

Ds 2009:19

Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet



REGERINGSKANSLIET
Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23210-1
ISSN 0284-6012

Innehåll

Sammanfattning.....	5
1 Författningsförslag	7
1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.....	7
2 Gravida kvinnor med missbruk under graviditeten.....	11
2.1 Frågans tidigare behandling.....	11
2.1.1 Socialberedningens betänkande	11
2.1.2 Utredningen om det ofödda barnet.....	11
2.1.3 Alkoholpolitiska kommissionen.....	12
2.1.4 LVM-utredningen.....	12
2.1.5 Socialutskottets betänkande om LVM-vård m.m.....	14
2.1.6 Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att utreda insatser till kvinnor med missbruk under graviditeten m.m.	15
2.1.7 Regeringens strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården	16
2.1.8 EU-kommissionens strategi för att minska alkoholrelaterade skador	17
2.2 Gällande lagstiftning m.m.	18

2.2.1	Socialtjänstlagen och lagen om vård av missbrukare i vissa fall	18
2.2.2	FN:s konvention om barnets rättigheter	19
2.2.3	Norska erfarenheter.....	19
2.3	Behov av åtgärder	20
3	Överväganden och förslag.....	23
3.1	Utveckling av vård och stöd	23
3.2	Kunskapsuppbyggnad m.m.	26
3.3	LVM ändras för att förstärka skyddet för det ofödda barnet	28
3.4	Vårdens varaktighet	32
4	Ikraftträdande, ekonomiska konsekvenser och uppföljning	35
5	Författningskommentarer	37

Sammanfattning

Regeringen gav den 7 september 2006 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda i vilken utsträckning gravida kvinnor med missbruk får den vård och det långsiktiga stöd de behöver samt om dessa insatser genomförs tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet och skapar förutsättningar för ett fungerande föräldraskap. Vidare skulle Socialstyrelsen föreslå de åtgärder som krävs för att säkerställa tidiga insatser till gravida kvinnor med missbruk för att skydda det väntade barnet och hur en indikation för tvångsvård kan utformas. Socialstyrelsen avrapporterade sitt uppdrag i rapporten Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem (2007-09-27).

Regeringen har i sin strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården – inriktningen till och med 2010 och insatser under 2008, uppmärksammat bl.a. gravida kvinnors behov av stöd tidigt i graviditeten för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet. Regeringen har aviserat i denna strategi att den, med utgångspunkt i Socialstyrelsens rapport, har för avsikt att återkomma med förslag om hur stödet till gravida kvinnor med missbruk ska kunna utvecklas.

I denna promemoria görs bedömningen att åtgärder bör vidtas, inom ramen för kommuner och landstings nuvarande ansvar, för att kunna erbjuda gravida kvinnor med missbruksproblem och gravida kvinnor med s.k. förhöjd risk den vård de behöver tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet. Utveckling och anpassning av verksamheten vid Statens institutionsstyrelses (SiS) institutioner bör också ske.

Vidare görs bedömningen att 3 miljoner kronor bör avsättas under år 2010 för att stödja kunskapsuppbyggnad och metodutveckling inom området.

I promemorian lämnas förslag om att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ändras så att en gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av fortgående missbruk av alkohol eller narkotika utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket. Bestämmelsen om att vårdtiden maximalt kan uppgå till sex månader kompletteras. Förslag lämnas om att vården får pågå under hela graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse. Denna regel kan tillämpas dels i de fall då vårdtiden på högst sex månader inte är ändamålsenlig med hänsyn till behov av vård och stöd under hela graviditeten, dels för att ge vård efter förlossningen.

En viktig utgångspunkt för dessa överväganden är att skapa förutsättningar för frivillig vård samtidigt som den personliga integriteten värnas. I promemorian understryks att vid en situation av omfattande missbruk som hotar hälsan för såväl det väntade barnet som den gravida kvinnan, är det viktigt att noggranna avvägningar görs mellan dels den personliga integriteten, dels skyddet för fostrets och i förlängningen även det blivande barnets hälsa. Syftet med tvångsvården ska vara att motivera den gravida missbrukande kvinnan till att ta emot frivillig behandling och därmed skapa förutsättningar för vård i öppna former.

I promemorian understryks att tvångsvård ska vara en yttersta utväg och att syftet ska vara att motivera till frivillig vård. Den personkrets som kan komma ifråga omfattar endast personer med ett allvarligt och långvarigt missbruk och där frivilliga insatser inte är tillräckliga.

Föreslagna förändringar i LVM förslås träda i kraft den 1 juli år 2010. Förändringarna bedöms inte innebära behov av särskilda åtgärder som t.ex. övergångsbestämmelser.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 4, 13 och 20 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Tvångsvård *skall* beslutas om,

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ur sitt missbruk,

2. vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt, och

3. *han eller hon* till följd av missbruket

a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,

b) löper en uppenbar risk

4 §¹

Tvångsvård *ska* beslutas om

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ur sitt missbruk,

2. vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt, och

3. *denne* till följd av missbruket

a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,

b) löper en uppenbar risk

¹ Senaste lydelse 2005:467.

att förstöra sitt liv, *eller*

c) kan befaras komma att allvarligt komma att skada sig själv eller någon närstående.

att förstöra sitt liv,

c) kan befaras komma att allvarligt komma att skada sig själv eller någon närstående, *eller*

d) *utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket.*

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård hindrar inte detta ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

13 §²

Socialnämnden får besluta att en missbrukare omedelbart *skall* omhändertas, om

Socialnämnden får besluta att en missbrukare omedelbart *ska* omhändertas, om

1. det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av denna lag, och

2. rättens beslut inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Socialnämnden får också besluta att en missbrukare omedelbart ska omhändertas om rättens beslut inte kan avvaktas och det är sannolikt att hon kommer att beredas vård med stöd av 4 § första stycket 3. d).

Kan socialnämndens beslut om omhändertagande inte avvaktas, får *beslut om om-*

Kan socialnämndens beslut om omhändertagande inte avvaktas, får *sådant beslut* fattas

² Senaste lydelse 2005:467.

händertagande fattas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Beslutet *skall* anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

När socialnämnden har ansökt om tvångsvård, får även rätten på någon av de grunder som anges i första stycket besluta att missbrukaren *skall* omedelbart omhändertas.

av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Beslutet *ska* anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

När socialnämnden har ansökt om tvångsvård, får även rätten på någon av de grunder som anges i första stycket besluta att missbrukaren *ska* omedelbart omhändertas.

20 §

Tvångsvården *skall* upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården *skall* anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett hem som avses i 22 § eller ett sjukhus. Vården upphör genom beslut om utskrivning enligt 25 §.

Tvångsvården *ska* upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården *ska* anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett hem som avses i 22 § eller ett sjukhus. Vården upphör genom beslut om utskrivning enligt 25 §.

