjer (34). Den aktuella vetenskapliga kunskapen om effekter av insatser riktade specifikt till barn och unga i familjer med missbruksproblem redovisas i kapitlet Vilka insatser är effektiva?

Liksom i annat socialt arbete med barn och unga kan det vara relevant att tänka i termer av att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer.

För målgruppen barn till föräldrar med missbruk finns riskfaktorer ofta i det som rör familjesituationen, missbruket och andra problem hos föräldrarna och i familjen. Behandling riktad till förälder/föräldrar som rör själva missbruket, eventuella psykiska problem, relationsproblem, våld m.m., i syfte att minska dessa riskfaktorer, är rimligen grundläggande för att förbättra barnets situation.

Kunskapen om skyddsfaktorer pekar på vilken inriktning insatserna kan behöva ha för att stärka möjligheterna till en positiv utveckling för barn och unga vilkas föräldrar missbrukar. Det kan vara sådant som rör barnets förmåga att hantera problem som är direkt eller indirekt relaterade till föräldrarnas missbruk, generella problemlösningstrategier, förmåga att hantera konflikter, sociala relationer och stöd i att söka hjälp när man själv eller föräldern har problem (40).

Om socialtjänsten i sin utredning kommit fram till att det finns sådana riskfaktorer att barnet eller den unga behöver skydd, eller att föräldrarna inte

har förmåga att tillgodose barnets eller den ungas behov, kan en placering utanför hemmet bli nödvändig. När det rör barn och unga utan allvarligare beteendeproblem blir det oftast en familjehemsplacering. I första hand ska socialtjänsten undersöka om en anhörig eller annan närstående har möjlighet att ta emot barnet. I annat fall rekryteras ett utomstående familjehem att ta emot barnet eller den unga. Unga som har utvecklat egna beteendeproblem och behöver omfattande vård kan behöva placeras i ett hem för vård eller boende (HVB) med olika inriktning. En placering kan pågå under kortare eller längre tid. Ibland har barnet eller den unga ett regelbundet umgänge med föräldrarna, ibland liten eller ingen kontakt. När barnet eller den unga genom placeringen väl fått skydd för missbrukets konsekvenser kan hon eller han ha stora behov av olika stödinsatser, t.ex. för att bearbeta händelser eller av andra skäl.

Att stärka skyddsfaktorer

Forskningen kring skyddsfaktorer är inte specifikt inriktad mot barn i missbruksfamiljer och vad det är som gör att en del barn klarar sig bra, trots att de har en missbrukande förälder. Det finns dock kunskap att hämta från forskning som rör skyddsfaktorer och resiliens (motståndskraft) i allmänhet. Nedanstående beskrivning av vad som kan vara skyddsfaktorer för barn och unga kan sättas i relation till barnets eller den ungas behov och vad en tänkt insats skulle kunna ge.

Faktorer som enligt forskningen (9, 10, 23, 41) kan vara skyddande, främja en positiv anpassning och motståndskraft, är bland annat:

- nära relationer med en trygg anknytning,
- goda relationer till kompetenta och omtänksamma vuxna (i familjen och i närsamhället),
- social kompetens,
- gott självförtroende,
- en realistisk tro på sig själv och på att kunna styra sitt liv,
- god problemlösningsförmåga med ändamålsenliga strategier för att hantera svårigheter,
- förmåga att reglera känslor och reaktioner,
- optimism, tillförsikt och nyfikenhet samt
- motivation att fungera effektivt i sin miljö.

I många sammanhang som rör barn och unga används även teorin KASAM och det resonemang om skyddande faktorer som förs inom den. KASAM betyder känsla av sammanhang, dvs. begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begreppet har sitt ursprung inom stressforskning och anses kunna bidra till att en person kan klara även mycket stressande situationer (42).

Stöd och skydd under pågående missbruk

Insatser till barnet eller den unga kan inte ses frikopplade från familjesituationen och det missbruk som finns hos föräldern. Missbruk förändras över

tid. En del missbrukar i perioder, kortare eller längre, andra har mer eller mindre pågående missbruk under lång tid. Återfall i missbruk är vanliga och kan vara svåra att förutse. Situationen kan drastiskt förändras till det sämre för ett barn som lever i en familj där missbruk förekommer. Barnet eller den unga kan bo hos en nykter förälder och ha umgänge med en förälder med pågående missbruk, och på så sätt vara mycket utsatt i perioder. Det är därför inte möjligt att vara helt säker på att barnet eller den unga under en insats är skyddad från ett pågående missbruk i familjen.

Det är viktigt att socialtjänsten eller den aktör som ger en insats förvissas sig om att barnet eller den unga inte är i behov av ytterligare stöd eller skydd. En sådan bedömning behöver göras kontinuerligt.

Särskilt allvarligt är det om det finns missbruk eller psykiska problem i kombination med våld mellan föräldrarna (34).

Del i en helhet

När barn och unga lever i familjer med missbruk är det viktigt att ha en helhetssyn på barnets eller den ungas situation. Att tillgodose barns och ungas behov innebär nästan alltid att även tillgodose föräldrarnas behov (34). När det gäller föräldrar med missbruksproblem är det centralt att de ges det stöd och hjälp de behöver för att bli nyktra och hålla sig nyktra. Det kan också behövas andra insatser som påverkar relationen mellan föräldrarna eller föräldraförmågan.

Barn har utifrån barnkonventionen rätt till utveckling, men inte enbart som en förberedelse för vuxenlivet. Det handlar om att erbjuda bästa möjliga förhållanden för barndomen, för barnets liv just nu.¹⁹

I Sverige är det vanligt att insatser för barn och unga som lever i familjer med missbruk ges i form av stödgruppsverksamheter (43). Sådana insatser kanske kan vara tillräckliga för en del barn och unga, men inte för alla. Det kan behövas andra typer av insatser med annat syfte, som komplement eller i stället för stödgrupp, och kanske under en längre period än den relativt korta tid som den insatsen vanligen varar. Exempel på andra insatser som förekommer är enskilt stöd i olika former, bearbetning av upplevelser m.m.

Det kan finnas risker med att barn får en egen insats om inte föräldrarna samtidigt får stöd och hjälp för sina problem. Att ensamt agera spjutspets i familjens förändringsarbete är en alltför tung börda för ett barn. Den övergripande målsättningen måste vara att barnet eller den unga ska få det bättre, inte att hon eller han ska lära sig stå ut. Det är därför angeläget att verksamheter som ger insatser till barn och unga vilkas föräldrar missbrukar har ett nära samarbete med föräldrarna samt med övriga stödinsatser som samhället kan erbjuda. Socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kan behöva ge barnen och/eller föräldrarna kompletterande stödinsatser. För föräldrar med missbruksproblem är missbruksvården samt vuxenpsykiatri viktiga aktörer att samverka med.

Verksamheter som drivs i kommunal regi kan ibland vara mer naturligt integrerade i den övriga sociala barn- och ungdomsvården än de som drivs av frivilliga organisationer. Det är dock angeläget att alla berörda skapar en

¹⁹ Artikel 6 FN:s konvention om barnets rättigheter.

nära samverkan med övriga inom fältet. En verksamhet som man söker till på eget initiativ har troligen ett högt förtroende hos familjerna, och i kraft av detta en möjlighet att stötta föräldrarna till fortsatt förändringsarbete i familjen.

Flera aktörer

Det finns ett stort utbud av aktörer inom den sociala sektorn. Förutom socialtjänsten finns det privata aktörer och frivilligorganisationer som på olika sätt bidrar till det sociala arbetet med barn och unga, inte minst när det gäller dem som har föräldrar som missbrukar.

Socialtjänsten

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för barn och unga som vistas i kommunen. Socialnämnden ska bl.a.:

- verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden,
- i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom och
- i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.²⁰

De generella formuleringarna tyder på att ansvaret är delat med andra samhällsfunktioner för barn och unga (44).

Frivilligorganisationer

Föreningslivet i Sverige har en lång tradition av nykterhetsarbete. Bland annat driver frivilligorganisationer olika behandlingsinstitutioner för vuxna med missbruksproblem.

Frivilligörelsen arbetar också med utbildning, information och opinionsbildning som ett led i ett drogförebyggande arbete. Arbetet bedrivs både ideellt och med anställd personal.

Föreningar som vänder sig till barn och unga bedriver inte i samma utsträckning behandlingsarbete, även om det också förekommer. Frivilligorganisationer har varit pionjärer med stödgruppsverksamhet för barn och unga vilkas föräldrar missbrukar.

