

SKYDD FÖR DET VÄNTADE BARNET

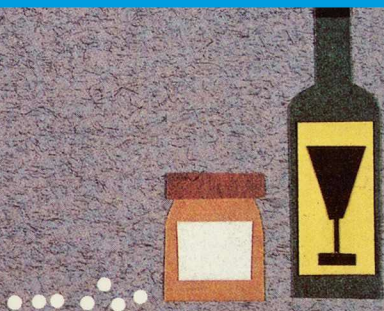
I. ÅTGÄRDER VID
MISSBRUK M.M.

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library
of Sweden



SOU 1987:11

Delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet

Ref

SKYDD FÖR DET VÄNTADE BARNET

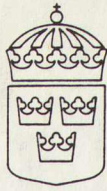
I. ÅTGÄRDER VID
MISSBRUK M.M.
UNDER
GRAVIDITET.

SOU 1987:11



Delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet





Statens offentliga utredningar

1987:11

Justitiedepartementet

117

Skydd för det väntade barnet

1. Åtgärder vid missbruk m. m. under graviditet

Delbetänkande av utredningen
om det ofödda barnet

Stockholm 1987

Omslag BIGG, Pia Löfstedt
ISBN 91-38-09590-4
ISSN 0375-250X
Gotab Stockholm 1987

Till Statsrådet och chefen för justitiedepartementet

Genom beslut den 3 december 1981 bemyndigade regeringen dåvarande statsrådet Carl Axel Petri att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågan om inseminationer m.m. samt att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade statsrådet Petri den 3 december 1981 som särskild utredare justitieombudsmannen Tor Sverne.

Att som sakkunniga biträda utredaren förordnades den 8 mars 1982 professorn Holsten Fagerberg, departementsrådet Lars Hultstrand, överläkaren Ingrid Ursing, numera avdelningsdirektören Kristina Widgren samt den 11 februari 1985 byråchefen Anders Thunved.

Att som experter biträda utredaren förordnades den 8 mars 1982 psykologen Inga Gustafsson, den 5 juli 1982 dåvarande riksdagsledamoten Linnéa Hörlén, sekreteraren Anne Christine Centerstig, riksdagsledamoten Siri Häggmark, dåvarande riksdagsledamoten Lilly Bergander och professorn Ragnar Holte, den 14 december 1982 professorn Marc Bygdeman, den 11 februari 1985 docenten Gunilla Larsson samt den 3 juli 1985 docenten Ragnar Olegård. Den 24 april 1985 entledigades Anne Christine Centerstig och förordnades riksdagsledamoten Karin Israelsson till ny expert.

Till sekreterare förordnades den 1 februari 1982 numera rådmannen Göran Ewerlöf.

Utredningen antog ursprungligen namnet inseminationsutredningen.

Utredningen har tidigare avgett betänkandena (SOU 1983:42) Barn genom insemination och (SOU 1985:05) Barn genom befruktning utanför kroppen m.m.

Utredningen har den 30 september 1984 erhållit tilläggsdirektiv angående vissa frågor om skydd för ofödda barn och fosterdiagnostik (Dir 1984:36) och har numera antagit namnet utredningen om det ofödda barnet.

Utredningen får härmed överlämna delbetänkandet (SOU

1987:11) Skydd för det väntade barnet 1. Åtgärder vid missbruk m.m. under graviditet.

Till betänkandet har fogats två särskilda yttranden.

Utredningen fortsätter med övriga frågor som ingår i utredningens uppdrag i fråga om det ofödda barnet.