För en kvinna som har beretts vård med stöd av 4 § första stycket 3. d) får vården, utöver vad som anges i första stycket, pågå under hela återstående graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse.

2 Gravida kvinnor med missbruk under graviditeten

2.1 Frågans tidigare behandling

2.1.1 Socialberedningens betänkande

Frågan om tvångsvård under kvinnans graviditet har tidigare utretts av Socialberedningen, Åtgärder mot missbruk under graviditet (Ds S 1981:6). Beredningen var inte beredd att föreslå lagbestämmelser som skulle möjliggöra tvångsåtgärder mot gravida missbrukare i fall när ingripande inte skulle kunna ske med existerande lagstiftning.

Socialberedningen ansåg att frågan om fosterskadande effekter framför allt var en fråga som borde beaktas vid utformningen av den allmänna alkoholpolitiken i framtiden. Det kunde inte – enligt beredningen – accepteras att samhället mer eller mindre passivt åser att barn åsamkas dessa skador.

2.1.2 Utredningen om det ofödda barnet

Frågan om missbruk under graviditeten har också belysts av Utredningen om det ofödda barnet. I delbetänkandet SOU 1987:11 redovisades vissa överväganden om ett behov av ökat skydd för fostret. Trots dessa överväganden ansåg utredningen att flera skäl talade emot att föreslå tvångsingripande mot en gravid kvinna för att skydda det ofödda barnet. Det konstaterades att det vid alkoholkonsumtion inte finns något direkt

tröskelvärde vid vilket det inte föreligger några skaderisker för fostret. När det gäller narkotika finns det begränsade kunskaper om vilka kvantiteter som kan förorsaka skada hos det väntade barnet. Utredningen framhöll att det mot denna bakgrund inte var möjligt att ange kriterierna för ett tvångsingripande. Slutsatsen var att om kriterier inte kan anges leder lagen till rättsosäkerhet och kan medföra en otrygghet och rädsla för ooberättigade ingripanden. Utredningen påminde om att det i första hand var mödrahälsovården som skulle göra anmälan till länsstyrelsen om tvångsingripande till skydd för det väntade barnet. Det skulle därigenom finnas en påtaglig risk att detta kunde skrämma kvinnor i farozonen från att vända sig dit, framhöll utredningen.

2.1.3 Alkoholpolitiska kommissionen

Alkoholpolitiska kommissionen gjorde i sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24) en bred genomgång av den framtida alkoholpolitiken utifrån ett EU-perspektiv och en sammanställning av aktuell kunskap på området. Frågan om riktade insatser till gravida kvinnor med riskkonsumtion berördes övergripande i den nationella handlingsplan som dåvarande nationella ledningsgruppen för alkohol- och drogförebyggande arbete presenterade i juni år 1995.

2.1.4 LVM-utredningen

I LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring – Rätts-säkerhet, vårdens innehåll och eftervård (SOU 2004:3), behandlades frågan om graviditet, missbruk och tvångsvård. Utredningen framförde att mödravården och socialtjänsten genom samordnade insatser kan bidra till att dessa kvinnor upphör med eller minskar sitt missbruk och i förekommande fall motiveras till en behandlingsinsats på frivillig grund.

Utredningen konstaterade att det i praktiken är en mycket liten grupp kvinnor som inte inser de negativa effekterna av missbruket för det väntade barnet eller som visserligen inser konsekvenserna men ändå inte förmår att upphöra med missbruket. För de allra flesta av dessa kan antas att de uppfyller någon av specialindikationerna för tvångsvård enligt 4 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Det faktum att det årligen föds barn med FAS (fetalt alkohol-syndrom) är – enligt utredningen – i sig ett tecken på att nuvarande insatser är otillräckliga, men samtidigt ansåg utredningen att den pågående förstärkningen av mödrahälsovården skulle kunna leda till en mer aktiv uppföljning från personalens sida.

I betänkandet påpekas att den tidigare genomförda Utredningen om det ofödda barnet valde att inte föreslå någon rättslig möjlighet till tvångsvård som inte kunde hänföras till kvinnans eget vårdbehov eftersom det var svårt att lagstiftningsmässigt ange förutsättningarna för ett tvångsingripande med hänsyn till att det inte finns ett exakt gränsvärde vid vilket det inte föreligger några skaderisker för fostret. LVM-utredningen konstaterade att någon ny kunskap inte har tillkommit sedan dess. Utredningen framhöll vidare vad regeringen betonade i sin proposition om fosterdiagnostik och abort (prop. 1994/95:142), nämligen att fostret är att betrakta som en potentiell individ som har rätt till skydd under sin utveckling men att denna rätt samtidigt måste vägas mot moderns rätt till självbestämmande. Fostrets skyddsvärde innebär således inte en absolut rätt till liv när det kolliderar med andra intressen. Denna inställning delades av flertalet ledamöter i Statens medicinsk-etiska råd i samband med remissyttrandet över Den gravida kvinnan och fostret – två individer (SOU:1989:51).

Utredningen ansåg att det inte går att bortse ifrån att en utvidgning av LVM till att i vissa fall också omfatta gravida kvinnor då dessa inte har ett eget vårdbehov, skulle kunna innebära en uppenbar risk för att kvinnor som är i stort behov av stödinsatser från mödrahälsovården skulle bli tveksamma eller

t.o.m. avvisande till att uppsöka MVC inför risken att bli tvångsomhändertagna. Vidare ställde utredaren frågan hur samhället skulle ställa sig om kvinnan som blivit föremål för tvångsingripande i stället väljer att begära abort. Sammanfattningsvis förordade utredningen inte någon särskild indikation för tvångsvård av gravida kvinnor med missbruksproblem.

2.1.5 Socialutskottets betänkande om LVM-vård m.m.

I socialutskottets behandling av regeringens proposition Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården (prop. 2004/05:123, bet. 2004/05:SoU15), diskuterades bl.a. frågan huruvida en gravid kvinna ska kunna tvångsvårdas för sitt missbruk på grund av att fostret löper risk att skadas till följd av missbruket. Socialutskottet konstaterade att intresset för att skydda en potentiell individ mot skador väger mycket tungt. Samtidigt måste hänsyn tas till moderns rätt till självbestämmande och till skydd mot ett ingrepp i den personliga integriteten. Den omständigheten att det inte finns någon ofarlig konsumtionsnivå som är vetenskapligt fastlagd har konstaterats innebära lagstiftningsmässiga svårigheter. Utskottet framhöll att det faktum att det är omöjligt att i lag ange kriterierna för ett tvångsingripande medför rättsosäkerhet och en risk för ooberättigade ingripanden. Möjligheten att besluta om tvångsvård på grund av att fostret riskerar att skadas skulle vidare kunna innebära en risk att kvinnor med missbruksproblem undviker att uppsöka mödravårdscentralen. Utskottet tog också upp risken att det kan uppstå situationer där kvinnan väljer att göra abort för att inte tvångsomhändertas. Utskottet ansåg att det är mycket angeläget att förebygga FAS och andra skador på barn till följd av missbruk under graviditeten. Det bör dock ske genom insatser på frivillig grund om inte tvångsvård kan motiveras utifrån kvinnans eget vårdbehov.