Övriga aktörer

Det har länge funnits privata utövare av behandlingsinsatser för vuxna med missbruksproblem. Privata aktörer bedriver behandling på hem för vård eller boende eller familjehemslösningar av olika slag. Verksamheten kan kompletteras med olika typer av öppenvårdsinsatser. Det har också vuxit fram privata alternativ som endast fokuserar på öppenvård. Ibland fungerar

²⁰ 5 kap. 1 § SoL

de som komplement till kommunens egna resurser, ibland upphandlar kommunen all öppenvård av företaget. Det är dock en mindre del av institutionsvården och öppenvården som bedrivs privat. 86 procent drivs i offentlig regi och av återstoden drivs en del även av ideella organisationer (45).

Det finns också privata stödverksamheter för barn och unga.

Socialtjänstens och andra aktörers stödinsatser

Socialtjänsten har ett varierat utbud av insatser till barn och unga och deras föräldrar. Även små kommuner kan ofta erbjuda flera insatser genom att de samverkar med andra kommuner eller andra verksamheter inom den egna kommunen (43). I Socialstyrelsens kartläggning av öppenvården framkom att kommunerna i medeltal har åtta insatsformer att tillgå för barn och tio för ungdomar. Även frivilligorganisationer ger insatser som syftar till stöd och hjälp till barn och unga på olika sätt (47). Många av de insatser som ges är flexibla och kan användas parallellt, samt utformas efter barnens och föräldrarnas behov.

Några exempel på stödinsatser som är vanliga i arbetet med målgruppen barn och unga med missbruk i familjen ges nedan. Flertalet är inte vetenskapligt utvärderade (se kapitlet Vilka insatser är effektiva?). För den som vill läsa mer om öppna insatser hänvisas till den tidigare nämnda kartläggningen (43).

Insatser inom missbruks- och beroendevård

Den enskilt viktigaste insatsen för barn i familjer med missbruk torde vara att den riskfaktor som missbruket utgör upphör. Förutom de stödinsatser som föräldrar får för sitt föräldraskap behöver de som har missbruksproblem och deras anhöriga ofta insatser för egen del.

Som nämnts är såväl kommunal socialtjänst som frivilligorganisationer viktiga aktörer i detta arbete. Det kan handla om allt från missbruksbehandling på institution till stöd i öppenvård. Även vuxna anhöriga kan få stöd och hjälp. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård ges vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem (1).

Stödgruppsverksamheter

Stödgruppverksamhet för barn unga med olika slags svårigheter är en vanlig insats. Den ges bland annat till barn och unga med missbruk, våld eller psykisk sjukdom i familjen. Det finns en ökad risk för att personer med alkohol- och/eller narkotikaproblem samtidigt har psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Det finns också ett omvänt samband, det vill säga att personer som någon gång har haft en psykiatrisk diagnos oftare än övriga befolkningen också har haft ett alkoholproblem (1). Alkoholbruket hos föräldrarna är en påtaglig riskfaktor för barnmisshandel, och ökar också risken för att barnet ska bevittna våld (1, 21, 48).

Omkring två tredjedelar av kommunerna har tillgång till stödgruppsverksamhet specifikt för barn och unga med föräldrar som missbrukar (47, 49,

50). Även om sådana grupper är den tydligast målgruppsinriktade verksamheten för barn med missbruk i familjen är det inte så många barn som berörs totalt sett. År 2008 uppskattades ca 2700 barn ha deltagit i sådan gruppverksamhet (49).

Stödgruppsverksamheten vänder sig till barn och unga som har levt eller lever i familjer med missbruksproblem av varierande grad. Insatsen kan ges som såväl bistånd som service, och det är många olika aktörer som erbjuder den. En stor del av stödgruppsverksamheterna är kommunala, men även frivilligorganisationer kan vara huvudmän.

Socialstyrelsen har gjort en mindre kartläggning av sju stödgruppscentra som arbetar med barn och unga med föräldrar som har eller har haft missbruk av alkohol eller droger.²¹ Frågeställningarna rörde verksamheternas mål och syfte, uppföljning, utvärdering och resultat, organisation, huvudmannaskap och anställda, finansiering, teoretisk grund, manualer och program, utbildningar, målgrupp, rekrytering, övrig verksamhet samt vilka svårigheter, utvecklings- och vägledningsbehov verksamheterna upplevde. (En sammanfattning av kartläggningen finns i bilaga 1.)

Ibland kan de som arbetar med stödgruppsverksamhet för barn till föräldrar med missbruk ha svårt att fylla grupperna. En möjlighet skulle kunna vara att blanda gruppen, dvs. att ha t.ex. barn som bevittnat våld och barn vilkas föräldrar missbrukar i samma grupp. De som intervjuats i Socialstyrelsens kartläggning av stödgruppsverksamheter ställer sig dock tveksamma till att blanda barn med olika problembild. De menar att det kan bli svårt för barnen att känna igen sig i varandras berättelser. Det gör det också svårare för gruppledaren att ge specifik kunskap om missbruk och beroende samt dess konsekvenser.

Stödgruppsverksamheterna arbetar med barn och unga i grupp och följer ett antal teman, t.ex. känslor, missbruk och familjen. Det är vanligast att stödgruppen träffas 15 gånger, men även andra varianter finns.

Forskning om riskfaktorer visar att det kan finnas risker för negativa biefekter om man sammanför unga med svårigheter i grupper, i synnerhet om verksamheten inte är tillräckligt strukturerad. Det kan nämligen bli en negativ ömsesidig påverkan i grupper av unga med sociala och psykiska problem. De kan förstärka varandras negativa beteenden, i s.k. avvikelsesträning (10, 23). För att minska risken för negativa effekter av insatsen är det därför angeläget att ledare för stödgruppsverksamhet för unga är särskilt uppmärksamma på hur de sätter ihop grupper, att de undviker ostrukturerade situationer och följer deltagarna noga.

En del aktörer erbjuder också parallellt med gruppverksamheten för barn och unga en stödgruppsverksamhet för föräldrarna. En form är att en icke missbrukande förälder och de föräldrar som kan vara nyktra vid mötestillfället deltar i stödgrupp med ungefär samma teman som stödgruppen för barnet eller den unga. Syftet är då att öka kunskapen om missbruk och att öka för-

²¹ Verksamheter som ingår i kartläggningen är Ersta vändpunkten i Stockholm, Eleonora-gruppen i Linköping, Tryggve Gotland, Myran i Sandviken, Trappan i Uppsala, Bona Via i Göteborg och Grinden i Gävle.

ståelsen för hur det är att växa upp i en familj med missbruk. En annan form av stöd syftar till att stärka föräldraskapet och kommunikationen i familjen.

Enskilt samtalsstöd

I stort sett samtliga kommuner kan erbjuda enskilt samtalsstöd. Det kan ges till såväl barn och unga som föräldrar. Samtalsstödet kan ha olika karaktär, alltifrån korta rådgivande samtal till terapeutiska samtal som pågår under en längre tid.

Kontaktperson och kontaktfamilj

Kontaktperson eller kontaktfamilj är en vanlig insatsform. Yngre barn får ofta kontaktfamilj, då barnet t.ex. sover hos kontaktfamiljen en till två gånger i månaden. Syftet kan vara dubbelt, dels att ge barnet fler och trygga vuxenförebilder, dels att ge föräldern avlastning. Kontaktperson och kontaktfamilj kan bidra till att ge barnet eller den unga en relation med en stabil vuxen person utanför familjen, vilket kan fungera som en skyddsfaktor.

Det finns också kvalificerade kontaktpersoner som arbetar utifrån ett tydligt behandlingsuppdrag. Den insatsen ges ofta till lite äldre ungdomar för att bryta destruktiva mönster, t.ex. ett eget begynnande missbruk, eller för att stötta i övergången till vuxenlivet, där kanske föräldrar med missbruksproblem inte räcker till. Även den kvalificerade kontaktpersonen kan fungera som en betydelsefull vuxen utanför familjen, som med sitt engagemang kan verka som en skyddande faktor.

Samspelsträning

I familjer där det finns missbruksproblem hos någon av föräldrarna kan detta ha påverkat föräldrarnas kontakt med och lyhördhet för barnet och dess behov. Träning av samspel syftar till att hjälpa föräldrarna att se barnets eller den ungas behov och finna fungerande sätt att relatera till, fostra och stödja sina barn. Även anknytningen kan vara störd pga. missbruket. Syftet med samspelsträning är att stärka föräldrarnas förmåga att skapa en djupare känslomässig relation till barnet, vilket ofta är en förutsättning för att barnet ska kunna få en tryggare anknytning. Samspelsträning ges såväl som bistånd som serviceinsats, ofta i samverkan mellan socialtjänsten och annan huvudman.