Stockholm i februari 1987

Tor Sverne

/Göran Ewerlöf

Innehåll

<i>Förkortningar</i>	8
<i>Sammanfattning</i>	9
<i>Författningsförslag</i>	14
1 <i>Utredningsuppdraget</i>	16
2 <i>Analys av utredningsuppdraget och arbetets bedrivande</i>	18
2.1 <i>Tidigare överväganden av regering och riksdag m.fl.</i>	18
2.1.1 <i>Inledning</i>	18
2.1.2 <i>Socialberedningens överväganden</i>	18
2.1.3 <i>Socialutskottets ställningstaganden</i>	20
2.2 <i>Allmänt om skydd för ofödda i lagstiftningen</i>	25
2.3 <i>Utredningens uppdrag i fråga om skydd för det väntade barnet</i>	27
2.4 <i>Utredningens arbete</i>	29
3 <i>Historik</i>	31
4 <i>Bruk av alkohol eller narkotika under graviditet</i>	33
4.1 <i>Inledning</i>	33
4.2 <i>Medicinska synpunkter</i>	33
4.2.1 <i>Missbruk bland kvinnor</i>	33
4.2.2 <i>Medicinska effekter på det väntade barnet av alkohol under graviditet</i>	37
4.2.3 <i>Medicinska effekter på det väntade barnet av narkotika under graviditeten</i>	40
4.3 <i>Sociala och psykologiska synpunkter</i>	41
5 <i>Läkemedel under graviditet</i>	44
6 <i>Rökning under graviditet</i>	46
6.1 <i>Tobaksvanor i Sverige</i>	46

6.2	Medicinska effekter av rökning under graviditet	47
7	<i>Utvecklingsstörning eller psykisk sjukdom hos gravid kvinna</i>	48
8	<i>Kroppslig sjukdom hos gravid kvinna eller hos det väntade barnet</i>	49
9	<i>Några projekt angående missbruk under graviditet</i>	51
9.1	Projektet "Föräldrar och alkohol" (FA-projektet)	51
9.2	Projektet "Gravida kvinnor med missbruksproblem"	53
9.3	Behandlingsteamet för gravida missbrukare vid Hud- dinge sjukhus	54
10	<i>Utredningens enkätundersökningar</i>	56
10.1	Enkät till barnklinikerna	56
	10.1.1 Metod	56
	10.1.2 Sammanfattning av undersökningen	56
	10.1.3 Några slutsatser	58
10.2	Förfrågan till länsrätterna	60
10.3	Förfrågan till landstingskommunerna	61
11	<i>Behandlingsmöjligheter för gravida missbrukare</i>	62
12	<i>Aktuella lagbestämmelser m.m.</i>	63
12.1	Inledning	63
12.2	Hälso- och sjukvården	63
12.3	Socialtjänsten	64
12.4	Sekreessen	66
12.5	Handläggningen av ett ärende enligt LVM, LVU eller LSPV	68
13	<i>Utredningens överväganden och förslag</i>	69
13.1	Utredningens utgångspunkter	69
13.2	Allmänna överväganden	70
13.3	Kunskapsläge i fråga om missbruk m.m. under gravi- ditet	72
	13.3.1 Inledning	72
	13.3.2 Missbruk av alkohol under graviditet	72
	13.3.3 Missbruk av narkotika under graviditet	73
	13.3.4 Missbruk av läkemedel under graviditet	74
	13.3.5 Rökning	75
13.4	Information till allmänheten	75
	13.4.1 Allmänt	75
	13.4.2 Alkohol- och narkotikamissbruk	75

