

Stärkt barn- och föräldraperspektiv

Kartläggning av missbruks- och beroendevården i Västernorrland

Anna Fredriksson

Rapport 199

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

Layout: Ida Ömalm Ronvall

ISBN 978-91-7278-325-6 (pdf)

URN:NBN:se:can-2021-4 (pdf)

Stärkt barn- och föräldraperspektiv

Anna Fredriksson



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport 199

Stockholm 2021

Förord

För närmare tio år sedan genomförde Sveriges kommuner och regioner en kartläggning på landets beroendeenheter kring hur många av de som var inskrivna under en viss vecka som också hade barn under 18 år. Ytterligare en frågeställning var om barnen fick någon form av stöd och om föräldrarna fick något stöd i sin föräldraroll. CAN analyserade resultatet vilket var nedslående. De flesta barn som fick någon form av stöd var i den äldre åldersgruppen och oftast efter att de själva uppvisat någon form av problem. Stöd i föräldrarollen var i princip obefintligt.

Denna kunskap resulterade i en utbildning för att stärka barn- och föräldraperspektivet inom beroendevården. CAN har sedan 2014 haft uppdraget från dåvarande SKL, Sveriges kommuner och landsting och senare Socialstyrelsen att utbilda utbildare i regionerna, som sedan kan utbilda personal vidare i sin region.

I denna rapport har vi valt att genomlysa ett pilotlän, Västernorrland, för att se hur arbetet utvecklats, ett tilläggsuppdrag vi fått från Socialstyrelsen. Glädjande kan vi konstatera att medvetenheten kring vikten av barn- och familjeperspektiv är hög bland de som arbetar och beslutar i frågan. Däremot finns mycket kvar att göra när det handlar om struktur, organisation och mandat. Rapporten lyfter också flera rekommendationer om vad som kan göras hos flera aktörer för att utveckla arbetet än mer.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, är ett nationellt kompetenscentrum inom ANDT-området. Vårt uppdrag är att sprida kunskap om konsumtions- och skadeutvecklingen av alkohol och andra droger i samhället. Det gör vi genom undersökningar, sammanställningar, forskning och kunskapshöjande insatser. Våra större återkommande nationella undersökningar är Skolelevers drogvanor, Monitormätningarna och Vanor och konsekvenser.

CAN är en del av civilsamhället med omkring 50 medlemsorganisationer. CAN:s styrelse utses av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Vetenskapsrådet, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Årsmötet. Regeringen utser ordförande och vice ordförande.

Stockholm, april 2021

Mia Sundelin

Administrativ chef

CAN

Innehåll

Förord	5
Sammanfattning	7
Bakgrund och uppdrag	8
Finns politiska beslut, mandat och budget?	9
Regionen	11
Kommunerna	13
Stigmats påverkan – skuld och skam	15
Några skillnader mellan stor och liten kommun	16
Samverkan och kunskap	17
Behandlingshem, hem för vård eller boende, hvb	19
Placeringar i familjehem	20
I varje kommun finns något som andra kan lära av	21
Rekommendationer för ett fortsatt arbete	23

Sammanfattning

”Vi behöver räcka ut handen till varandra.”

*”Man säger: ’vi behöver utveckla och förbättra’, men sen kommer det inte längre, man kommer inte från **att** till **hur**.”*

Medvetenheten om att det behövs ett stärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården finns på alla nivåer. De anställda upplever att de har politikernas mandat att arbeta med området, även om formella beslut och särskild budget saknas. Enskilda verksamheter arbetar genomtänkt. Ett systematiskt målsatt arbete som följs upp i hela organisationen är dock svårt att få syn på. Specialiserade verksamheter kräver samverkan, både internt i kommunerna, mellan regionen och kommunerna och med andra externa parter. När bra samverkan finns, beskrivs det ofta som personbundet. Stora och små kommuner har olika förutsättningar men fördelar finns i båda. Att det inte finns en särskild beroendevård i regionen försvårar arbetet. En del av de intervjuade nämner att de har förhoppningar till det arbete om en ny överenskommelse som pågår.

I slutet av denna rapport ges förslag på möjliga åtgärder på flera olika nivåer.