2.1.6 Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att utreda insatser till kvinnor med missbruk under graviditeten m.m.

Regeringen gav den 7 september 2006 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda i vilken utsträckning gravida kvinnor med missbruk får den vård och det långsiktiga stöd de behöver samt om dessa insatser genomförs tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet och skapar förutsättningar för ett fungerande föräldraskap. Vidare skulle Socialstyrelsen föreslå de åtgärder som krävs för att säkerställa tidiga insatser till gravida kvinnor med missbruk för att skydda det väntade barnet och hur en indikation för tvångsvård kan utformas.

Socialstyrelsen avrapporterade sitt uppdrag i rapporten Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem (2007-09-27). Socialstyrelsen framhöll att de skäl som talar för och emot en förändring i LVM till skydd för det väntade barnet är, efter styrelsens genomgång, i stort sett desamma som tidigare utredningar lyft fram.

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

Socialstyrelsen gör i sin rapport bedömningen att förarbetena till LVM kan ge uttryck för en viss ambivalens huruvida LVM ska kunna användas till skydd för kvinnan själv och/eller fostret. Av rapporten framgår att socialutskottet vid ett tillfälle anförde att det bör vara möjligt att tillämpa LVM i de få fall där man inte

genom frivilliga insatser kan hjälpa kvinnor som har missbruks- och beroendeproblematik och som är gravida (bet. 1981/82:SoU22). Socialstyrelsens genomgång av LVM-domar visar att utskottets uttalande anförts i två mål.

2.1.7 Regeringens strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården

Regeringen har i sin strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården – inriktningen till och med 2010 och insatser under 2008 (regeringsbeslut den 24 april 2008), uppmärksammat bl.a. gravida kvinnors behov av stöd tidigt i graviditeten för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet.

Ett av alkoholpolitikens mål är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika under graviditeten. Genom prevention kan alkohol- och drogrelaterade fosterskador förebyggas. Det är således viktigt att säkra kontinuiteten i upplysningsarbetet riktat till hela befolkningen om riskerna med alkohol och narkotika under graviditeten. Mödrahälsovården möter så gott som alla gravida kvinnor och har därför en unik möjlighet att fånga upp de kvinnor som har ett riskbruk och erbjuda stöd till dem som behöver det för en alkohol- och drogfri graviditet.

Av strategin framgår att ett sätt att intensifiera detta arbete är genom Riskbruksprojektet. Riskbruksprojektet är ett regeringsuppdrag med målet att frågan om alkoholvanor ska få en självklar plats i hälso- och sjukvården. I och med denna satsning får personal inom mödrahälsovården utbildning i hur man identifierar kvinnor med riskbruk/missbruk/beroende. Mycket tyder på att fler kvinnor med alkoholproblematik upptäcks tidigare i och med denna utbildningssatsning vilket därmed ökar möjligheterna att förbättra stödet till familjer under barnets första levnadsår.

Regeringen aviserar att den, med utgångspunkt i Socialstyrelsens rapport, har för avsikt att återkomma med förslag om

hur stödet till gravida kvinnor med missbruk ska kunna utvecklas. Regeringen anför att det som ett komplement till vård i frivilliga former bör finnas möjlighet att till skydd för det ofödda barnet ansöka om tvångsvård enligt LVM för de kvinnor som inte förmår upphöra med sitt missbruk. De LVM-hem som Statens institutionsstyrelse (SiS) driver har inriktning mot olika målgrupper. Det finns redan idag LVM-hem som har kompetens för att möta och erbjuda gravida kvinnor med missbruk de insatser som de behöver.

Regeringen framhåller vidare i sin strategi att syftet är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol och narkotika. En utvidgning av LVM skulle innebära att kvinnor som i dag inte nås av frivilliga behandlingsinsatser skulle kunna få vård i ett tidigare stadium av sin graviditet än vad som sker i dag. Ju tidigare i graviditeten kvinnan får vård, desto bättre start i livet får barnet.

2.1.8 EU-kommissionens strategi för att minska alkoholrelaterade skador

EU-kommissionen har i sin strategi för att stödja medlemsstaterna att minska alkoholrelaterade skador angett fem prioriterade områden och angett goda exempel på åtgärder som kan vidtas inom medlemsländerna (Commission of the European Communities, 24.10.2006, COM (2006) 625 final).

Ett prioriterat område är att skydda ungdomar, barn samt det ofödda barnet. Inom detta område finns ett delmål om att reducera exponering för alkohol under graviditeten och genom detta reducera antalet barn som föds med s.k. Fetal Alcohol Disorders.

2.2 Gällande lagstiftning m.m.

2.2.1 Socialtjänstlagen och lagen om vård av missbrukare i vissa fall

I socialtjänstlagen (2001:453, SoL) anges socialnämndens ansvar för att personer med missbruksproblem får den hjälp och den vård som hon eller han behöver för att komma ifrån sitt missbruk (5 kap. 9 §). Denna samhälleliga skyldighet gäller självfallet också gentemot en gravid kvinna med missbruk. Utgångspunkten för socialnämndens arbete är att alla insatser ska ske i samförstånd med den vårdbehövande.

En missbrukare som inte frivilligt vill genomgå vård och behandling för sitt missbruk, kan bli föremål för tvångsinsats enligt lagen (1988:870, LVM) om vård av missbrukare i vissa fall. Rekvisiten för när tvångsvård ska beslutas ges i 4 § LVM. Tvångsvård ska beslutas om

- 1) någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
- 2) vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt, och
- 3) han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Tvångsvård kan inte komma ifråga enbart till skydd för det väntade barnet, begreppet närstående omfattar inte ett ofött barn (se prop. 1987/88:147 s.51). Endast om skyddsintresset av både modern och fostret sammanfaller kan LVM bli tillämplig.

Det är länsrätten som beslutar om beredande av tvångsvård (5 §) på ansökan av socialnämnden (11§). Om länsrätten beslutar om vård, ska socialnämnden se till att vården verkställs.

Vård som beslutats enligt LVM ska verkställas genom att missbrukaren bereds vård på institution som är särskilt avsedd att ge vård enligt LVM (22 §). Statens institutionsstyrelse (SiS) är den myndighet som ansvarar för sådana hem (6 kap. 3 § SoL). Målet med vården är att motivera den intagne till vård i frivilliga former och ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått (3 och 20 §§). Maximal vårdtid är sex månader. Enligt 27 § LVM ska SiS, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne ska beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Socialnämnden ska se till att sådan vård ordnas.