13.4.3	Läkemedel	77
13.4.4	Rökning	78
13.5	Särskilda insatser inom mödrahälsovården	78
13.5.1	Drogmissbruk	78
13.5.2	Sjukdom hos kvinnan eller det väntade barnet m.m.	79
13.6	Särskilda insatser inom hälso- och sjukvården i övrigt	79
13.6.1	Inledning	79
13.6.2	Primärvården	80
13.6.3	Vuxenpsykiatri	80
13.6.4	Kvinnoklinikerna	80
13.6.5	Referensgrupper inom hälso- och sjukvården	80
13.7	Särskilda insatser inom socialtjänsten	81
13.8	Samarbete mellan mödrahälsovården, hälso- och sjuk- vården i övrigt samt socialtjänsten	82
13.9	Fråga om tvångsätgärder	84
13.10	Något om sociala insatser efter barnets födelse	87
13.11	Forskning	88
14	<i>Specialmotivering</i>	89
	Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	89
	<i>Särskilda yttranden</i>	90
a)	av sakkunniga Ingrid Ursing och Kristina Widgren	90
b)	av experterna Siri Häggmark, Linnéa Hörlén och Karin Israelsson	91
	<i>Bilagor</i>	93
<i>Bilaga 1</i>	Undersökningar angående barn med alkohol- och narkotikaskador	93
<i>Bilaga 2</i>	Enkät till barnklinikerna	100
<i>Bilaga 3</i>	Förfrågan till landstingskommunerna	109
<i>Bilaga 4</i>	Summary	117

Förkortningar

AIDS	acquired immune deficiency syndrome
ANT	alkohol, narkotika, tobak
CNS	central nervous system
FA	föräldrar och alkohol
FAS	fetal alcohol syndrome
HIV	human immune virus
LSPV	lag (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall
LVM	lag (1981:1234) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	lag (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga
MVC	mödravårdscentral
SekrL	sekretesslagen (1980:100)
SoL	socialtjänstlagen (1980:620)

Sammanfattning

Bakgrund

Misstanken om att alkohol har en skadlig effekt på fostret är inte ny. Redan på 1800-talet uttalade forskare misstanken om sambandet mellan alkoholmissbruk under graviditeten och fosterskada.

Först under 1970-talet började emellertid forskningen på detta område på allvar. De senaste åren har allt fler forskningsrapporter publicerats. Dessa pekar på att också missbruk under graviditeten av narkotika, överkonsumtion av vissa läkemedel (främst psykofarmaka) samt rökning kan ge upphov till fosterskada.

Inseminationsutredningen (numera utredningen om det ofödda barnet) har fått i uppdrag att göra en kartläggning beträffande fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på visst sätt. Utredningen, som enligt direktiven bör analysera de problem som är förknippade med en eventuell lagstiftning, redovisar följande.

Effekter på det väntade barnet av missbruk m.m. under graviditet

Om kvinnan missbrukar alkohol under graviditeten kan skador uppkomma på fostret. Skadorna brukar indelas i tre grupper nämligen 1) tillväxtstörning 2) kroppsliga avvikelser och 3) störning på det centrala nervsystemets funktion (CNS). Om ett barn har symptom från alla dessa grupper talar man om ett *fullständigt fetalt alkoholsyndrom* (FAS) eller *alkoholfetopati*. Har barnet symptom från en eller två av grupperna talar man om *partiellt fetalt alkoholsyndrom*. Fullständigt FAS har beskrivits hos barn till mödrar som under graviditeten så gott som dagligen druckit 20-30 cl starksprit eller motsvarande alkoholmängd öl eller vin. Risken för att ett barn efter en sådan konsumtion skall få FAS har uppskattats till 20-50 procent. Vilken effekt en mera måttlig alkoholkonsumtion eller ett enstaka rus har på fostret är däremot mera osäkert. Forskarna anser det dock rimligt anta att även lägre konsumtionsni-

våer vid regelbundet intag kan ha ogynnsamma effekter på fosterutveckling, främst tillväxten. Någon tröskelnivå vid vilken risk för fosterskada kan uppstå har inte kunnat fastställas.

Också om kvinnan missbrukar narkotika under graviditeten kan det uppstå olika former av skador på fostret.

Barn till kvinnor som missbrukat *heroin* under graviditeten har ofta abstinenssymptom vid födelsen. De kan också uppvisa beteendevikelser, framför allt i form av hyperaktivitet och störningar i förmågan att lära in och varsebli. Om kvinnan genomgått metadonbehandling under graviditeten kan barnet visa upp en motsvarande symptombild.