Bakgrund och uppdrag

Många barn växer upp med risk/missbruk av substanser i familjen. De flesta fångas inte upp av skola eller socialtjänst. Skolverket och Socialstyrelsen har i en gemensam satsning arbetat för tidiga samordnade insatser. Socialstyrelsen uppmanar också till ett familjeorienterat arbetssätt. 2012 gjordes en kartläggning av SKL (idag SKR, Sveriges kommuner och regioner) där personer aktuella inom missbruks- och beroendevård svarade på frågorna: Har du barn under 18 år? Har barnet fått hjälp? Har du fått hjälp utifrån din föräldraroll? CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning analyserade resultaten, som visade sig vara nedslående. Utifrån analysen togs en fördjupningsutbildning fram, som hade fokus på stärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården. Sedan år 2015 förvaltar CAN, på uppdrag av Socialstyrelsen, utbildningen. Hittills har 67 utbildare, som fortfarande är kvar i tjänst, genomgått utbildningen.

Utbildningen tar upp grundläggande kunskap om föräldrars betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling, konsekvenser av missbruk/beroende för familj, föräldraskap och barn, samt vikten av att arbeta utifrån ett familjeperspektiv. En av uppgifterna under utbildningen är att inventera vilka insatser som, lokalt och regionalt, kan erbjudas föräldrar och barn i familjer med missbruk eller beroende. Den som har gått utbildningen ska ha kunskaper och en plan för att ta fram rutiner och handlingsstrategier på den lokala arbetsplatsen avseende anmälningsskyldighet, skyldigheten att ge barn information, råd och stöd samt för extern och intern samverkan.

CAN har, på uppdrag av Socialstyrelsen, kartlagt insatser som görs inom området stärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården i en utvald pilotregion. Som pilotregion valdes Västernorrland, eftersom den omfattar ett lagom stort antal kommuner av varierande storlek. I arbetet har det ingått att kartlägga strukturer i utvalda kommuner. I länet ingår sju kommuner. Den minsta, Ånge, har ungefär 9 300 invånare, den största, Sundsvall, ungefär 99 000 invånare. I regionen ingår också Timrå, Härnösand, Kramfors, Sollefteå och Örnsköldsvik. Intervjuer har genomförts med 30 olika personer: ett antal ansvariga politiker inom region och kommuner, chefer och anställda på förvaltningar och inom öppna verksamheter, anställda på Kommunförbundet Västernorrland, på Länsstyrelsen Västernorrland och på hem för vård eller boende, hvb, för personer med beroende och/eller samsjuklighet.

Med detta som bakgrund görs en analys och ett antal rekommendationer för att utveckla arbetet.

Finns politiska beslut, mandat och budget?

Det har inte gått att i kartläggningen hitta formella beslut från fullmäktige, kommunstyrelse, regionstyrelse, nämnd- eller utskott som särskilt tar sikte på arbete med stärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården.

När det finns beslut är de allmänt hållna och kan uttryckas som:

- Att barnens bästa ska vara i fokus.
- Att kommunen ska arbeta med föräldrastöd.
- Att en nämnd ska arbeta med tidig upptäckt och tidiga åtgärder för barn och unga med ökad risk för ohälsa och socioekonomisk problematik.

Förvaltningarnas uppdrag blir sedan att hitta arbetssätten. I några fall går det att hitta beslut formulerade som att stödgrupper för barn ska finnas och att det alltid ska vara en stödgrupp igång. Här har restriktionerna under pandemin, i olika utsträckning, satt det ordinarie arbetet ur spel.

Trots frånvaron av formella beslut, uttrycker intervjuade chefer och medarbetare både i regionen och i kommunerna att de ofta tydligt upplever att det finns ett politiskt mandat att arbeta med frågorna.

”Vi har politikernas stöd alla dagar i veckan. De är intresserade av vårt jobb, men vi ska kriga med alla andra i kommunen om pengar och resurser. När man träffar dem, då säger de att vi ska satsa på öppenvården och förebyggande arbete.”

Det finns också uttryck för en vilja att fatta politiska beslut:

”Om det behövs några politiska beslut så är jag villig att ta dem. Det är viktigt att det är politiska beslut bakom. Jag ser ju ofta de här fallen då är det långt gånget, när det kommer till placeringar, till exempel i familjehem, det är i det skedet jag får ta del av handlingar. Vi behöver verkligen förstärka det här arbetet utifrån barnen. Det jag ser från förvaltningen är att de arbetar nära och det ger bra resultat.”