2.2.2 FN:s konvention om barnets rättigheter

I inledningen till FN:s konvention om barnets rättigheter sägs att de stater som kommit överens om alla de ingående artiklarna också ska beakta att, såsom anges i deklarationen om barnets rättigheter, "barnet på grund av sin fysiska och psykiska omognad behöver särskilt skydd och särskild omvårdnad innefattande lämpligt rättsligt skydd, såväl före som efter födseln".

I artikel 24 erkänns barnets rätt till hälsa och sjukvård och det anges bl.a. att staterna ska säkerställa en tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen (2.d).

2.2.3 Norska erfarenheter

Enligt den norska Socialtjensteloven är det möjligt för socialtjänsten att utan den gravida kvinnans eget samtycke kvarhålla henne på behandlingsinstitution under den återstående graviditetsperioden. Förutsättningen är att det är "övervägande sannolikt" att barnet kommer att födas med en skada som har ett direkt samband med moderns missbruk samt att frivilliga insatser inte bedöms vara tillräckliga. Enligt LVM-utredningen (se ovan) används bestämmelsen i mycket begränsad omfattning

och framförallt för kvinnliga narkomaner. I flertalet fall aktualiserar socialtjänsten tvångsingripande i ett mycket sent skede av graviditeten, vilket delvis kan bero på att dessa kvinnor uppsöker hälsovården i ett betydligt senare skede jämfört med kvinnor som inte har någon uttalad missbruks- eller beroendeproblematik. Förutsättningen för tvångsingripandet är att det är "övervägande sannolikt" att barnet kommer att födas med en skada som har ett direkt samband med moderns missbruk samt att frivilliga insatser inte bedöms vara tillräckliga. Innebörden av "övervägande sannolikt" är att det ska finnas en betydande eller väsentlig sannolikhetsövertikt för att barnet ska riskera att födas med en skada orsakad av moderns missbruk. Socialtjänsten ska var tredje månad ta ställning till om förutsättningarna för tvångsvård kvarstår.

En delförklaring till att lagstiftningen har tillämpats i så få fall kan, enligt bedömningar av LVM-utredningen, vara att rekvisitet "övervägande sannolikhetsövertikt" innebär en tung bevisbörda för socialtjänsten. Det kan i praktiken vara svårt att lägga fram tillräckligt starka bevis för att påvisa att en skada kommer att inträffa.

2.3 Behov av åtgärder

Av Socialstyrelsens rapport Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem – Avrapportering av regeringsuppdrag, framgår att de flesta riskkonsumenter av alkohol är unga män och kvinnor i åldrarna 18–29 år. Av kvinnorna i denna åldersgrupp bedöms 25 procent vara s.k. riskkonsumenter. Enligt Socialstyrelsen har alkoholkonsumtionen ökat bland kvinnor i åldersgruppen 26–36 år vilket är oroväckande eftersom det är i denna ålder som kvinnor ofta föder barn. Det finns dock tecken som tyder på att alkoholkonsumtionen hos gravida kvinnor kan ha begränsats något under de senaste åren. En studie utförd av Linköpings universitet

visar att alkoholkonsumtionen hos denna grupp kvinnor minskat mellan åren 2004 och 2008.

Socialstyrelsen beskriver i sin rapport också riskerna med bruk av alkohol under graviditeten. Olika kroppsorgan börjar att bildas vid olika tidpunkter av fosterutvecklingen under de första 80 dagarna av graviditeten (den första tredjedelen). Den biologiska sårbarheten börjar ca 28 dagar efter befruktningen, då anlaget till centrala nervsystemet bildas. Vidare utvecklas och differentieras fosterhjärnan, särskilt under den sista tremånaders perioden av graviditeten och under perioden som nyfödd. Alkoholkonsumtion under dessa perioder kan få allvarliga konsekvenser.

Av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård är det en vedertagen men inte helt spridd kunskap att fosterhjärnan kan skadas anatomiskt och funktionellt om den gravida kvinnan använder narkotika under graviditeten. Barn som under graviditeten exponerats för olika slags narkotika kan få kroppsliga skador, främst i hjärnan, med påverkan på belöningssystemen. Skadornas natur och frekvens är dock ofullständigt kända.

Det är dock svårt att få tag i uppgifter bl.a. om antalet barn som föds med svåra skador efter alkohol- och narkotikamissbruk. En orsak till detta är svårigheter att ställa diagnos. Skadorna kan komma att visa sig en tid efter förlossningen och det kan också finnas flera likartade skador hos barnet som inte beror på alkoholkonsumtion.

Fetal Alcohol Syndrome (FAS) är en mycket allvarlig konsekvens av omfattande alkoholkonsumtion under graviditeten. Drabbade barn kan uppvisa bl.a. tillväxtstörning, neurologiska störningar samt inte sällan ögonskador. Det finns också skador som benämns Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) som har uppkommit p.g.a. alkoholintag i mindre mängd under graviditeten.

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att det krävs en rad åtgärder för att kunna erbjuda kvinnor med missbruksproblem och kvinnor med s.k. förhöjd risk den vård och det stöd de

behöver för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet. Styrelsen redovisar förslag som gäller utveckling av den öppna vården, regionala riktlinjer samt inrättande av kompetenscentra m.m. för att förbättra situationen för gruppen.

Socialstyrelsen har också analyserat tillämpningen av LVM och har därvid studerat samtliga domar (31 st) i vilka domstolen har beslutat om vård enligt LVM för gravida kvinnor med missbruk under perioden 2004–2006. Av undersökningen framgår att det är i jämförelsevis få fall som risken för fostret har beaktats när domstolen beslutar om tvångsvård enligt LVM. I två mål har risken för både fostret och kvinnan beaktats och i tre mål beaktar domstolen risken för skador på fostret vid bedömningen av om vård kan ges på frivillig väg.

Socialstyrelsen framhåller att nästan samtliga kvinnor som bereddes vård enligt LVM var narkotikamissbrukare. Endast en kvinna fick vård enbart på grund av missbruk av alkohol och i tre fall i Socialstyrelsens studie förekom blandmissbruk.

Sammanfattningsvis framgår av Socialstyrelsens rapport att nuvarande utformning av samhällets vård och stöd inte är helt anpassat till de behov som finns. Det torde – enligt styrelsens bedömning – finnas personer som i dag är i behov av vård och stöd under graviditeten och som inte ges sådan vård. För att möta dessa behov krävs det ytterligare insatser av vård och stöd i öppna former och utveckling av riktlinjer och kompetens. Det finns också, enligt bl.a. Socialstyrelsens rapport, tecken som tyder på att det kan finnas behov att överväga förändringar i vissa av föreskrifterna på området.

3 Överväganden och förslag

3.1 Utveckling av vård och stöd

Bedömning: Åtgärder bör vidtas, inom ramen för kommuner och landstings nuvarande ansvar, för att kunna erbjuda gravida kvinnor med missbruksproblem och gravida kvinnor med s.k. förhöjd risk den vård de behöver tillräckligt tidigt för att uppnå en alkohol- och drogfri graviditet. Utveckling och anpassning av verksamheten vid SiS institutioner bör ske när det gäller vården efter förlossningen.