Socialpedagogisk insats

Syftet med en socialpedagogisk insats är att påverka barnet eller den unga och familjens situation genom att använda aktiviteter och upplevelser i vardagen pedagogiskt, under varierande tid och intensitet. Det kan handla om att arbeta med de svårigheter som kan uppstå med föräldrarnas gränssättning och omsorg gentemot barnen. Insatsen kan ge barnet och familjen stöd och hjälp i hemmet att hitta nya fungerande rutiner och förhållningssätt gentemot varandra och synliggöra barnets behov.

Skolsocial insats

Missbruk under graviditeten kan skada fostret. Sådana skador kan ibland bli särskilt tydliga när barnet börjar i skolan och det börjar ställas krav på koncentration och på att hämta in kunskaper. Det kan då bli nödvändigt med extra insatser i skolan för att barnet ska kunna tillgodogöra sig undervisningen.

Även för barn och unga utan sådana skador med missbruksproblem i familjen kan ett extra stöd i förskola och skola behövas. Goda skolresultat är en viktig skyddsfaktor, liksom ett stöd i barnets eller den ungas nätverk och vardag från en person utanför familjen, t.ex. i förskola eller skola.

Riktad dagverksamhet

För ungdomar kan riktad dagverksamhet innebära en strukturerad vardag med arbetsträning och utbildningsinsatser. Den kan utgöra ett komplement för de barn och unga som av olika anledningar inte har klarat den ordinarie skolgången. Detta kan t.ex. bero på att missbruket har bidragit till att de inte har fått sina behov av struktur och förutsägbarhet tillgodosedda i familjen. I en strukturerad dagverksamhet kan den unga få komplettera sina kunskapsbrister och träna sina färdigheter.

Kvalificerat nätverksarbete

En mobilisering av nätverket kan vara avgörande för att barnet eller den unga ska få det skydd och stöd som hon eller han behöver. Nätverket kan också stötta föräldrar på olika sätt i deras rehabilitering. Kvalificerat nätverksarbete syftar till att mobilisera och/eller intervensera i ett stödjande nät av personer bland släkt, vänner och professionella runt barnet eller den unga.

Föräldrastöd

Föräldrastöd riktat såväl generellt till alla föräldrar med barn i en viss ålder som till en identifierad målgrupp, exempelvis barn som ofta hamnar i konflikter och bråk, används av såväl socialtjänsten som andra aktörer (43). Det finns olika inriktningar på föräldrastöd – program, utbildning och träning av olika slag förekommer.

Vilka insatser är effektiva?

Kapitlet i korthet:

- Det saknas tillförlitlig kunskap om vilka metoder för stöd till föräldrar, barn och unga som lever i familjer med missbruksproblem som är effektiva.
- Svenska och nordiska utvärderingar på området saknas. Både effektutvärderingar och lokala uppföljningar behöver därför genomföras.

Evidens saknas för effekter av stödinsatser för barn och unga

Finns det metoder som kan ge stöd till barn och unga som lever i familjer med missbruk och som är utvärderade på ett tillförlitligt sätt? För att ta reda på det har Socialstyrelsen gjort en kunskapsöversikt med syfte att sammanställa och värdera det vetenskapliga underlaget och effekten av insatser till barn och unga som lever i familjer med missbruksproblem (51).

En motsvarande genomgång gjordes för insatser till barn och unga som lever i familjer där en eller båda föräldrarna har psykisk funktionsnedsättning. Det senare motiverades av att det är vanligt med samsjuklighet mellan alkoholberoende och psykiska sjukdomar som depression och ångest (se till exempel Ries 2006 [52]). Det är därför möjligt att insatser riktade till barn och unga som lever i familjer där minst en förälder har en psykisk funktionsnedsättning även fångar upp barn och unga i familjer med missbruk.

Insatserna skulle vara utvärderade på ett sådant sätt att man kan uttala sig om att effekten beror på insatsen och inte på andra faktorer. Därför ingick endast utvärderingar där en grupp fick insatsen och en annan grupp fick en annan insats eller ingen insats alls. Sökningen efter studier genomfördes i flera relevanta databaser och experter och forskare i ämnet kontaktades. För att tas med i kunskapsöversikten skulle utvärderingen omfatta barn och unga i åldern 3–18 år, som levde med minst en förälder med missbruksproblem eller med psykisk funktionsnedsättning. Metoder som endast vände sig till föräldrarna ingick inte, inte heller studier där barnet eller den unga själv missbrukade alkohol och/eller narkotika.

Insatser till barn och unga i familjer med missbruk

Vad gäller insatser med syftet att ge stöd till barn och unga som lever i familjer med missbruksproblem fanns två relevanta studier som uppfyllde de uppsatta kriterierna. Ingen av dem var svensk eller nordisk.²² En av studierna utvärderade en insats som innebar att barnen skulle delge sina upplevel-

²² För två insatser (gruppverksamheter: Ersta Vändpunkten, Stockholm och Trappan, Uppsala) finns det svenska utvärderingar, men utan kontroll- eller jämförelsegrupp, varför de inte togs med i den aktuella översikten.

ser genom en så kallad emotionell skrivuppgift (53). Den andra utvärderade en skolbaserad stödgruppverksamhet (54). Båda utvärderingarna hade så stora brister att resultaten från dem inte bedöms vara tillförlitliga. Resultaten redovisas därför inte.

Insatser till barn och unga med föräldrar som har psykiska funktionsnedsättningar

För insatser som riktar sig till barn och unga vilkas föräldrar har psykiska funktionsnedsättningar identifierades endast en utvärdering som motsvarade kriterierna för att tas med i översikten (55–57).

Beardslees familjeintervention är en metod utvecklad och utvärderad för barn till föräldrar med depression. Insatsen syftar till att öka kommunikationen i familjen kring föräldrarnas sjukdom, stärka föräldraskapet och stödja föräldrarna att agera på ett sätt som är skyddande för barnets psykiska utveckling. Barnen deltar i familjeinterventionen och får själva stöd genom enskilda samtal.

De personer som togs med i utvärderingen skulle inte ha ett berusningsdrickande.²³ Beardlees familjeintervention används i familjer med missbruksproblem i Finland och diskussioner förekommer även i Sverige om att börja använda metoden i familjer med missbruksproblem.

Studiens tillförlitlighet var medelgod, dvs. utvärderingen var ganska välgjord men hade vissa brister. I utvärderingen jämfördes Beardlees familjeintervention med en insats som bestod av två gruppföreläsningar för föräldrarna om depression i ett familjesammanhang. Föreläsningsinsatsen kan, precis som familjeinterventionen, ses som en preventiv s.k. psykoedukativ metod, men är inte utvärderad. Då Beardlees familjeintervention har utvärderats i jämförelse med en annan insats som inte heller är utvärderad tidigare, innebär det att det i nuläget saknas information om insatsernas effektivitet. Resultatet från den granskade utvärderingen visar dessutom att Beardlees familjeintervention inte var mer effektiv än den andra insatsen. Därmed bedöms Beardlees familjeintervention för närvarande som en insats med okänd effektivitet.

Eftersom det saknas utvärderingar av etablerade verksamheter som vänder sig till målgruppen barn och unga som lever i familjer med missbruksproblem behöver sådana snarast genomföras. Det är viktigt att påpeka att det kan förekomma verksamma insatser för de aktuella målgrupperna. I dagsläget går det dock inte att uttala sig om effekterna, eftersom de inte har utvärderats (58).

Oklart om effekter av föräldraträning

Socialstyrelsen har också publicerat en översikt om det vetenskapliga underlaget för föräldraträningsinsatser för personer med missbruk eller beroende av alkohol och/eller droger (59). Insatserna skulle vara utvärderade på ett sådant sätt att man kan uttala sig om ifall effekten beror på insatsen och inte av andra faktorer. Därför ingick även här bara utvärderingar där en grupp

²³ På engelska: excessive drinking. Däremot visar studien att ett antal personer med missbruksproblem trots det deltog i studien. Se Beardlee m.fl. 2003 (57).

fick metoden och en annan grupp fick en annan metod eller ingen insats alls. I de studier som togs med skulle insatsen innehålla föräldraträning och syfta till att stärka, påverka och förbättra föräldraskapet. Insatser som endast vände sig till barnen eller där insatsen syftade till att ge ett generellt stöd till föräldrar med missbrukproblem togs inte med. Sökningen efter studier genomfördes i flera relevanta databaser och experter och forskare i ämnet kontaktades. Efter läsning av sammanfattningar av artiklar bedömdes sex artiklar uppfylla de uppsatta kriterierna.

I de sex artiklarna rapporteras utvärderingar om totalt tre olika insatser för föräldrar med missbruksproblem (60–62). Det fanns en utvärdering av respektive insats och för alla tre utvärderingarna bedömdes tillförlitligheten vara medelgod, dvs. alla var ganska välgjorda men hade vissa brister. Ingen av utvärderingarna hade gjorts i Sverige eller i något annat nordiskt land. Genomgången av forskningen visar också att inget av de vanligaste föräldraträningsprogrammen, t.ex. De otroliga åren, är utvärderade för gruppen föräldrar med missbruksproblem (enligt personlig kontakt med C. Webster-Stratton).