Så medvetenheten finns. Men det framkommer också att det fortfarande kan hända att en enhet har kontakt med en vuxen med missbruk/beroende men ändå inte vet att personen är förälder. Att vi idag i allmänhet talar mer om barn- och ungas rättigheter, att det finns organisationer som gör barns rättigheter synliga, att barnkonventionen blivit lag och att

myndigheter arbetar med kunskapsstöd, nämns som påverkansfaktorer. Flera kommuner har också deltagit i utbildningar tillsammans med samverkanspartners inom regionen, bland annat för att stärka ett familjeorienterat arbetssätt. Från flera håll upplever intervjuade att det går åt rätt håll. Men det uttrycks också som att det finns ett glapp mellan att vara intresserad av frågan till att arbeta aktivt med den. Att man vill, men inte alltid vet hur.

När det kommer till budget är upplevelsen både att ha budget och inte. De resurser som finns ska räcka till mycket, men kan samtidigt användas om det skulle behövas.

”Vi håller inte budget, barnens behov går före. Hur ska jag i förväg kunna lägga en budget, jag kan bara utgå från föregående år? Det är barnens behov som styr hur mycket det kostar. Vi går över budgeten ändå. Det här är en lagstyrd verksamhet.”

I vissa fall finns tydlig budget för stödgrupper i kommunernas verksamheter.

Regionen

Beroendevården i regionen är organiserad inom allmänpsykiatrin med samma verksamhetschef och ses inte här som en egen specialitet, med en egen budget. Det kan också uttryckas som att det inte finns någon beroendevård i egentlig mening. Inneliggande patienter hanteras utifrån ett akut läge eller planerat via kommunen inför behandlingskonferens.

Det finns en samsyn i att man därför är dåligt rustade att möta behoven. Flera utredningar har gjorts genom åren. Att det enbart finns en laro-mottagning gör att det blir en skarp gräns mellan avgiftning, som sköts av regionen, och öppenvården som sköts av kommunerna. Det finns en politisk vilja till förändring, men också en önskan om att förändring ska göras inom befintliga resurser.

”Det är helt omöjligt. Resurserna är en del. Uppdraget måste vara tydligt från politiken. Vi ser absolut behovet av en samlad beroendevård där vi kan samla kompetensen. Men beroendesjukdom finns inte bara i psykiatrin, den finns i hela sjukvården.”

Det finns ett gemensamt politiskt beslut från region Västernorrland och kommunerna med målet att förbättra missbruks- och beroendevården i länet. Det övergripande målet är att undersöka nuläget i länet, samt komma med förslag på förbättringar så att länsinvånarna erbjuds personcentrerad vård, stöd och behandling inom missbruk och beroendområdet.

Som en del av det uppdraget pågår arbete inför en ny överenskommelse som ska slutas med regionen och samtliga sju kommuner. Att ha fått med alla kommuner i arbetet ses som en viktig förutsättning som inte var självklar. Bakgrunden till uppdraget är bland annat att regionen haft en högre dödlighet än andra regioner. En utredning kommer att pågå under ett års tid. Den har inte ett uttalat barnperspektiv, men ska eftersträva ett helhetsgrepp, sammanhållen vårdkedja och tydlighet för att undvika parallella strukturer i region och kommuner. Att förtydliga vad som är vems ansvar upplevs inte alltid som lätt. Vissa framhåller att gränsdragning inte är den viktigaste åtgärden, då samverkan alltid kommer att behövas.

”Problemet idag är att det görs många goda enskilda insatser, vi har en laro-mottagning som fungerar mycket väl, men ingen har ett helhetsgrepp, kommuner har behandlingshem och öppna insatser, men vi har också problem med gränsdragning, vem ska göra vad, anhörigstöd är en av de sakerna som inte är tydligt uttalat. När en familj som behöver stöd är identifierad ska det vara tydligt vart man vänder sig.”

Bland regionens styrkor lyfts att det finns barnombud, som arbetar både mot personal och barn, på alla enheter inom psykiatrin. De är utbildade i metoder för att ge direkt stöd, som Beardslees och Föra barn på tal. Det finns en upplevelse av att trots att arbetet med barn- och föräldraperspektiv är en prioriterad fråga, så kommer den bort. Något annat är alltid viktigare. Just nu är det, av naturliga skäl, pandemin.

Inom ramen för utredningen pågår en kartläggning för att få fram antal aktuella patienter med beroendeproblematik. Det verkar finnas ett stort mörkertal.

Från kommunerna ses också första linjens barnpsykiatri som underdimensionerad, behoven upplevs som stora, väntetiderna långa. Men tankar finns också om att behoven kanske kan tillgodoses på andra sätt.