Skälen för promemorians bedömning

Insatser för gravida kvinnor med förhöjd risk

Enligt erfarenheter som finns inom såväl Socialstyrelsen som hos verksamma forskare på området avstår i dag flertalet kvinnor från skadligt alkoholbruk under graviditeten. Arbetet hos mödravårdscentralerna har i många fall inriktats mot att informera och samtala om alkoholens skadeverkningar under graviditeten vilket torde ha gett positiva effekter. Detta arbete har fått stöd genom det s.k. Riskbruksprojektet som är ett regeringsuppdrag till Statens folkhälsoinstitut med syfte att ge frågor om alkoholvanor en naturlig plats i vardagssjukvården. Bl.a. har det för barnmorskor utvecklats en modell för utbildning och ett nätverk har skapats med de barnmorskor som fungerar som samordnare i projektet.

Det finns dock gravida kvinnor som kan sägas konsumera alkohol i sådan mängd att s.k. förhöjd risk föreligger. Enligt Socialstyrelsen återfinns här ett stort antal kvinnor som har en högre konsumtion av alkohol och t.ex. festdroger men som inte etablerat ett beroende i vedertagen bemärkelse. Kvinnor med sådan förhöjd risk kan också vara den svåraste gruppen att nå. Många kvinnor i gruppen med förhöjd risk kan vara tveksamma till att söka sig till socialtjänst eller andra verksamheter som har personer med missbruk som målgrupp. Kvinnor som under graviditeten upptäcker att de på egen hand inte kan begränsa sin alkoholkonsumtion tillräckligt, behöver få hjälp. För att tillgodose dessa behov är det viktigt att vårdutbudet är differentierat så att även kvinnor med denna problematik snabbt kan få tillgång till behandling samt råd och stöd.

Av Socialstyrelsens rapport och vid intervjuer med företrädare för Socialstyrelsen samt med forskare vid Karolinska institutet framkommer dock att det i dag saknas tillräckligt stöd och omhändertagande för denna grupp. Inom ramen för sitt nuvarande ansvar bör hälso- och sjukvård och socialtjänst vidta åtgärder och skapa ändamålsenliga insatser så att vård och stöd kan möta de behov som finns. För en del av dessa kvinnor kan det räcka med täta besök hos mödravårdscentralen där bl.a. regelbundna samtal kan föras om riskerna med alkohol- och narkotikamissbruk. För andra kan det gälla resurser bestående av utredning och fördjupade samtal m.m. som i det senare fallet kan behöva kompletteras med psykiatrisk kompetens samt specialkompetens inom alkoholområdet.

Insatser för kvinnor med missbruk

Särskilt gruppen gravida kvinnor med ett etablerat och långvarigt missbruk behöver tät uppföljning inom mödrahälsovården. Lämpliga insatser är kvalificerat stöd och behandling av yrkesgrupper med socialkurativ kompetens och kompetens inom beroendområdet. Kliniska erfarenheter visar att kvalificerat

multidisciplinärt omhändertagande kan förbättra barnets prognos. I de tre storstadsområdena har enheter med särskilda resurser skapats för gravida kvinnor med denna typ av missbruksproblem. Dessa är Ambulatoriet i Malmö, Semillan i Göteborg och Familjesociala enheten vid KS/Huddinge sjukhus. Verksamheterna skiljer sig dock åt organisatoriskt, t.ex. har Ambulatoriet grundats på samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Eftersom antalet gravida kvinnor inom denna grupp är jämförelsevis litet är det svårt för varje kommun och landsting att bygga upp helt egna resurser. Socialstyrelsen framhåller att det mot denna bakgrund kan vara lämpligt att det regionalt kan samlas sådana resurser som täcker gruppens behov.

En förutsättning för att barn till kvinnor med missbruk och beroende inte ska födas med alkohol- och narkotikarelaterade skador är tidig upptäckt och kontakt med mödrahälsovården. Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att mödrahälsovården arbetar med uppsökande verksamhet. Den kompetens som behövs är enligt Socialstyrelsen specialutbildade barnmorskor med kunskap om drog- och beroendeproblematik.

Utveckling av vården hos SiS

SiS har ansvaret för tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och därmed också ansvaret för sådan vård som ges gravida missbrukande kvinnor enligt denna lagstiftning. SiS kvinnoinstitutioner har verksamhet som är inriktad mot att kunna ta emot gravida missbrukare. Flertalet av de som omhändertas enligt LVM är kvinnor med narkotikamissbruk och många har problematik som innebär att de är i behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

I avsnitt 3.3 föreslås att en gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av sitt missbruk av alkohol eller narkotika utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas

med en skada orsakad av missbruket. Det bör därför inom SiS utvecklas en beredskap för vården efter barnets födelse.

Det handlar således om att kunna ge vård och stöd såväl till kvinnan som till det nyfödda barnet. Samarbetet med socialtjänsten bör utvecklas för såväl tiden innan födseln som för perioden efter. Planering för vård och stöd till kvinna, barn och familj bör genomföras. Här bör samarbete mellan SiS, socialtjänst och barnhälsovård ske. Det är betydelsefullt att den tvångsvårdade kvinnan får kontakt med dem som arbetar med barn- och familjeärenden inom socialtjänsten i ett tidigt skede, för att planera tiden efter förlossningen och för hur modern och barnet ska klara tiden efter förlossningen. Bl.a. är det av betydelse att stöd ges i föräldrarollen och att denna uppföljning kan ske även efter förlossningen.

3.2 Kunskapsuppbyggnad m.m.

Bedömning: 3 miljoner kronor bör avsättas år 2010 för att stödja kunskapsuppbyggnad och metodutveckling

Skälen för promemorians förslag

Av Socialstyrelsens rapport samt genom kontakter med företrädare för hälso- och sjukvård samt universitet och högskolor, framgår att det saknas aktuella svenska studier som visar förekomsten av FAS-skador samt andra skador som har med missbruk under graviditeten att göra. De uppgifter som finns avser förhållanden som ligger alltför långt tillbaks i tiden.

Det är viktigt att det finns tillgång till aktuella uppgifter som visar hur många barn som varje år föds med skador som har med bruk och missbruk av alkohol och narkotika under graviditeten att göra. Avsaknaden av uppgifter eller förekomsten av inaktuella uppgifter kan leda till felaktiga beslut eller att nödvändiga

åtgärder i t.ex. förebyggande syfte inte vidtas i tillräcklig omfattning. Särskilda ekonomiska resurser bör därför fördelas till att utveckla förutsättningarna för en studie som syftar till att ta fram uppgifter om hur många barn i Sverige som föds per år med skador som har med bruk och missbruk under graviditeten att göra (incidens), samt uppgifter om det totala antalet barn i Sverige med sådana skador (prevalens). Vidare bör en kartläggning ske av internationella studier på området.