Barn till kvinnor som missbrukat *amfetamin* under graviditeten är påtagligt slöa under den närmaste tiden efter födelsen. Det föreligger också en ökad frekvens för tidigt födda barn och dödlighet hos barn i samband med förlossningen hos amfetaminmissbrukare.

När det gäller missbruk av *kokain* och *cannabis* under graviditeten föreligger ännu inga säkra forskningsresultat i detta sammanhang.

Senare tids forskning talar för att en överkonsumtion av vissa *psykofarmaka* (s.k. bensodiazepiner) under graviditeten kan ge upphov till fosterskador av ungefär samma typ som vid alkoholmissbruk.

Om en kvinna *röker* mycket under graviditeten ökar risken för att hon föder ett underviktigt barn. Detta gäller även om kvinnan utsätts för passiv rökning till exempel från barnets fader. För ett underviktigt barn finns en viss ökad risk för dödsfall eller hjärnskador i samband med förlossningen. Vissa undersökningar talar även för att ett barn, vars moder rökt mycket under graviditeten, löper risk att påverkas negativt i såväl sin fysiska som mentala hälsa.

Det finns forskning som tyder på att om en alkoholmissbrukande gravid kvinna röker så ökar detta risken för fosterskador.

Vissa *sjukdomar* hos kvinnor under graviditeten kan påverka fostrets utveckling (t.ex. diabetes och förhöjt blodtryck). Genom en god övervakning och behandling av kvinnan under graviditeten kan riskerna för sådan påverkan dock minskas påtagligt.

En sjukdom som visat sig kunna överföras direkt från kvinnan till fostret är immunbristsjukdomen AIDS.

Genom den alltmer utvecklade fosterdiagnostiken finns i dag möjlighet att tidigt upptäcka vissa sjukdomstillstånd hos fostret. Forskning pågår när det gäller utveckling av metoder för att lindra sjukdom eller skador hos det blivande barnet.

Om kvinnan motsätter sig behandling kan detta medföra risker för barnets utveckling. Till denna fråga återkommer vi i nästa betänkande, där även frågan om sena aborter kommer att tas upp.

Utredningens undersökning

I mitten av 1970-talet uppskattades antalet barn som årligen föddes i Sverige med fullständigt eller partiellt FAS till mellan 100 och 400.

En enkätundersökning som utredningen gjort vid samtliga landets barnkliniker tyder på att antalet barn med sådana alkoholskador sjunkit kraftigt sedan dess så att det numera rör sig om högst ett 50-tal barn per år. Denna tendens bekräftas av undersökningar som gjorts i utlandet. Enligt utredningens uppfattning beror den positiva utvecklingen huvudsakligen på att en ny medvetenhet uppkommit hos gravida kvinnor och hos personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst om riskerna för fosterskador vid missbruk under graviditeten. En omfattande information i bl.a. massmedierna och skolorna under senare år har sannolikt starkt bidragit till denna medvetenhet.

Utredningens överväganden

Information till allmänheten

Man kan utgå från att varje gravid kvinna önskar föda ett friskt barn. Graviditeten torde därför vara en mycket gynnsam period när det gäller att få kvinnan motiverad att avstå från alkohol, narkotika och andra fosterskadande droger samt att iaktta en lämplig livsföring i övrigt. För det stora flertalet kvinnor som avser att skaffa sig barn eller som redan är gravida räcker det oftast med saklig information om riskerna för det väntade barnet med alkohol och andra droger för att kvinnan skall avstå från användning av sådana medel.

En viktig målgrupp när det gäller den allmänna informationen är ungdomen som inom några år kan bli föräldrar. Information om faran med drogbruk under graviditet bör därför ges i de högre klasserna i grundskolan och fortsätta i gymnasiet. Sådan information ges redan i dag i viss utsträckning. Det bör vara skolöverstyrelsens uppgift i samråd med landstingskommunerna att utarbeta ett handlingsprogram i detta hänseende.