”Det här är otroligt tysta grupper, de höjer inte rösten och kräver. Det är en sak. Ställer vi från kommunen orimliga krav på regionen? Ibland kan jag få känslan av att vi gör det, att vi ska in på BUP, men det är ju specialistvård. Man måste få till det där första vårdmötet, psykiatrisjuksköterskor kan hantera mycket, ibland tar man i så vansinnigt. Kanske kan vi använda andra resurser och använda specialistresurserna smart.”

Rutiner finns för när och hur man inom vården ska göra en anmälan till socialtjänsten. Både regionövergripande, men också specifikt för psykiatrin. I en nu pågående intern utredning ställs frågan till alla enheter från primärvård och företagshälsovård till specialistvård och rättspsykiatri om man alltid gör orosanmälan när det finns minderåriga i familjen.

Vid händelseanalyser finns ett medicinskt råd med sektionsansvariga överläkare och alla enhetschefer.

”Där lyfter vi patientsäkerhetsfrågor. Där kommer titt som tätt barnperspektivet upp. Det är en levande fråga.”

Kommunerna

”Vi märker hur vi kan göra skillnad som natt och dag för fruktansvärt många barn. Varje vecka träffar jag barn som är oerhört drabbade av en förälders tillkortakommanden.”

Exempel på arbetssätt:

Socialtjänsten vet om att det finns en familj med en pappa som använder droger och en mamma som också påverkas av pappans beteende. Öppenvården får uppdraget att arbeta med alla tre; barnet och de båda föräldrarna var för sig och alla tillsammans. Man ska stärka barnet men man har inte för avsikt att ta barnet från hemmiljön. Då använder man BiM, barn i missbruksmiljö för barnet, en metod som bygger på att rita, leka och prata om känslor. Beroendebehandling görs med pappan och anhörigsamtal med mamman.

Medvetenheten om att den nyktra föräldern behöver mycket stöd är stor. När bägge föräldrarna har missbruksproblematik kan frågan om placering bli aktuell.

Kartläggningen visar att det finns många exempel på vad som görs för att stärka barn- och föräldraperspektiven:

- Alla kommuner arbetar med generellt föräldrastöd, till exempel enligt ABC, Alla barn i centrum. Några har familjecentraler eller familjeresurscenter, vilka omtalas som tillgängliga och bra sätt att fånga upp behov utöver öppna förskolor, mvc och bvc. Familjecentraler utgår från en normalitet och samlar flera aktörer på samma ställe.
- Hälsosamtal, som också är ett tillfälle att systematiskt fånga upp behov av stöd, samordnas av elevhälsan och hålls i förskoleklass, årskurserna 4 och 7 och första året på gymnasiet.
- Återkommande utbildningar för personal om våld i nära relationer, som ses som intimt förknippat med alkohol och andra droger.
- Previct, ett digitalt system för att agera vid återfall.
- Kontaktfamilj, kontaktperson och anhörigstöd riktat till vuxna runt personen med problematiskt användande.
- Stödgrupper för olika åldrar. Stödgrupper är ett studiecirkelformat och inte behandling. Speciellt omnämns det relativt sett nya materialet Ludde, för 5-9 år – en hjälp att prata med barn om vuxna som dricker för mycket.
- Enskilda stödsamtal, då alla barn inte klarar att gå i grupp.
- Metoder/arbetssätt som lyfts fram är: Föra barnen på tal, Beardslees, familjecentrerat arbetssätt, BiM/barn i missbruksmiljö, Childrens program.

Farhågor och svårigheter runt stödgrupper är att små kommuner har svårare att få

underlag för grupper. Att pandemin kan göra att gruppverksamheten inte längre ses som något självklart, att vetskapen om att stödgrupper finns måste spridas på nya sätt och bli tydligare till exempel i sociala medier. Det krävs motivationsarbete riktat till de vuxna för att barnet ska få gå i grupp, men det är extra viktigt då det kan vara första steget att våga ta emot hjälp.

”Vi behöver nå föräldrar. När någon sitter där på lördagskvällen och tänker att ‘jag kan inte leva med den här personen’, då måste vi komma ut med det vi har.”

Stigmats påverkan – skuld och skam

”När vi jobbar med det individuella eller i grupp under behandlingen då dyker alltid föräldraskapet upp. Man kan jobba med föräldraskapet och beroendet samtidigt, vi vet det. Men ändå gör vi inte det.”

”När det blir öppet och sanktionerat att föräldrarna går i behandling och både barn och föräldrar vet att det är det här som är vårt familjeproblem, då är det också lättare att jobba med föräldraskap.”