Resultaten från utvärderingarna av ”Focus on Families” (FOF), numera kallat ”Families facing the future”, rapporteras i tre artiklar (60, 63, 64). Insatsen består av en kombination av föräldraträning som ges i grupp under fyra månader och en individuell insats i form av hemmabaserad case management (CM) under sammanlagt nio månader. Deltagarna var föräldrar med ett drogmissbruk som deltog i metadonbehandling vid två olika öppenvårds-kliniker. Generellt fanns inga effekter till FOF:s fördel när den jämfördes med standardbehandling.

Resultatet av utvärderingen av ”Relational Psychotherapy Mothers Group” (RPMG) visade inte heller på någon generell fördel mot den utvärderade insats som den jämfördes med (återfallsprevention) (62). Syftet med insatsen var att ge stöd i föräldraskapet till mödrar som deltog i metadonbehandling vid tre olika öppenvårdskliniker. På längre sikt var syftet att förebygga vanvård och övergrepp samt förebygga psykisk ohälsa hos barn och mödrar. Insatsen gavs under sex månader (24 veckor) och innehöll gruppmöten en gång per vecka om 90 minuter.

Vad gäller insatsen föräldraträning i kombination med parterapi finns en pilotutvärdering med medelgod tillförlitlighet (65). Syftet med insatsen är att föräldrarna ska utveckla föräldraförmågan och att familjerelationerna ska förbättras. Insatsen pågick under tolv veckor med en 60-minuterssession per vecka. Sex av träffarna bestod av föräldraträning i grupp tillsammans med tre till fem andra föräldrapar, och återstående sex träffar bestod av beteendeparterapi. I utvärderingen deltog familjer där fäderna hade alkoholmissbruk och deltog i öppenvårdsbehandling vid en enhet i USA. Utvärderingen genomfördes under 2004 till 2005 (personlig kommunikation med M. Kelley) och jämfördes med två andra insatser. Det var dels en grupp som gavs tolv sessioner parterapi och dels en grupp där männen gavs tolv sessioner individuell kognitiv beteendeterapi. Trots att studien innehåller få deltagare visar resultatet på statistiskt säkerställda effekter till insatsens (RPMG) fördel, vad gäller barnets självrapporterade psykiska hälsa. För övriga resultatmätt är effekterna generellt sett till insatsens fördel, även om inga ytterligare statistiskt säkerställda effekter fanns. Insatsen har således jämförts med

två andra insatser, beteendeparterapi och individuell kognitiv beteendeterapi, vilka båda förekommer i någon form inom socialt arbete i Sverige.

Sammanfattningsvis finns en lovande insats (föräldraträningsinsats med kombinerad parterapi) som behöver utvärderas i ytterligare studier innan den kan betraktas som evidensbaserad och effektiv. Eftersom det saknas svenska eller nordiska utvärderingar av insatser för denna målgrupp är behovet av sådana stort.

Att dokumentera och följa upp insatser och verksamhet

Kapitlet i korthet:

- Det finns ett stort behov av att dokumentera, följa upp och utvärdera verksamheter och metoder på ett strukturerat och systematiskt sätt, för att öka kunskapen om insatser för barn och unga i familjer med missbruk och deras effektivitet.
- En klar och tydlig dokumentation av verksamheten, dess mål och innehåll, utgör en bra grund för senare uppföljningar och gör också verksamheten synlig för brukare och andra.
- Med standardiserade instrument kan bedömningar och uppföljningar bli mer strukturerade och enhetliga.
- Kostnaderna för verksamhet som riktar sig till barn och unga i familjer med missbruksproblem behöver ses i ett helhetsperspektiv, där även värdet av det förebyggande arbetet vägs in.

Stort behov av strukturerad dokumentation, uppföljning och utvärdering

Den forskningsgenomgång som redovisats visar att det till stor del saknas vetenskaplig kunskap om effekterna av olika stödinsatser för barn och unga i familjer med missbruk. Det gäller fortfarande inom stora delar av det sociala området.

Det behövs kvalificerade vetenskapliga utvärderingar där olika metoder och insatser jämförs på ett tillförlitligt sätt. Denna kunskap kommer att växa i takt med att fler sådana studier genomförs. Det behövs också svenska studier, eftersom kunskap från internationell forskning behöver prövas för svenska förhållanden.

Men det behövs också annan systematiserad kunskap. För att få en ökad kunskap om resultatet av insatserna, både för var och en som berörs och för verksamheten som helhet, behövs också mer strukturerad och kontinuerlig lokal uppföljning av verksamheter som riktar sig till målgruppen.

Det finns vidare ett stort behov av tydliga målformuleringar samt en genomtänkt och strukturerad dokumentation av innehållet i olika verksamheter och insatser, i relation till uppsatta mål. Det är också viktigt att tydligare definiera vilka skyddsfaktorer som ska stärkas och vilka komponenter insatserna bör innehålla för att ge stöd och förebygga eventuella framtida problem.

Att värdera olika typer av kunskap och information

I en evidensbaserad praktik behöver den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen användas, tillsammans med den professionella (samt brukarens erfarenheter och önskemål). Kunskap om vilka resultat olika metoder ger och hur verksamheter fungerar för brukarna kan graderas utifrån hur systematiserad och tillförlitlig den är, men också utifrån vilken information den ger och hur den kan användas.

För att vara säker på att positiva effekter beror just på en viss insats krävs vetenskapliga metoder som är tillförlitliga. Det innebär att det måste finnas jämförelsegrupper som är likvärdiga samt att grupperna är tillräckligt stora för att några säkra slutsatser ska kunna dras, dvs. att det inte är slumpen som spelat in. Vidare är det viktigt att studierna är gjorda av oberoende forskare samt att det är fler än enstaka studier som visat liknande resultat.

Om man inte har jämförelsegrupper, utan strukturerade före-eftermätningar, kan man inte vara säker på att det är just insatsen och inte något annat som har medverkat till förbättringarna. Det kan t.ex. vara sådant som tiden i sig eller mognad hos deltagare. Sådana studier och lokala uppföljningar kan ändå ge information om utvecklingen hos deltagarna, och om det finns behov av ytterligare insatser.

Det finns också studier och uppföljningar som bara grundar sig på deltagarnas uppfattning om effekten, i efterhand. Här finns flera felkällor. Det kan t.ex. vara något annat än insatsen som hjälpt, som sammanfallit i tiden. Den som har genomgått en behandling vill ofta vara positiv, både till insatsen och till den som har stått för den. Ändå kan denna typ av information vara viktig i lokala uppföljningar av egen verksamhet, inte minst för att man behöver ta vara på deltagares erfarenheter för att utveckla och förbättra verksamheten. Sådana uppföljningar ger också viktig information om den enskilda brukaren. Individens upplevelse av förbättring, t.ex. ökad självkänsla, bättre förmåga att hantera svårigheter och framtidstro, är viktig, såväl här och nu som för den framtida utvecklingen – oavsett vad som har åstadkommit detta. Information om att det inte skett någon förbättring är också ett viktigt underlag för att bedöma vilka andra insatser som kan behövas.

Många gånger har behandlare en egen samlad erfarenhet av att en metod eller insats fungerar väl. Sådana erfarenheter är subjektiva och riskerar att påverkas av egna förväntningar och förhoppningar, vilka ger ett selektivt seende. Ändå kan de iakttagelser av utveckling och förändring hos brukare, som görs i en professionell relation, ge en värdefull kvalitativ kunskap som är svår att få på annat sätt. Den behöver så långt som möjligt struktureras och systematiseras samt bekräftas av kompletterande uppgifter och med andra metoder.

Att dokumentera innehållet i en verksamhet

En klar och tydlig dokumentation av de olika delarna i en insats eller verksamhet är en förutsättning för goda verksamhetsbeskrivningar och för planering av kommande verksamhet. Ett ytterligare skäl för en sådan dokumentation är att synliggöra insatsens eller verksamhetens innehåll för såväl brukare som beslutsfattare och forskare. Nedan ges en kort beskrivning av vad

som kan vara viktigt att tänka på i dokumentationen av manualbaserade verksamheter och andra verksamhetsbeskrivningar.²⁴

Innehåll i en manual eller verksamhetsbeskrivning

En manualbaserad verksamhet bygger på att alla deltagare får samma insats. Det gäller t.ex. stödgruppsverksamheter för barn och unga i familjer med missbruk, som ofta följer olika i förväg fastställda program med en färdig struktur, där särskilda teman följer på varandra.