Andra viktiga kanaler för den allmänna informationen är mödravårdscentralerna (MVC), den allmänna föräldrautbildningen i landstingens och kommunernas regi samt preventivmedelsrådgivningarna och de särskilda ungdomsmottagningarna.

Även den blivande fadern, som har en viktig roll när det gäller att få kvinnan att avstå från droger under graviditeten, bör ges information.

I fråga om psykofarmaka bör det i första hand vara läkarnas och apotekens uppgift att upplysa om riskerna för fosterskador om kvinnan under graviditeten överkonsumerar sådan medicin.

När det gäller rökning under graviditet bör information lämnas till de blivande föräldrarna på samma sätt som i fråga om droger.

Särskilda insatser inom mödrahälsovården

I stort sett alla blivande mödrar kommer i kontakt med MVC som därför har en central roll när det gäller att förebygga eller lindra fosterskador till följd av missbruk.

Det är viktigt att barnmorskan på MVC får särskild utbildning i att uppmärksamma och arbeta med missbruksproblem under graviditet. Landstingskommunerna bör alltså fortsätta arbetet att kartlägga och tillgodose behovet av utbildnings- och handledningsinsatser inom mödrahälsovården när det gäller missbruk under graviditet. Även den blivande fadern bör tas in i det stöd- och behandlingsarbete som kan bli aktuellt för den gravida kvinnan.

Särskilda insatser inom hälso- och sjukvården i övrigt

Även personal inom primärvård och vuxenpsykiatri samt på kvinno- och kvinnoklinikerna har en betydelsefull roll när det gäller att ge gravida missbrukare hjälp och stöd. Det är viktigt att denna personal får utbildning och handledning samt att en metodikutveckling sker i dessa frågor. Utredningen föreslår därför att referensgrupper inrättas – region- eller landstingsvis – med uppgift att ha det övergripande ansvaret för undervisning, handledning, metodutveckling och konsultation. Grupperna bör vara sammansatta så att pediatrik, obstetrisk och psykiatrisk expertis är representerade. Några nämnvärt ökade kostnader torde en sådan grupp inte behöva medföra eftersom det främst är en fråga om att sammanföra redan befintliga resurser inom respektive region eller landsting.

Särskilda insatser inom socialtjänsten

Även socialtjänsten spelar en betydelsefull roll när det gäller att förebygga eller lindra missbruksskador under graviditet. Förutom stödjande och hjälpande åtgärder av social och ekonomisk natur kan placering på behandlingshem eller familjehem vara aktuellt för kvinnan och även den blivande fadern.

Samarbete mellan mödrahälsovården, hälso- och sjukvården i övrigt samt socialtjänsten

Utredningen anser det angeläget att samhällets samlade resurser tas i anspråk för att skydda det väntade barnet i situationer när den gravida kvinnan missbrukar. För närvarande lägger sekretesslagen hinder i vägen för myndigheter och verksamhetsgrenar, som kan komma i kontakt med kvinnan under graviditeten, att lämna

varandra uppgifter. Utredningen föreslår en ändring i sekretesslagen. Genom denna ändring öppnas möjlighet för myndigheter och verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst att utan hinder av sekretessen lämna uppgifter till varandra om det behövs för insats till skydd för den ofödde.

Frågan om tvångsätgärder

När det gäller frågan om tvångsingripande har utredningen övervägt om nuvarande tvångslagar – lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) – bör ändras så att ett tvångsingripande mot kvinnan skulle kunna ske till skydd för det ofödda barnet. Utredningen har emellertid kommit fram till att en sådan utvidgning av nuvarande lagstiftning inte bör komma till stånd. Som skäl för detta har utredningen bl.a. anfört att det är svårt att i dag fastslå klara kriterier för ett sådant ingripande eftersom man inte vet om även mindre mängder alkohol eller andra droger kan utgöra en risk för fostret.