Föräldrarollen är ofta förknippad med mycket skuld och skam för den som har ett beroende. Föräldraförmågan är också svår att arbeta med, då den både byggs och visar sig varje dag. Av intervjuerna i kartläggningen framkommer att hur man stöttar en person med missbruk/beroende just i föräldrarollen är ett område som kan vara svårare att ringa in än barns rätt till stöd. Ser man i första hand en förälder med missbruksproblematik, eller en vuxen som först måste bli nykter och drogfri innan man kan ha en planering för föräldraskap? Det kan finnas en otydlighet i hur varje enskild medarbetare tänker runt det här. Finns det en samsyn på enheten? Och i nästa steg, en samsyn mellan personal från olika enheter som arbetar runt en familj?

Även den som inte kan bo med sitt barn kan fylla en roll som förälder. Det är också en uppgift att hjälpa föräldern att bli så bra förälder som den kan. Och våga ställa frågan: ”Hur är det för dig att vara förälder när du har det här bekymret?”

Några skillnader mellan stor och liten kommun

I en stor kommun finns större resurser, större specialisering hos de anställda, en anonymitet som kan göra det lättare för en del att våga söka råd och stöd. I Sundsvall, länets största kommun, finns till exempel ett systematiskt arbete runt stödgrupper. Här pågår just nu en omorganisation där socialförvaltningen ska organiseras i geografiska team. Syftet med det är att bättre möta invånarnas behov.

I Ånge, som är en liten kommun, är det svårt att få underlag för stödgrupper. När det kommer in en orosanmälan är det ofta någon som känner till familjen, något som kan ha två sidor. Den lilla kommunen kan ha god kontinuitet och kompetens bland den anställda personalen, som stannar länge. Antalet anställda är samtidigt färre. Den som ska jobba med en viss typ av frågor blir ganska ensam, men det föder också samverkan. Den som arbetar inom öppenvården måste samverka med fältassistenter och anhörigkonsulent. Man är tvungen att lösa de problem som dyker upp. Arbetet blir mindre formellt, vilket naturligtvis också kan ha flera sidor.

”Inte förrän vi gick in i länssamverkan har vi använt jourfamiljer. Hade vi behov av akut placering av ett barn så använde vi familjens nätverk, förskolepersonal eller annan person som barnet kände. Så kunde vi bistå barnet på ett tryggt sätt.”

Samverkan och kunskap

Skyldigheten för huvudmännen att samarbeta är fastslagen i både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Där uttrycks den bland annat genom att kommun och region ska göra en samordnad individuell plan, SIP, när insatser behöver samordnas.

I en lagändring från första juli 2013 infördes i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bestämmelser om att kommuner och regioner ska ingå överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Syftet var att stärka samverkan mellan huvudmännen för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling.

Att regionen inte har en regelrätt mottagning eller ett tydligt uppdrag försvårar situationen och gör att ansvaret hamnar mellan huvudmännen. Behoven kan handla om allt från medicinsk behandling till bostad, arbete och stöd i föräldrarollen. Det finns en stor insikt i att samverkan behövs, det uttrycks av många, för att inte säga alla, på olika sätt:

”Gränsdragningen är gammalmodig. Vi går in i varandra hela tiden, vi kan inte dela upp personen som har behov av samtida insatser, både sjukvård och social tjänst. Vi måste lära oss att samverka och inte knuffa över till andra huvudmännen.”

De intervjuade uttrycker att de jobbar på med samverkan även om det alltför ofta upplevs som tungt. En kommunrepresentant menar att det fungerar bra med habiliteringen inom regionen, börjar bli bra med vuxenpsykiatri, men att man inte kommit så långt när det gäller BUP. I en annan kommun ser det annorlunda ut, där är det andra kontakter som fungerar. Det finns aktiva nätverk, en positiv inställning och en vilja att försöka. Men när det inte finns tydligt utarbetade rutiner om vad som ska gälla när något dyker upp, blir samverkan personbundet. Samtidigt är det svårt att ha strukturer för komplexa system.

”Man träffar på personer som är systemiska och kan se en helhet. Då sker det naturligt.”