Vid intervjuer med företrädare för Socialstyrelsen och vid kontakter med företrädare för hälso- och sjukvården har vidare framkommit att det finns svårigheter att inom hälso- och sjukvården ställa diagnoser på skador som har uppkommit hos barn som en följd av missbruk under graviditeten. Skador på foster på grund av alkohol kan resultera i FAS dvs. ansiktsmissbildningar, låg vikt, kort längd samt hjärnskador. Barnen behöver dock inte få alla dessa skador utan kanske bara en del av dem. Tillståndet benämns då som FAE (Fetal Alcohol Effects). Det har också framkommit att barnen kan få neuropsykologiska störningar, t.ex. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). FAS och många av de andra typerna av skador kan ofta diagnostiseras först när barnet nått 4–5-års åldern³. Det arbete som pågår inom hälso- och sjukvården för att diagnostisera och utveckla metoder inom detta område bör förstärkas. Ekonomiska resurser bör mot denna bakgrund avsättas som stöd till utveckling av metoder för att säkrare kunna ställa diagnoser inom området.

Mot denna bakgrund bör under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet 3 miljoner kronor avsättas år 2010. Finansiering ska ske från anslaget 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder. Fortsatt beredning av detta förslag bör dock ske vad gäller precisering av ändamål samt fördelning av medel.

I detta sammanhang bör också nämnas regeringens tidigare bedömning att 15 miljoner kronor av anslaget för forskning till

³ Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen, sid. 170.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap bör användas för alkohol-, narkotika- och tobaksforskning åren 2009–2012 (prop. 2008/09:50).

3.3 LVM ändras för att förstärka skyddet för det ofödda barnet

Förslag: En gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av fortgående missbruk av alkohol eller narkotika utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket.

Skälen för promemorians förslag

Ett av alkoholpolitikens mål är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika under graviditeten. Regeringen har tidigare – bl.a. i arbetet med att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter – lyft fram barnets rätt till liv och aspekten barnets rätt att födas friskt. Bland de riskfaktorer som finns i detta sammanhang nämns förhållanden som t.ex. kvinnor som missbrukar alkohol eller narkotika.

Det är otillfredsställande att det i dag saknas ett tillräckligt skydd som hindrar att foster får allvarliga skador på grund av den blivande moderns missbruk. Det krävs därför tydliga insatser, genom utveckling av vård och förändringar i regelverket så att risken minskas för att foster ska få skador som är orsakade av moderns missbruk av exempelvis alkohol och narkotika.

För att säkerställa att kvinnor med missbruksproblem får den vård de behöver för att tillräckligt tidigt uppnå en alkohol- och drogfri graviditet behöver, förutom förstärkning av vårdkvalitet och kompetens m.m. ytterligare möjligheter ges till tvångsvård. Detta bör ske genom att det i lagen (1988:870) om vård av

missbrukare i vissa fall (LVM) tillförs en ytterligare specialindikation som föreskriver att tvångsvård ska beslutas om någon utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket.

Genom en utvidgning av LVM enligt förslaget kommer kommunernas socialtjänst att kunna ansöka om vård enligt LVM med syfte att i första hand skydda det väntade barnet. Detta torde också kunna skapa förutsättningar för att gravida kvinnor som i dag inte är mottagliga för frivilliga behandlingsinsatser skulle kunna få vård tidigare i sin graviditet än vad som sker för närvarande. Alkoholintag oavsett när under graviditetsperioden det sker har visats ha skadliga effekter på fostret och det är därför angeläget att missbruket bryts tidigt under graviditeten. Det är viktigt att personal inom exempelvis hälso- och sjukvård som kommer i kontakt med de gravida kvinnorna, tidigare anmäler detta till socialtjänsten.

Förslaget om reglering i LVM av att tvångsvård ska kunna beslutas på grund av att den blivande moderns missbruk skapar risker för det ofödda barnet, innebär ökad tydlighet vid tillämpning av reglerna. Med den nu föreslagna regleringen kan också vårdtiden anpassas till de behov som finns att ge vård efter förlossningen.

Syftet med tvångsvården är att motivera den missbrukande kvinnan så att hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Det gäller således att skapa goda förutsättningar för att vård i öppna former ska kunna ske och att kvinnan motiveras att upphöra med sitt missbruk. Graviditeten är en period som inte sällan innebär att möjligheter ges till att upphöra med eller väsentligt minska missbruket. Det är mot denna bakgrund viktigt att lagstiftningen ger tillräckliga möjligheter att stödja de vårdbehövande vid dessa tillfällen.

Det bör i detta sammanhang understrykas att tvångsvård ska vara en yttersta utväg och att syftet ska vara att motivera till frivillig vård. Den personkrets som kan komma ifråga omfattar endast personer med ett allvarligt och långvarigt missbruk och

där frivilliga insatser inte är tillräckliga. Enligt uppskattningar från Socialstyrelsen vårdas ca 20 gravida kvinnor årligen med stöd av LVM. Flertalet av dem som är gravida och behöver tvångsvård torde redan omfattas av nu gällande specialindikationer, vilket också framgår av LVM-utredningens bedömningar. Möjligheten att enligt förslaget tillgripa tvångsvård med hänsyn till att barnet inte ska födas med skador ska ses som ett komplement till nuvarande regler som endast ska behöva utnyttjas i enstaka fall och som en sista utväg.

Bedömningen är att det endast rör sig om ett fåtal personer som ytterligare kan komma att tvångsvårdas som en följd av förslaget. Det är dock – i dessa fåtal fall – ytterst viktigt att kunna tillgripa tvångsvård eftersom det gäller situationer där möjligheten att stoppa det pågående missbruket är en absolut förutsättning och en sista utväg att hindra att fostret inte ska drabbas av allvarliga skador till följd av kvinnans allvarliga och långvariga missbruk.

Det har i tidigare utredningar m.m. på området framförts att avsaknaden av ett exakt gränsvärde vid vilket det inte föreligger några skaderisker för fostret innebär att det är svårt att lagstiftningsmässigt ange förutsättningarna för ett tvångsinslagande.

Mot detta kan anföras att LVM inte heller i övrigt innehåller fastställda gränsvärden för när konsumtionen är av sådan omfattning att den uppfyller gällande rekvisit för om t.ex. den fysiska eller psykiska hälsan utsätts för allvarlig fara. Detta innebär att det av rättssäkerhetsskäl inte bör vara nödvändigt med ett krav på fastställda gränsvärden med hänsyn till det ofödda barnets risk att allvarligt skadas. Det centrala vid tillämpningen av reglerna är att dessa är tydligt utformade för domstolarnas prövning. Tillämpningen av reglerna bör följas noga av Socialstyrelsen och återrapporteras till regeringen för eventuella fortsatta överväganden. Frågan om uppföljning och utvärdering av lagreglerna behandlas i avsnitt 4.