En manual eller verksamhetsbeskrivning kan innehålla de grundläggande förutsättningarna för insatsen, dess teoretiska grund, dess struktur och de delmoment som ingår, och vara tillgänglig för personal, brukare och andra intressenter, ”Så här arbetar vi”.

Några viktiga aspekter att ha med i en beskrivning av en verksamhet är t.ex. följande:

- *Teoretisk och vetenskaplig grund.* Vilken kunskapsgrund, vilka teorier och grundtankar bygger verksamheten på? (T.ex. kunskap om risk- och skyddsfaktorer, anknytningsteori, utvecklingspsykologisk teori, utvecklingsekologisk teori, systemteori, eller en kombination av flera teorier och förhållningssätt.)
- *Syfte med insatsen.* Vad man vill uppnå, t.ex. formulerat i termer av vilka eventuella riskfaktorer som ska minska och skyddsfaktorer som ska stärkas.
- *Struktur och utförande.* Såväl strukturen i sig, t.ex. möten i grupp (generella eller tematiska), individuella samtal, ”hemläxor”, varaktighet över tid och per gång, frekvens (hur ofta), antalet gruppleddare, styrformer m.m., samt hur detta motiveras utifrån den teoretiska grunden och syftet med insatserna.
- *Innehåll.* T.ex. olika teman, rollspel, läxläsning m.m., samt även här hur detta motiveras utifrån den teoretiska grunden och syftet med insatserna.
- *Uppföljning.* Hur deltagarnas uppfattning av helheten och olika moment samt måluppfyllelsen ska följas upp (se vidare nedan).²⁵

Dokumentation av genomförandet

Som underlag för jämförelse av olika verksamheter och metoder behövs förutom mål- och strukturbeskrivningar andra uppgifter.

På gruppnivå behöver man dokumentera antal deltagare, kön och ålder, hur de rekryterats och typ av problem. En viktig information är om barnets/den ungas förälder/föräldrar parallellt (eller förskjutet i tiden) fått någon form av egen insats.

²⁴ Observera att detta avsnitt inte tar upp den dokumentation och uppföljning som socialtjänsten är skyldig att göra i enskilda ärenden som rör myndighetsutövning. Se Socialstyrelsens handbok (34). Observera även att bestämmelserna om behandling av personuppgifter som kan vara aktuella som finns i personuppgiftslagen (1998:204), PuL samt lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPuL, samt förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPuLF.

²⁵ I Skerfving (2009) finns ett förslag till ett utförligt formulär för att dokumentera gruppverksamhet för barn och unga med missbruk i familjen (66).

Även om det finns en i förväg fastställd struktur för t.ex. en stödgrupps-verksamhet kan det vara viktigt att dokumentera sådant som antalet träffar, gruppleddare, innehållet från gång till gång samt något om grupprocessen.

Att följa upp resultat av insatser på individ- och grupp-nivå

En strukturerad uppföljning av insatserna i en verksamhet är nödvändig som grund för att bedöma hur de svarar mot deltagarnas behov, att få en uppfattning om hur verksamhetens olika delar fungerar samt vad som kan behöva utvecklas och förbättras. Uppföljningar kan göras på individnivå och sammanställas på grupp-nivå som en bild av hur verksamheten fungerar, både för olika deltagare och generellt sett.

Det finns olika sätt att göra individuella uppföljningar:

- Ett sätt att följa upp hur en insats fungerat och se en eventuell förändring är att före och efter insatsen ta in information för varje deltagare med hjälp av färdiga formulär med relevanta frågor, helst s.k. standardiserade bedömningsinstrument (se närmare nedan).
- Uppföljning kan också ske i form av att ett eller flera mätbara individuella mål följs upp (under och) efter insatsen, för att bedöma i vilken grad de uppnåtts.
- Ytterligare ett sätt att bedöma resultat är att genomföra så kallade brukarundersökningar, dvs. frågor om hur barnet eller den unga och föräldrarna uppfattat olika aspekter av insatsen och hur de beskriver sin situation efter den. En sådan uppföljning saknar mätning före insatsen och säger därför inget om effekten av den, enbart något om uppfattningen i efterhand. Det kan vara annat som har påverkat. Den kan ändå ge viktig information.

Ett idealt sätt att följa upp en verksamhet kan vara en kombination av dessa tre vägar att mäta resultat.

Standardiserad bedömning och uppföljning

Ett sätt att söka information om behov och styrkor hos brukaren är att använda någon form av formulär med relevanta frågor för den problembild som målgruppen har.

Ett sådant formulär kan ha mer eller mindre fasta frågor och svarsalternativ och bör vara vetenskapligt prövat för att ge tillförlitlig information. En sådan s.k. standardisering innebär att man genom vetenskaplig prövning konstaterat att frågorna är relevanta för den aktuella situationen och gruppen, och att de mäter det man avser att mäta. Det finns då också ett jämförelsematerial att sätta de individuella resultaten i relation till. För att få tillförlitlig användning i praktisk verksamhet krävs såväl en manual och instruktion som viss utbildning.

Om ett sådant formulär används för alla som deltar i en verksamhet, kan man vid sammanställning av uppgifterna även få en bild av behov och styrkor hos hela gruppen. Ett standardiserat formulär underlättar möjligheten att

dessutom följa upp eventuella förbättringar efter att hela insatsen genomförts.

Skerfving har prövat och föreslagit en utvärderingsmodell för stödgrupper för barn- och unga, med ett antal bedömningsinstrument. Det är KASAM 13, SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) och Livsstegen. Samtliga finns i svenska versioner och är prövade för denna typ av verksamhet. Eventuellt kan andra formulär tas med eller ersätta något av de nämnda (enligt personlig kontakt med Skerfving). Under förutsättning att samma instrument används genomgående möjliggör modellen regelbundna systematiska utvärderingar, som grund för att utveckla kvaliteten och göra jämförelser mellan olika verksamheter (66).

Ytterligare ett instrument som finns i svensk version är Child Behaviour Check List (CBCL).²⁶

Att göra systematiska och strukturerade uppföljningar kan ge ett bra underlag för att reflektera kring resultatet inför verksamhetsplanering – vad som är bra och vad som behöver förbättras i verksamheten.

Det behöver dock poängteras att användning av formulär inte ger all den information som kan behövas. Samtal med barn, unga och föräldrar kan inte ersättas av färdiga formulär, utan behövs för ömsesidigt utbyte och kompletterande information.

Vid valet av standardiserat formulär behöver också tidsåtgången och kostnaderna tas med i beräkningen.

Ett exempel på individuppföljning, s.k. Single system design

Som komplement till standardiserade bedömningsinstrument finns andra strategier som kan användas i verksamheter som riktar sig till barn och unga med missbruk i familjen.

En sådan mätning finns integrerad i BBIC-systemet (i formulären för Genomförandeplan för öppna insatser respektive för placering), men kan också enkelt genomföras separat.²⁷

En annan metod är att följa upp en individ under en pågående insats, genom att samla in information över tid, s.k. Single system design.²⁸ Det är en relativt enkel procedur som genomförs av professionella och brukare tillsammans.

Den utgår ifrån att man bestämmer vad det är viktigt att arbeta med (t.ex. att stärka någon eller några skyddsfaktorer eller minska ett visst problem). En basmätning görs genom att barnet självt (eller den unga) och föräldrarna inledningsvis skattar sin uppfattning av utgångsläget i den aktuella skyddsfaktorn eller problemet, t.ex. på en skala från 0–10. Med utgångspunkt från en problemformulering samt skattningarna formuleras sedan en plan och målsättning för insatsen. Man gör också ett schema för att registrera eventuella förändringar i nya skattningar, som görs med jämna mellanrum. Det är

²⁶ För aktuell information om standardiserade bedömningsinstrument, se www.socialstyrelsen.se

²⁷ För kommuner som arbetar enligt BBIC, se Studiematerial BBIC. Genomförandeplan vid placering eller öppen insats. www.socialstyrelsen.se

²⁸ Utförliga och illustrativa beskrivningar av denna metod finns i Bloom m.fl. 2009 (67).

viktigt att tänka på att det är utifrån barnets eller den ungas behov och familjens situation som målen ska sättas, och inte utifrån insatsen.

Om resultaten från skattningarna illustreras grafiskt, genom att man prickar in de olika skattningsvärdena på en tidsaxel, blir eventuella förändringar (eller brist på sådana) tydligt åskådliggjorda.

För att få en uppfattning om hur en verksamhet fungerar för alla barn eller unga som deltar, kan man använda denna metod genom att göra skattningar i samma avseende på samma sätt för alla deltagare och därefter sammanställa resultaten. Man kan också upprepa mätningen och sammanställningen efter en tid, för att se om resultaten håller i sig.