”Vi tar fajter mot myndighetssidan, som inte matchar behovet. Folk söker hjälp hos BUP. Det blir problematiskt för barnet att väntetiden är lång. Det är kortare väntetid för att komma till oss. Då kan det bli en dragkamp mellan vad som är bäst för barnet och vad som är bäst för den vuxne. Barnenheten kan göra en gedigen utredning om vad som behövs. Finns det ett aktuellt missbruk kan det bli krock, när de ska söka den frivilliga insatsen hos vuxnenheten. Den vuxne behöver inte alls vara intresserad.”

Brister upplevs också inom kommunernas egna organisationer. Det kan skilja i synsätt från enhet till enhet, mellan socialtjänstens enhet för vuxna och enheten för barn och unga, eller enheten för ekonomiskt bistånd. Det kan saknas dialog. I en specialiserad organisation är det inte enkelt att hitta varandra och veta om varandra. Kanske finns det bara en misstanke om ett missbruk eller beroende i familjen, eller så är det konstaterat. Men hur ska man samarbeta? Sekretessen nämns, men tas inte upp som det största problemet.

När samarbete fungerar internt handlar det ofta om organisatorisk och/eller fysisk närhet.

”Hos oss sitter alla dörr i dörr. Vuxen- och barnenheten sitter bredvid varandra, båda blir inblandade i vad som blir det bästa för alla parter, både barn och förälder.”

En sammanfattning av det som framkommer vid intervjuerna talar för att ju större kommun, desto större specialisering. Ofta är det då svårare att få helhetsperspektivet.

”Vi kan samarbeta, men det är personbundet. Vi kan samarbeta med en handfull av sekreterarna på barn och familj, men många vet inte ens var behandlingsenheten sitter.”

De som jobbar direkt med behandling av personer med missbruksproblematik önskar att andra som också är involverade i en familjs problem skulle ha större kunskap om just beroendesjukdom. Och om inte kunskap, så efterfråga dialog i större utsträckning. Hur hanterar man när en förälder har hepatit C och hiv? Det kan vara någonting som den som ska arbeta med hela familjen bör känna till. Att vara förälder och ha en missbruksproblematik är fortfarande ett stigma, och för många förknippat med att man är en dålig förälder. Ibland finns funderingar om varför andra enheter som möter barn och unga med olika problem inte alltid fångar upp ett missbruk hos föräldrarna och slussar de vuxna vidare till kommunens öppenvård.

”Frågan kommer upp att man tror att 6-åringen har en diagnos, nja vi tror att det beror på att mamma dricker för mycket. Många gånger är det något på vuxensidan, medvetenheten här är viktig.”

I intervjuerna uttrycks att när det familjeorienterade tänkesättet finns, är det närmare till helheten och att man arbetar med hela familjen. Vissa verksamheter arbetar så, men andra inte.

Behandlingshem, hem för vård eller boende, hvb

Det finns allmänt hållna skrivningar men inga krav vid upphandling av platser på behandlingshem/hvb-hem som handlar om att den som tillhandahåller platsen ska arbeta med förstärkt barn- och föräldrastöd.

De socialsekreterare som placerar har ofta god kännedom om de olika behandlingshemmen. De behandlingshem som anlitas är till stor del inriktade på 12-stegsbehandling. I kartläggningen framkommer önskemål om en större variation i behandlingsutbudet än vad man tillhandahåller idag. Kommunerna skulle behöva utveckla sina insatser och erbjuda en större valmöjlighet.

Det i Sverige nya Children's program riktar sig särskilt till barn, 7-12 år, och har studerats med positivt resultat i en utvärdering vid Örebro universitet. Ett av de behandlingshem som anlitas mycket av Västernorrlands kommuner var med i studien.

”Vi jobbar med barnen genom målsman, det kan ju vara ett familjehem, vi jobbar med hela familjen. Det är positivt att det kommit ett program. Då tillkommer kostnader eftersom vi tar in extern hjälp, då behöver man vara tydliga i att avsätta resurser. 'Glöm inte barnen' säger man, men det görs väldigt lite. De som kommer hit har ofta tappat sina barn för länge sen, det är långa processer att få tillbaka dem, att komma tillbaks som förälder. Man ska visa respekt för barnen, men när man blir drog fria ska man finnas för barnen.”

Placeringar i familjehem

Vid några intervjuer nämns som positivt att fem av länets sju kommunerna ingår i den länsgemensamma familjehemsorganisationen, GFO, som finns inom Kommunförbundet Västernorrland. GFO har sedan ett och ett halvt år i uppdrag att bland annat rekrytera och grundutbilda familjehem. Socialstyrelsens utbildningsmaterial Ett hem att växa i, används. Där tas missbruk/beroende upp mycket kortfattat.