Utredningen om det nyfödda barnet framhöll att eftersom det i första hand skulle vara mödrahälsovården som skulle göra

anmälan om tvångsingripande till skydd för det väntade barnet så skulle det finnas en påtaglig risk att detta kunde skrämma kvinnor i farozonen från att vända sig dit.

Det är avgörande för en trygg graviditet och en säker förlossning att kontakt tas på ett tidigt stadium med mödrahälsovården. Kontakterna mellan blivande mödrar och mödravårdscentralerna får inte äventyras av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst som kan upplevas som hotfulla eller skapa känsla av otrygghet. Vid en situation av omfattande missbruk som hotar hälsan för såväl det väntade barnet som den gravida kvinnan, är det dock viktigt att noggranna avvägningar görs mellan dels den personliga integriteten, dels möjligheterna att värna om fostrets och i förlängningen även det blivande barnets hälsa.

Möjligheterna till tvångsvård finns redan och ett införande av en fjärde specialindikation som tar sikte på i första hand fostret och inte den gravida kvinnan, utgör inte en sådan förändring av lagreglerna att det torde innebära att den gravida kvinnan av detta skäl skulle avstå från att göra besök på mödravårdscentralen. Trots missbruket finns ofta omsorg om det väntade barnet som gör att den gravida kvinnan ändå söker sig till mödravårdscentralen. Således talar övervägande skäl för att möjligheten att besluta om tvångsvård med hänsyn till det väntade barnet inte skulle ha någon betydande avhållande effekt när det gäller missbrukande kvinnors vilja att ta kontakt med mödravårdscentralen.

Det är viktigt att socialnämnden i sin ansökan till länsrätten om tvångsvård, ansöker om LVM med utgångspunkt även från specialindikationerna a–c i de fall dessa är aktuella. Om tvångsvård beslutas enbart med anledning av hänsyn till riskerna för fostret och inte de risker som i övrigt föreligger, leder detta till att vården upphör om graviditeten upphör, t.ex. genom missfall. Dessa avvägningar bör uppmärksammas av kommunernas socialtjänst vid utrednings- och ansökningsförfaranden.

Varje kvinna har rätt till abort i enlighet med lagens bestämmelser och den rätten inskränks inte i och med att en kvinna vårdas med stöd av LVM.

För att både den frivilliga vården och tvångsvården ska bli framgångsrik krävs samverkan mellan aktörer runt kvinnan. För att förbättra förutsättningarna för tvångsvården har regeringen tidigare initierat bl.a. satsningarna "Ett kontrakt för livet" och "Vårdkedjesatsningen", vars målsättning är att utveckla en fungerande modell för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. I de nationella riktlinjerna poängteras samverkan mellan socialtjänst och andra aktörer som finns runt den blivande modern.

Socialstyrelsen har i sin rapport om gravida kvinnor med missbruk m.m. påtalat att en förutsättning för ökad tvångslagstiftning bör vara att det frivilliga vårdutbudet är differentierat både inom den öppna vården och inom den frivilliga institutionsvården så att insatser kan erbjudas specifikt till gravida kvinnor med olika grad och typ av missbruk samt olika familjesituation. Utgångspunkter och överväganden för hur en sådan utveckling kan ske redovisas i avsnitt 3.1.

3.4 Vårdens varaktighet

Förslag: Bestämmelsen om att vårdtiden maximalt kan uppgå till sex månader kompletteras. Vården av en gravid kvinna som har beretts vård med stöd av LVM till skydd för sitt ofödda barn får pågå under hela graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse.

Skälen för promemorians förslag

Det finns kunskap och erfarenhet som påvisar vikten av att vård och stöd bör kunna ges under hela graviditeten och även en

period efter förlossningen. Föreskrifterna bör därför utformas på ett sådant sätt att de möjliggör en sådan kontinuitet. Det föreslås därför att vården med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska kunna pågå under hela graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse. Denna regel kan tillämpas dels i de fall vårdtiden på högst sex månader inte är ändamålsenlig med hänsyn till behov av vård och stöd under hela graviditeten, dels för att ge vård efter förlossningen.

Förslaget innebär att den tid som det är möjligt att vårda med tvång ökas från dagens situation med högst sex månaders vårddid till en utsträckt vårddid. Möjligheten till tvångsvård bör finnas över hela graviditetsperioden och längst till och med en månad efter barnets födelse. Som framgår av Socialstyrelsens erfarenheter är det betydelsefullt att försäkra sig om möjligheten till insatser efter förlossningen inte minst på grund av den risk för återfall som finns i detta skede. Vården efter barnets födelse är av stor betydelse för den fortsatta utvecklingen. Om kvinnan efter förlossningen återupptar sitt missbruk finns det risk för att barnet kan behöva omhändertas.

Det är i detta sammanhang viktigt att betona syftet med tvångsvården, nämligen att den ska motivera till frivillig vård och ska upphöra så snart syftet med vården är nått. Enligt förslaget innebär således den utsträckta vårdtiden att tvångsvården kan pågå längre än sex månader. I enlighet med syftet med tvångsvården ska denna alltid upphöra när kvinnan kan antas vara villig att ta emot behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Det bör understrykas att om tvångsvården påbörjas sent i graviditeten kan vården dock komma att pågå längre än en månad efter förlossningen. Enligt 20 § LVM ska tvångsvården upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Detta innebär att om tvångsvården av en gravid kvinna påbörjas i t.ex. sjunde graviditetsmånaden ska vården upphöra senast när den pågått i sex månader om inte syftet med vården dess förr innan uppnåts.

Vården såväl före som efter förlossningen enligt LVM ska, om förutsättningar finns, kunna övergå i vård i annan form. I de fall vård enligt LVM behöver ges även efter förlossningen är det viktigt att denna vård kan ske i så hemlika förhållanden som möjligt med hänsyn till moderns och barnets behov efter förlossningen. Det finns inom SiS också kvinnoinstitutioner som har en särskild inriktning mot bl.a. behandling av gravida kvinnor. I avsnitt 3.1 anges vilka förutsättningar som i detta sammanhang kan komma att gälla för SiS.

Under vårdtiden är det betydelsefullt att den tvångsvårdade kvinnan i ett tidigt skede får kontakt med dem som arbetar med barn- och familjeärenden inom socialtjänsten för att planera tiden efter förlossningen och för hur modern ska klara denna tid. En del i detta arbete kan bestå i att en förlossningsplan tas fram inom socialtjänsten. Vidare är det viktigt att kontakter även etableras med barnhälsovården i kvinnans hemlandsting.

4 Ikraftträdande, ekonomiska konsekvenser och uppföljning

Föreslagna förändringar i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) bör träda i kraft den 1 juli år 2010. Förändringarna bedöms inte innebära behov av övergångsbestämmelser.