Att genomföra individuell uppföljning i denna form innehåller följande steg:

- att formulera ett konkret mål för insatsen,
- att formulera mätbara situationer,
- att inleda mätningar med en ”baslinje” (före-mätning) och upprepa mätningen med jämna mellanrum, vilken kan illustreras grafiskt samt
- att registrera vilka inslag i insatsen som används, för att eventuellt kunna koppla dem till resultatet.

I processen ingår att arbetet görs tillsammans med den enskilda. Det ger en naturlig återkoppling samt stöd för fortsatt planering.

Sammanställning av resultat och erfarenheter

Resultaten av lokala uppföljningar, brukarundersökningar (och andra erfarenheter av verksamheter) är av intresse för såväl brukare och deras anhöriga som beslutsfattare och professionella inom socialtjänsten samt för andra aktörer. Lättillgängliga sammanställningar av resultaten kan vara ett bra sätt att beskriva en verksamhet. De bidrar också till den samlade kunskapen och underlättar jämförelser mellan olika insatser och verksamheter, för brukare och andra intresserade.

Att väga in värdet av förebyggande insatser i uppföljning av kostnader

En strukturerad dokumentation och uppföljning behöver också omfatta en redovisning av kostnaderna.

När det ska fattas beslut om att starta eller fortsätta bedriva verksamhet som riktar sig till barn och unga som lever i familjer där det finns missbruk är två faktorer av avgörande betydelse. Den första handlar om vilka effekter som verksamheten kan tänkas ge – hur bra den är för de berörda barnen eller ungdomarna. Det är den frågan som primärt står i fokus i denna vägledning. Den andra handlar om vilka kostnader som är förknippade med att bedriva verksamheten.

Ett ökat stöd i form av olika insatser till barn och unga som lever i familjer där det finns missbruksproblem medför självfallet ökade kostnader. Eftersom verksamheternas innehåll och omfattning varierar mycket har det här inte gjorts något försök att beräkna dessa kostnader.

Det finns ett stort behov av vård och omsorg samtidigt som resurserna är begränsade. Därför är det angeläget att resurserna används så effektivt som möjligt. På samma sätt som för andra verksamheter måste kostnaderna prövas dels utifrån målen (är det rätt saker som görs?), dels utifrån om resurserna används på bästa sätt (görs de på rätt sätt?) (68).

När beslut ska fattas om att starta, fortsätta eller lägga ner en verksamhet är det således viktigt att väga kostnaderna mot de effekter som verksamheten kan förväntas ge för berörda barn och unga. Det är också viktigt att väga in vad som på längre sikt kan bli följderna av uteblivna stödinsatser.

De insatser som beskrivs i vägledningen syftar främst till att ge stöd här och nu till barn och unga som har en svår situation. Men de kan också ha en förebyggande effekt. Forskning om risk- och skyddsfaktorer visar att risken för en negativ utveckling är större för barn och unga som lever i familjer där det finns missbruksproblem än för andra barn och unga (se kapitlet Att växa upp med missbruk i familjen). Ett väl fungerande stöd till dessa barn och unga kan komma att minska dessa risker. Därför måste kostnaden för att bedriva stödverksamheten också ställas mot de kostnader som kan uppstå på såväl kort som lång sikt om problemen inte förebyggs (69).

Kostnader för att bedriva stödverksamhet till barn och unga som lever i familjer där det finns missbruksproblem måste således betraktas ur ett helhetsperspektiv. Kan de totala kostnaderna för olika insatser till denna målgrupp påverkas genom förebyggande arbete och tidiga insatser? I många kommuner pågår försök att utveckla modeller för att beskriva värdet av det förebyggande arbetet för barn och unga (70). Det finns en ökad medvetenhet om att det är nödvändigt att mäta resultat och ta fram ekonomiska underlag som också visar värdet av förebyggande arbete på kort och lång sikt.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. 2007.
2. Alkoholkommittén. Om barnen i missbrukets skugga. 2004.
3. Drogutvecklingen i Sverige. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). 2008.
4. Ljungdahl S. Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem. Omfattning och analys. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm. 2008
5. Cuijpers P. Prevention programmes for children of problem drinkers: A review. *Drugs: Education, prevention and policy*. 12 (6). 465–475. 2005.
6. Socialstyrelsen. Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Avrapportering av regeringsuppdrag. 2007.
7. Socialstyrelsen. Opublicerade KIM-data. 2009.
8. Wiklund S. Individ- och familjeomsorgens barnavårdsarbete. I: Bergmark Å m.fl. (red). *Socialtjänsten i blickfånget. Organisation, resurser och insatser*. Stockholm. Natur & Kultur. 2008
9. Lagerberg D & Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat. Stockholm. Gothia. 2003.
10. Andershed H & Andershed A-K Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? IMS, SiS. Stockholm. Gothia. 2005.
11. Statens Folkhälsoinstitut. Alkohol, graviditet och barns utveckling. 2009.
12. Holmgren S. Low dose alcohol exposure during pregnancy – does it harm? A systematic literature review. Statens Folkhälsoinstitut. 2009.
13. Alvik A. Alkohol i svangerskapet. Föreläsning vid konferensen ”Barnet & Rusen”. Sandefjord, Norge, September 2007.
14. Öjehagen A. Arbetsmaterial, underlag till Missbruksutredningen, dir. 2008:48. 2009.
15. Sundhedsstyrelsen. Metoder i familieorienteret alkoholbehandling – om at inddrage partner og børn. Köpenhamn. 2009.
16. Kumpfer KL & Bayes J. Child Abuse and Alcohol and Other Drug Abuse. *The Encyclopedia of Drugs and Alcohol*. I: Jaffe JH (red). New York: Macmillan Publishing Company. 1995.
17. Leonard K. Alcohol and substance abuse in marital violence and child maltreatment. I: Wekerle A & Wall C (red). *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. Philadelphia: Brunner/Mazel. 2002.
18. Mohaupt H & Duckert F. Barn av rusmiddelsmisbrukere. En kunnskapsoppsummering. KoRFor-rapport. 2009.

19. Hagborg E & Ribbing S. *Vara vettig vuxen*. Stockholm. Gothia. 2009.
20. Stith S. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior*. 14 (1). 13–29. 2009.
21. Janson S, Långberg B & Svensson B. *Våld mot barn 2006/2007*. Allmänna Barnhuset, Karlstads universitet. 2007.
22. Socialstyrelsen. *När mamma blir slagen. Att hjälpa barn som levt med våld i familjen*. 2005.
23. Ferrer-Wreder L m.fl. *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt*. Stockholm. Gothia. 2005.
24. Stattin H & Magnusson D. Antisocial behavior – a holistic perspective. *Development and Psychopathology*. 8. 617–645. 1996.
25. Magnusson D & Stattin H. Person-context interaction theories. I: Damon W & Lerner R M (red). *Handbook of child psychology*. Vol 1. 685–759. New York. Wiley. 1998
26. Socialstyrelsen. *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport*. 2009.
27. Adi Y m.fl. Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools. Universal approaches which do not focus on violence or bullying. Health Sciences Research Institute (HSRI). Warwick Medical School, University of Warwick. 2007.
28. B Kimber, R Sandell & S Bremberg. Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention. *Health Educ Res*. (23(6)). 931–940. 2008
29. Socialstyrelsen, Skolverket, Rikspolisstyrelsen. *Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. 2007.
30. Jonasson I. *Långvariga socialbidragstagare. Rapport i socialt arbete*. 80. Inst. för Socialt arbete. Stockholms Universitet. 1996.
31. Bergmark Å. *Socialbidrag och försörjning: en studie av bidragstagande bland ensamstående utan barn. Rapport i socialt arbete*. Stockholms Universitet. 1991.
32. Socialstyrelsen. *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. 2004.
33. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens allmänna råd om handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga*. 2006.
34. Socialstyrelsen. *Barn och unga i socialtjänsten. Utredda, planera och följa upp beslutade insatser*. 2006.
35. Socialstyrelsen. *Grundbok i BBIC*. 2006.
36. Rasmusson B. *Analys, bedömning och beslut i utredningar enligt BBIC*. Socialstyrelsen. 2009.
37. Suchman N m.fl. Parenting interventions for drug-dependant mothers and their young children: The case for an attachment-based approach. *Family Relations*. (55). 211–226. 2006.
38. Jergeby U (red). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Socialstyrelsen, Gothia. 2008.