GFO kan också erbjuda fortbildning, i grupp och individuellt, om mer kunskap behövs till exempel om att leva i en kontext med missbruk. Organisationen ska också, på uppdrag av ansvarig socialtjänst, kunna ge mer kvalificerat stöd när det behövs till familjehemmet, utifrån det barnet varit med om. Ytterst är det kommunens ansvar men medlemmarna kan ta hjälp av den gemensamma organisationen.

Umgänget med biologiska föräldrar med missbruk/beroende när barnet bor i familjehem är ett område som kan upplevas som svårt och där olika synsätt kan krocka. Har socialtjänsten eller familjehemmet ansvaret för att bedöma när umgänge fungerar? Under vilka former? Vems behov ska styra? Vilken enhet inom socialtjänsten bestämmer? Och vad är barnets bästa? Barn i familjehem – umgänge med föräldrar och andra närstående är ett relativt nytt kunskapsstöd från Socialstyrelsen. Kunskapsstödet är känt men kartläggningen kan inte ge svar på hur mycket det nu används.

”Om ett barn är placerat i familjehem och båda föräldrarna aktuella på vuxenheten, då kan vi ha olika syn på hur umgänget ska se ut. Barnenheten tycker att det inte är bra för barnet, vi på vuxen kanske tycker det vore bra. Familjehemmet kan ställa sig frågande till att en förälder som missbrukar får ha umgänge med sitt barn. Det är många svårigheter i hur man ser på det. Det behövs mer samverkan och mer dialog. Nu bestämmer barnhandläggaren sitt och vi bestämmer vårt.”

Fallet med ”Lilla hjärtat” har också föranlett diskussioner inom kommunerna: Skulle detta kunna hända här hos oss?

I varje kommun finns något som andra kan lära av

Att arbeta med missbruk/beroende är komplext. Det arbete som görs förtjänar att mötas med stor respekt och ödmjukhet. Här är några exempel:

Sollefteå

I kommunens öppenvård finns mycket under samma tak som bidrar till att det blir lättare att tänka utifrån en helhet; Trappanmodellen, umgängesstöd och det som kommer in efter barnahusförhör till exempel.

Härnösand

Att barn- och familjeenheten och ekonomi- och vuxenenheten är samlokaliserade sedan några år stärker förutsättningarna för samverkan. Barn- och familj samverkar också med förskola och skola bland annat genom familjecentral och Skolfam. Tre fältarbetare och en preventiv socialsekreterare arbetar främst förebyggande och uppsökande. Enhetens resursteam erbjuder även råd och stöd utan biståndsbedömning.



Sundsvall

Här finns avsatt samordnartid för stödgruppsverksamheten, vilket omfattar till exempel att ta hand om kön på ett bra sätt. Att anmäla sitt barn till en kö är del i en process att våga ta hjälp och stöd. När man ringer och säger att man vill att ens barn ska gå i grupp och den andra föräldern ska samtycka är det viktiga kontakter som ska tas och det är skört. Kanske är det första gången man söker hjälp.

Kramfors

En plan är på gång för stärkt föräldraskapsstöd som till att börja med ska vara generellt. Om det kommer fram behov kan skolan rekommendera föräldrar att ta kontakt med familjecentralen och elevhälsan och det ska finnas nätverk mellan de olika aktörerna. Det här är en del i Framtid Kramfors, där medel kommer från Tillväxtverket, eftersom man är en kommun med socio-ekonomiska svårigheter. Det övergripande målet är att alla unga ska få en utbildning. Socialpedagoger i skolan är speciellt tillsatta för att vara en länk mellan föräldrar, skolan och eleverna. De ska hjälpa eleverna tillbaka till skolan om de hamnat utanför.

Timrå

Samverkan mellan skola och socialtjänst har kommit långt. Den sker på flera nivåer, från ledningsnivå till skolpersonal inom ramen för arbetet tidiga insatser. Hur samordningen ska gå till finns dokumenterat. Ett av de verktyg som används inom kommunen är det man kallar SKIP, samordnad kommunal individuell plan.

Ånge

När en förälder är på väg ut ur missbruk, eller i behandling, då används previcctelefonerna, ett digitalt hjälpmedel för att hålla sig nykter och drogfri. Vuxenstöd och barn- och familjesidan jobbar ihop. Om ett barn bor hemma hos sina föräldrar är previcctelefonen ett bra komplement för att hinna agera vid befarat återfall. Är det utanför arbetstid kan det finnas en överenskommelse med föräldern och nätverket om att nätverket larmas. Då kan till exempel mormor bistå och åka och hämta barnet. Previct kan användas när två föräldrar är separerade, den förälder som har problem får använda previct när hen har barnen.