Tillämpningen av de föreslagna reglerna bedöms inte komma att innebära några väsentligt ökade kostnader för staten på grund av antalet utnyttjade vårdplatser hos SiS. Bedömningen är att det endast rör sig om ett fåtal personer som ytterligare kan komma att tvångsvårdas som en följd av förslagen. Även om vårdtiden med det förslag som lämnas i avsnitt 3.4 ges möjlighet att bli utsträckt, bedöms inte den totala vårdtid som kommer att ges bli väsentligt mycket längre än den vårdtid som gäller i dag. Det rör sig enbart om ytterligare några få personer fler per år och den utsträckta vårdtiden ska i första hand ses som en möjlighet att under en mer utvidgad tidsram kunna aktualisera vård enligt LVM. Som nämns tidigare är målet med tvångsvården att motivera den intagne till vård i frivilliga former och tvångsvården ska upphöra så snart syftet med den är uppnått.

Vidare bedöms SiS beredskap och utveckling av vården för gravida missbrukande kvinnor samt samverkan med socialtjänsten kunna hanteras inom ramen för myndighetens nuvarande anslag.

I detta sammanhang är det också betydelsefullt att väga in de effekter som regelförändringen bedöms få i form av förbättrad hälsa och minskade vårdkostnader för barn som annars skulle ha

skadats av alkohol- och narkotikamissbruk. Av naturliga skäl är det förknippat med svårigheter att göra mer exakta uppskattningar i ekonomiska termer av dessa besparingar.

Regeländringarna bedöms också innebära att förvaltningsdomstolarna kan komma att behöva hantera något fler mål per år. Det handlar dock om ett mycket litet antal mål som kan tillkomma.

Vidare kan regelförändringarna innebära att kompetensutvecklingsinsatser behöver genomföras för den personal inom socialtjänsten som har till uppgift att svara för utredningarna. Dessa insatser ligger inom ramen för kommunernas ordinarie ansvar för kompetensutveckling av personalen och bör därför inte medföra ökade kostnader.

Socialstyrelsen bör inom ramen för sitt uppföljningsarbete särskilt uppmärksamma vård och stöd som ges till gravida missbrukare med stöd av de nya reglerna. Särskild uppmärksamhet bör ges åt rättssäkerhetsaspekter i tillämpningen av reglerna samt till kvalitet och helhetssyn i vårdutbudet. Socialstyrelsen bör rapportera sina iakttagelser när det gäller de ändrade reglerna till regeringen senast den 30 juni år 2012.

Som framgår av avsnitt 3.2 bör under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet 3 miljoner kronor avsättas under år 2010 för kunskapsuppbyggnad och metodutveckling. Finansieringen ska ske från anslaget 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

5 Författningskommentarer

4 §

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.3. Den tredje punkten i första stycket utökas med en ny punkt d). Det nya rekvisitet för tvångsvård är explicit riktat mot gravida kvinnor och innebär att en kvinna ska beredas tvångsvård om hon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ur sitt missbruk, vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt och hon till följd av missbruket *utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket*. Genom denna nya bestämmelse får socialnämnden ett verktyg att kunna ingripa i ett tidigare skede än med nuvarande regler genom att risken för att ett barn ska födas med en skada till följd av missbruket ska kunna vägas in i bedömningen om behovet av tvångsåtgärder.

13 §

Ett nytt andra stycke tillförs som innebär att socialnämnden kan besluta om omedelbart omhändertagande avseende en person vilken sannolikt kommer att beredas vård med stöd av den nya bestämmelsen i 4 § första stycket 3. d).

Ändringen i tredje och fjärde styckena (nuvarande andra och tredje stycket) är enbart redaktionella.

20 §

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.4. För en gravid kvinna som har beretts vård med stöd av 4 § första stycket 3. d) ska vården kunna pågå hela den återstående graviditeten och längst till och

med en månad efter barnets födelse. Det kan i vissa fall innebära att vårdtiden blir längre än de sex månader som enligt första stycket är den maximala tiden för tvångsvård. Det kan självfallet också innebära en kortare vårdtid, eftersom huvudregeln i första stycket är att vården ska upphöra så snart syftet med den har uppnåtts. Syftet med vården framgår av 3 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vari anges att tvångsvården ska syfta till att motivera missbrukaren till att frivilligt medverka till att ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Departementsserien 2009

Kronologisk förteckning

1. Förstärkt integritetsskydd vid signalspaning. Fö.
2. Skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel. Jo.
3. Fordonsbesiktning. N.
4. Översyn av vissa mediemyndigheter – en effektivare administration. Ku.
5. Författningsändringar med anledning av VIS-förordningen. Ju.
6. Ekonomiska villkor för ledamöter av Europaparlamentet. Ju.
7. Effektivare regler och bättre beslutsunderlag för arbetsmarknadspolitiken. A.
8. Genomförandet av delar av Prümrådsbeslutet. Ju.
9. Förbättrad utslussning från sluten ungdomsvård och ändrade gallringsregler i belastningsregistret. Ju.
10. Stärkt finanspolitiskt ramverk – översyn av budgetlagens bestämmelser om utgiftstak. Fi.
11. Oberoendet i den kommunala revisionen. Fi.
12. Registrering av personuppgifter vid katastrofer utomlands. Ju.
13. Konsumenttjänster m.m. Ju.
14. Konsumentombudsmannen – en översyn IJ.
15. En enklare ledighetslagstiftning. A.
16. Produktsäkerhet vid offentliga tjänster. IJ.
17. Straffrättsliga åtgärder till förebyggande av terrorism. Ju.
18. Behovsbedömning av annat än ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen. S.
19. Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet. S.

Departementsserien 2009

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Författningsändringar med anledning av VIS-förordningen. [5]
Ekonomiska villkor för ledamöter av Europaparlamentet. [6]
Genomförandet av delar av Prövrådsbeslutet. [8]
Förbättrad utslussning från sluten ungdomsvård och ändrade gallringsregler i belastningsregistret. [9]
Registrering av personuppgifter vid katastrofer utomlands. [12]
Konsumenttjänster m.m. [13]
Straffrättsliga åtgärder till förebyggande av terrorism. [17]

Försvarsdepartementet

Förstärkt integritetsskydd vid signalspaning. [1]

Socialdepartementet

Behovsbedömning av annat än ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen. [18]
Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet. [19]

Finansdepartementet

Stärkt finanspolitiskt ramverk – översyn av budgetlagens bestämmelser om utgiftstak. [10]
Oberoendet i den kommunala revisionen. [11]

Jordbruksdepartementet

Skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel. [2]

Näringsdepartementet

Fordonsbesiktning. [3]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Konsumentombudsmannen – en översyn. [14]

Produktsäkerhet vid offentliga tjänster. [16]

Kulturdepartementet

Översyn av vissa medienmyndigheter – en effektivare administration. [4]

Arbetsmarknadsdepartementet

Effektivare regler och bättre beslutsunderlag för arbetsmarknadspolitiken. [7]
En enklare ledighetslagstiftning. [15]