39. Socialstyrelsen. Individuellt inriktade insatser utan biståndsbeslut – underlag för diskussion och ställningstaganden. Skrivelse till regeringen. 2008.
40. Skerfving A. Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar. Stockholm. Gothia. 2005.
41. Cederblad M. Från barndom till vuxenliv. En översikt av longitudinell forskning. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm. Gothia. 2003.
42. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm. Natur och Kultur. 2005.
43. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. 2008.
44. SOU 2009:68. Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU), Slutbetänkande från Barnskyddsutredningen. Socialdepartementet. 2009.
45. Socialstyrelsen. Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART) – en nationell kartläggning. 2008.
45. Länsstyrelserna. Socialtjänsten och barnen. Länsstyrelsernas granskning av den sociala barn- och ungdomsvården 2006–2007. 2008.
47. Forkby T. Öppenvårdens former – en nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård. 2006.
48. SOU 2009:68. Att ta ansvar för sina insatser – socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Slutbetänkande från Utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Socialdepartementet. 2009.
49. JUNIS. Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga. Socialstyrelsen. 2009.
50. Forinder U & Hagborg E (red.) Stödgrupper för barn och ungdomar. Studentlitteratur. 2008.
51. J Rehnman & C Andrée Löfholm. Insatser till barn och unga som lever i familjer med missbruk- eller beroendeproblem: en kunskapsöversikt. Socialstyrelsen. 2009.
52. Ries R. Co-occurring alcohol use and mental disorders. *Journal of clinical Psychopharmacology*. Supp; 26(1). 30–36. 2006
53. Gallant MD & Lafreniere KD. Effects of an emotional disclosure writing task on the physical and psychological functioning of children of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 21. 55–66. 2003.
54. Gance-Cleveland B & Mays MZ. School-Based Support Groups for Adolescents with a Substance-Abusing Parent. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 14. 297–309. 2008.
55. Beardslee WR m.fl. Examination of children's response to two preventive intervention strategies over time. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36. 196–204. 1997.
56. Beardslee WR m.fl. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*. 21. 703–713. 2007.

57. Beardslee WR m.fl. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 112. e119–e131. 2003.
58. Flay B. Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*. 1. 1–25. 2005.
59. Rehnman J, Andréa Löfholm C & Wiberg C. Föräldraträning för föräldrar med missbruks- eller beroendeproblem: en systematisk kunskapsöversikt. 2009.
60. Catalano R. An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*. 94. 241–254. 1999.
61. Lam WK, Fals-Stewart W & Kelley ML. Effects of parent skills training with behavioral couples therapy for alcoholism on children: A randomized clinical pilot trial. *Addictive behaviors*. 33. 1076–1080. 2008.
62. Luthar SL, Suchman NE & Altomare M. Relational psychotherapy mothers' group: A randomized clinical trial for substance abusing mothers. *Development and Psychopathology*. 19. 243–261. 2007.
63. Catalano RF. m.fl. The effects of parental dysfunction on children. New York, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002.
64. Haggerty K. Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction*. 103. 2008–2016. 2008.
65. Lam WK, Fals-Stewart W & Kelley ML. Parent training with behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: Effects on substance use, parental relationship, parenting and CPS involvement. *Child Maltreatment*. 14. 242–254. 2009.
66. Skerfving A. Utvärdering av barngruppsverksamhet – ett metodutvecklingsprojekt. FoU-rapport 2009/1. Regionförbundet Uppsala län. 2009.
67. Bloom M, Fischer J & Orme JG. Evaluating Practice. Guidelines for the accountable professional. New York. Pearson. 2009
68. Socialstyrelsen. En effektiv socialtjänst. Att fördela resurser och använda dem effektivt. 2009.
69. Socialstyrelsen. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. 2004.
70. Lundborg B. Nu – inte senare! Om att hjälpa barn i tid och om klok samhällsekonomi. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. 2009.
71. Lindstein T. Vändpunkten. Att arbeta med barn till alkoholister. Stockholm. Gothia. 1995.
- 72.. Lindstein T. Unga vid vändpunkten. Att arbeta med ungdomar vars föräldrar missbrukar. Stockholm. Gothia. 1997.
73. Lindstein T. Vändpunkten – ur barnens och ungdomarnas perspektiv. Stockholm. Gothia. 2001.

Bilaga 1

Stödgruppsverksamhet

Det finns stödgruppsverksamhet för barn och unga för olika typer av problem. De tre vanligaste formerna är stödgrupp för barn och unga med missbruk i familjen, psykiskt sjuka föräldrar eller för dem som har bevittnat våld i hemmet. Men även andra stödgrupper har utvecklats, t.ex. för barn och unga vilkas föräldrar separerat och har samarbetssvårigheter.

Stödgruppsverksamhet för barn och unga med föräldrar som har missbruksproblem

För att få en ökad kunskap om stödgruppsverksamhet för barn och unga vilkas föräldrar missbrukar har Socialstyrelsen genomfört en mindre kartläggning av sju stödgruppscentra i Sverige. De verksamheter som ingick var Ersta värdpunkten i Stockholm, Eleonoragruppen i Linköping, Tryggve på Gotland, Myran i Sandviken, Trappan i Uppsala, Bona Via i Göteborg och Grinden i Gävle. De valda verksamheterna har pågått under en längre tid och har en viss geografisk spridning, men är inte representativa för stödgruppsverksamhet i Sverige. Det finns möjlighet att erbjuda stödgruppsverksamhet i ca två tredjedelar av kommunerna i landet, oftast i offentlig regi.

Kartläggningen har på uppdrag av Socialstyrelsen i huvudsak genomförts av FBA Holding AB. Socialstyrelsen har gjort kompletterande intervjuer. Frågeställningarna rörde verksamheternas mål och syfte, uppföljning, utvärdering och resultat, organisation, huvudmannaskap och anställda, finansiering, teoretisk grund, manualer och program, utbildningar, målgrupp, rekrytering, övrig verksamhet samt vilka svårigheter, utvecklings- och vägledningsbehov verksamheterna upplevde.

Rapporten från kartläggningen är ett internt arbetsmaterial, men här ges en kort sammanfattning. Den syftar inte till att värdera verksamheten och går inte att generalisera till stödgruppsverksamheterna i landet. Troligen finns det stora lokala variationer. Sammanfattningen kan dock ge en bild av hur olika stödgruppsverksamheter kan se ut och fungera.

Ursprung och teoretisk ram

Ursprunget till i stort sett all stödgruppsverksamhet för barn till föräldrar med missbruk i Sverige är programmet Children are People Too, som utvecklades av pedagoger i Minnesota, USA, med inspiration från Anonyma Alkoholisters behandlingsfilosofi. Det var Laurel Krosness som introducerade programmet i Sverige, i Ersta värdpunktens regi. Ersta värdpunkten anpassade programmet till svenska förhållanden och flera av de olika inrikt-

ningarna på gruppverksamhet har sitt ursprung i denna modell, t.ex. Junis program.²⁹ Ersta vändpunkten har också bearbetat det amerikanska programmet Teenage Power Program (TAPP) till svenska förhållanden. En rad organisationer har sedan utvecklat egna program med i stort sett samma grundtankar.

Gemensamt för alla program är regelbundna träffar, återkommande moment vid träffarna, samt särskilda, liknande, teman för de olika gångerna med ett upplägg som följer en given struktur.

Stödgruppsverksamheter för barn och unga med missbruk i familjen bygger på flera olika teorier om hur människan fungerar, individuellt och i grupp, hur missbruk uppkommer och påverkar den som missbrukar och närstående samt vilka faktorer som är viktiga för att förebygga en negativ utveckling och ohälsa hos anhöriga. Den teoretiskt övergripande ramen för barngruppsverksamheten är systemteori, anknytningsteori och Antonovskys teori om salutogenes och patogenes, med begreppet KASAM (Känsla av sammanhang) som en central utgångspunkt (42).

Verksamheternas mål och syfte

Två grundläggande syften med stödgruppsverksamheterna är att öka kunskapen hos barn och unga om alkohol och droger samt att ge dem redskap att hantera vardagen. Ytterligare syften kan vara att skapa sammanhang och begriplighet hos barnen och de unga, ge dem en ökad självkänsla samt öka deras förmåga att sätta gränser. Vidare uttalas ett syfte att de ska få uttrycka känslor tillsammans och dela dem med andra med liknande erfarenheter, dvs. känna att de inte är ensamma om sina problem. Det finns också ibland ett uttalat syfte att verksamheten ska förebygga eget missbruk bland barn, unga och unga vuxna.

Målformuleringarna för stödgruppsverksamheterna är ofta generellt hållna. En del verksamheter har kvantitativa mål, som antal deltagare eller antal utåtriktade aktiviteter, som är möjliga att följa upp. Andra har som mål att t.ex. förbättra hälsan i familjer med drogrelaterade problem.