Örnsköldsvik

Utifrån att barnkonventionen blivit lag har humanistiska nämnden som mål att arbeta för stärkt barnrättsperspektiv. Nämnden har gett i uppdrag till välfärdsförvaltningen att identifiera utvecklingsområden och genomföra aktiviteter. Här lyfts intern samverkan mellan enheterna som arbetar med utredningar inom missbruksområdet och utförare. Även samverkan med andra aktörer internt (socialt stöd, LSS-avdelningen, med flera) och externt (till exempel bildningsförvaltningen, BUP, Polisen) tas upp och ska ske både generellt och i specifika ärenden kring barn och vuxna.

Rekommendationer för ett fortsatt arbete

Kunskapen om hur missbruk och beroende påverkar familjer och barn, om föräldraskapets betydelse och om barns grundläggande rättigheter behöver hela tiden bibehållas och spridas. Kartläggningen visar att medvetenheten om detta är stor. Det finns också ett stort engagemang i arbetet med målgrupperna och i frågorna. Att få en tydlig bild av hur arbetet är förankrat i organisationerna, och hur det systematiskt genomförs, är svårare. Att göra det arbete som redan genomförs synligt för hela organisationen kan vara en viktig process i sig. Den involverar hela organisationen, från politisk nivå ner till mål för enskilda medarbetare.

Samverkan runt individer och familjer är ofta en förutsättning för resultat vid komplexa problembilder. Kartläggningen visar att det finns alla varianter av hur samverkan sker. Ibland är den formaliserad. Många gånger är samverkan informellt inbyggt i arbetssättet runt ett barn, en förälder och familj. Andra gånger är det i hög grad person- och relationsbundet.

Slutsatsen av kartläggningen är att det finns en medvetenhet och en mognadsgrad i organisationerna som gör att ambitionen bör vara att i större utsträckning gå från att förstärkt barn- och föräldraperspektiv är viktigt, till hur det ska genomföras och synliggöras på ett systematiskt sätt.

Att lämna förslag om hur regionen inom Västernorrlands län väljer att organisera sin missbruks- och beroendevård lämnas därhän då det är ett i alla avseenden politiskt beslut.

Socialstyrelsen och CAN kan överväga att:

- utveckla utbildning för utbildare för att lägga tyngdpunkten på det systematiska och organisatoriska arbetet.

CAN kan överväga att:

- bjuda in till att utveckla arbetet med den stödgruppskarta som finns och göra den mer tillgänglig.

Regionen och kommunerna kan överväga att förstärka barn- och föräldraperspektivet i missbruks- och beroendevården genom att:

- sätta tydliga mål, följa upp, utvärdera.
- skapa en röd tråd av beslut och uttalade åtgärder genom verksamheterna.
- fundera över vad som inte ska vara personbundet och hur det kan säkras upp i organisationen.
- lära mer av varandra, prata om det bra som görs med varandra och med andra.
- bjuda in till dialog om det som brister.
- införa ska-krav vid upphandling att den som får ramavtal ska redovisa sitt arbete med förstärkt barn- och föräldraperspektiv.
- erbjuda tydligt stöd till de familjehem som tar emot barn som levt i miljö med missbruk/beroende.
- organisera det generella föräldrastödet så att det i nästa steg fångar upp de som behöver mer.
- se över utbildningsmateriel som används och hur det tar upp barn- och föräldraperspektiv vid beroende/missbruk.
- införa barnombud i verksamheterna.
- diskutera värderingsfrågor och stigma runt föräldraskap och missbruk/beroende.
- tydliggöra för allmänheten vilket stöd som finns för föräldrar och barn.
- fundera över vilka behandlingsmetoder som erbjuds utöver 12-steg.



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, är ett nationellt kompetenscentrum som arbetar för minskade skador av alkohol och andra droger i samhället. Det gör vi genom att följa konsumtions- och skadeutvecklingen och genom kunskapshöjande insatser. Våra större återkommande nationella undersökningar är Skolelevers drogvanor, Monitormätningarna och Vanor och konsekvenser. Vi genomför även lokala och regionala undersökningar på uppdrag av kommuner och län. CAN är en ideell förening med medlemsorganisationer och med ombud i alla län. Läs mer om oss på www.can.se.