Programmets utformning

Temana är likartade i de olika programmen/manualerna. Ersta vändpunktens barnprogram, som ligger till grund för de flesta program som sedan utvecklas i landet, innehåller 15 träffar. Innehållet i träffarna har reviderats sedan start, men de teman som programmet i stort följer är följande: Det finns hopp, känslor, försvar, alkoholism/kemiskt beroende, risker och val, familjen, den egna personen och en familjeträff. När dessa teman har gått igenom börjar programmet om från tema känslor igen. Temat med familjen fördjupas och kompletteras med ”hela-människan-hjulet”, vars syfte är att lära barnet att sätta gränser för sig självt och sin kropp. Syftet med att upprepa innehållet är att fördjupa respektive tema och underlätta för barnen att integrera budskapet. Ungdomsgrupperna är upplagda på ett liknande sätt, men övningarna är anpassade till ungdomarnas ålder.

²⁹ IOGT:NTO's ungdomsförbund

De sju kartlagda stödgruppsverksamheterna har sinsemellan stora likheter, även om variationer förekommer. De övningar och bilder som används, antal träffar och i vilken ordning teman tas upp kan t.ex. skilja sig mellan olika program.

En annan skillnad är synen på missbruk. De som använder Ersta vändpunktens program betonar att alkoholism är en sjukdom, och de som utgår från Rädda barnens material menar att alkoholism kan ha flera förklaringar, där sjukdom är en av dem.

Stödgrupper finns för barn och unga i åldrarna 4–21 år, i åldersindelade grupper. Inom respektive verksamhet finns möjlighet att anpassa t.ex. gruppstorlek och åldersindelning till de barn som deltar. Gruppstorleken kan variera från fyra till sexton deltagare. Generellt tycks ungdomsgrupper ha lite fler deltagare än grupper för de yngre barnen. Antal gruppträffar varierar också, men ca 15 träffar är det vanligaste. Eleonorgruppen har valt att ha öppna grupper, som för det enskilda barnet kan pågå i två–tre terminer, men där gruppmedlemmarna byts ut kontinuerligt. I den sistnämnda varianten bedömer gruppledarna om barnet är moget att sluta i gruppen, utifrån samtal med föräldrar, hur barnet verkar må och vad barnet ritar och berättar i gruppen.

Vid vissa verksamheter har personalen gått flera olika utbildningar och stödgrupperna präglas av detta. Det finns flera manualer att tillgå och gruppledarna verkar ha stor möjlighet att inom ramen för programmet göra sina individuella upplägg. Det kan handla om att byta bild eller övningar inom det angivna temat eller anpassa gruppträffarna efter gruppens behov.

Föräldrastöd

Flera stödgruppsverksamheter har också utvecklat olika former av stöd till föräldrar. Föräldrarnas deltagande är alltid frivilligt, dvs. inte villkor för barnens deltagande i gruppverksamheten.

En del verksamheter erbjuder inte föräldrastöd själva, men hänvisar alla föräldrar till ett generellt föräldrastöd som erbjuds i kommunen eller av annan frivilligorganisation. För dem som hänvisar till annan verksamhet är skälet att det inte inom ramen för den egna verksamheten finns resurser att omfatta även föräldrastöd.

För dem som kan erbjuda stöd till föräldrar finns olika varianter. Syftet är att stärka föräldraskapet, genom att ge konkreta verktyg för föräldrarna att stödja sitt barns utveckling samt öva på att hantera typiska vardagsproblem och konfliktsituationer. Avsikten är att förbättra samspelet med barnet och minska konflikterna i familjen.

En del erbjuder ett program för generellt föräldrastöd, men i stödgruppsverksamhetens regi. Eftersom alla deltagande föräldrar då har barn i stödgruppsverksamheten, har de mer eller mindre liknande erfarenheter. Det kan vara både anhöriga och föräldrar med missbruksproblem som deltar. Kravet är dock att man är nykter vid mötestillfällena.

De verksamheter som arbetar med föräldrarna mer specifikt utifrån missbruksproblematiken har gruppverksamhet för föräldrar och anhöriga som liknar stödgrupperna för barn och unga. De har t.ex. temat missbruk och medberoende som stående inslag. Syftet med dessa grupper är att ge samma

kunskap till föräldrar och anhöriga som till barnen och de unga, samt kunskap om hur beroende påverkar föräldraskapet negativt. Ett annat syfte kan vara att minska föräldrarnas känsla av skuld och skam över situationen och att hjälpa dem att lyfta ansvaret från sina barn.

Det finns också stödgruppsverksamhet som erbjuder föräldrarna enskilda samtal, men då oftast en kortare tid, innan föräldern hänvisas vidare.

Rekrytering av deltagare

Rekryteringen av deltagare till stödgrupperna sker på flera sätt. Det är vanligt att barn, unga och föräldrar kommer via socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), vuxenpsykiatri, behandlingshem och skola, men även att de söker på eget initiativ. De verksamheter som bedrivs i kommunal regi rekryterar i högre grad barn och unga från socialtjänsten än övriga.

Verksamheterna är generellt sett tveksamma till att blanda barn med olika typer av problem i grupperna, dvs. barn med föräldrar som har missbruksproblem, psykisk sjukdom eller där det finns våld i familjen. Det är dock inte ovanligt att flera av problemen finns i samma familj.

Generellt är ungdomar mindre intresserade av att gå i stödgrupp, särskilt pojkar. De som ändå deltar har ofta inte egna beteendeproblem. De är enligt uppgiftslämnarna ofta ungdomar som antingen tar stort ansvar för sina föräldrar eller drar sig in i sig själva.

Huvudmannaskap och finansiering

Fyra av de kartlagda stödgruppsverksamheterna har kommunen som huvudman, två drivs av en ideell förening och en av ett privat företag med ramavtal med kommunen.

Kostnaderna för verksamheterna varierar beroende på antal gruppdeltagare. Personalkostnader och lokalkostnader är väsentliga utgiftsposter. Kostnader för utbildning av ny personal och fortbildning av befintlig personal varierar beroende på omsättning av gruppledare. Manualer och program ingår i de utbildningar som personalen går för att kunna verka som gruppledare och köps inte in separat. Däremot kan det finnas kostnader för kompletterande material såsom filmer, bilder och ritmaterial.

Alla verksamheter finansieras åtminstone delvis av de kommuner där de finns. De verksamheter som inte har kommunen som huvudman finansieras genom att kommunen upphandlar platser eller genom verksamhets- eller föreningsbidrag. Några verksamheter får också ekonomiskt stöd från fonder, stiftelser, gåvor och donationer. Intäkter kan också komma in till verksamheten genom att gruppledarna tar externa uppdrag som föreläsare eller handledare. Ersta vändpunkten tar också ut en avgift för barnens deltagande i stödgruppsverksamheten.

Gruppledare

Verksamheterna vill i första hand att gruppledarna ska ha en akademisk grundutbildning. En majoritet av gruppledarna är socionomer och pedagoger. Därutöver har de flesta en gruppledarutbildning, vanligen från Ersta vändpunkten.

Uppföljning, utvärdering och resultat

Många av de lokala uppföljningarna är brukarundersökningar, där man i samband med att insatsen avslutas ställt frågor till barnen eller de unga och föräldrarna om hur de uppfattat den. Dessa uppföljningar visar att barn, unga och föräldrar är nöjda med insatsen och tycker att de har fått hjälp och stöd. Uppföljningarna ger inte någon djupare kunskap om vad som har varit hjälpsamt. De svarar inte heller på om stödinsatsen har någon effekt på sikt, och i så fall vilken.

Lindstein har genomfört en longitudinell studie på Ersta värdpunktens stödgruppsverksamhet i Stockholm med observationsstudier, enkäter och intervjuer (71–73). Studien belyser verksamheten, barngrupperna och enskilda barns utveckling, både ur vuxnas och ur barnens och de ungas egna perspektiv. Lindstein menar att stödgrupper kan fungera som en salutogen läromiljö för barn och unga. Insatsen har enligt honom givit barnen och ungdomarna redskap att hantera vardagen, nya kunskaper och insikter samt nya handlingsstrategier.

Skerfving har lett ett projekt vid Trappan i Uppsala som syftar till att undersöka vilka instrument och metoder som kan vara användbara för att utvärdera barngruppsverksamhet (66).³⁰ I studien genomfördes mätningar såväl före som efter insatsen samt efter ytterligare sex månader. Resultatet visade att barnen och ungdomarna på gruppnivå fått minskade psykiska – särskilt emotionella – problem. Deras känsla av hoppfullhet och framtidstro samt känsla av sammanhang hade ökat. Resultaten kvarstod efter sex månader. Det fanns dock stora individuella skillnader som synliggjordes i mätningarna. Några ungdomars resultat tydde på att de mådde mycket dåligt. Mätningarna gav personalen möjlighet att uppmärksamma dem som behövde ytterligare stödinsatser utöver gruppverksamheten.

³⁰ För beskrivning av instrument och metoder, se avsnitt Att följa upp resultat av insatser på individ- och gruppnivå.