Vidare anför utredningen att det föreligger risk för att en sådan lagändring skulle medföra att kvinnor i farozonen inte vågar vända sig till t.ex. MVC, som i första hand skulle bli den myndighet som tar initiativ till ett tvångsingripande.

Utredningen anser därför att det i stället för att utöka möjligheterna till tvångsingripande – som i så fall skulle beröra endast ett mycket begränsat antal kvinnor – finns anledning att satsa mera på de frivilliga och uppsökande åtgärderna.

Utredningen har också övervägt att utöka anmälningsskyldigheten för myndigheter enligt 71 § socialtjänstlagen att gälla även ofödda barn. Utredningen har därvid – av samma skäl som i fråga om tvångsingripande – funnit att en sådan utvidgning av anmälningsskyldighet inte bör ske. Den lättnad i sekretessen som förslagits torde vara den mest ändamålsenliga åtgärden i sammanhanget.

Forskning

Utredningen finner att det är angeläget att forskningen på området fortsätter och fördjupas. Som särskilt angeläget framstår det att om möjligt få klarlagt om även mindre mängder alkohol kan innebära fara för fostret. Även behandlingsforskning när det gäller kvinnliga alkoholister bör enligt utredningens mening komma till stånd.

Författningsförslag

Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Häriigenom föreskrivs att 14 kap. 2 § sekretesslagen (1980:100) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Sekretess hindrar inte att uppgift i annat fall än som avses i 1 § lämnas till myndighet, om uppgiften behövs där för

1. förundersökning, rättegång, ärende om disciplinansvar eller skiljande från anställning eller annat jämförbart rättsligt förfarande vid myndigheten mot någon rörande hans deltagande i verksamheten vid den myndighet där uppgiften förekommer,

2. omprövning av beslut eller åtgärd av den myndighet där uppgiften förekommer, eller

3. tillsyn över eller revision hos den myndighet där uppgiften förekommer.

Sekretess hindrar inte att uppgift lämnas i muntligt eller skriftligt yttrande av sakkunnig till domstol eller myndighet som bedriver förundersökning i brottmål.

Sekretess hindrar inte att uppgift, som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1 och 4 §§, lämnas mellan olika myndigheter och verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, om det behövs för insats till skydd för den som inte är född.

Sekretess hindrar inte att uppgift om enskilda adress, telefonnummer och arbetsplats lämnas till en myndighet, om uppgiften behövs där för delgivning enligt delgivningslagen (1970:428). Vad nu sagts

Nuvarande lydelse

gäller dock inte uppgift hos televerket om telefonnummer till enskilds bostad, om den enskilde hos televerket begärt att abonnemanget skall hållas hemligt och uppgiften omfattas av sekretess enligt 9 kap. 8 § tredje stycket.

Sekretess hindrar inte att uppgift som angår misstanke om brott lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet, om fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda annan påföljd än böter.

För uppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1-6 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § andra stycket gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1 eller 4 § inte att uppgift som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.

Tredje och fjärde styckena gäller inte uppgift som omfattas av sekretess enligt 9 kap. 9 § första stycket.

Föreslagen lydelse

För uppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1-6 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § andra stycket gäller vad som föreskrivs i *femte* stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1 eller 4 § inte att uppgift som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.

Fjärde och femte styckena gäller inte uppgift som omfattas av sekretess enligt 9 kap. 9 § första stycket.

1 Utredningsuppdraget

I tilläggsdirektiv (Dir 1984:36) till inseminationsutredningen anförde chefen för justitiedepartementet, statsrådet Sten Wickbom, följande till ledning för utredningens arbete.

Genom tilläggsdirektiv år 1982 fick utredningen (Ju 1977:08) om barnens rätt i uppdrag att överväga bl.a. vissa frågor om skydd för ofödda (Dir 1982:25). Bakgrunden till detta uppdrag var att riksdagen år 1981 hade uttalat att en kartläggning borde komma till stånd beträffande fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på visst sätt (SoU 1981/82:14, rskr. 61). Som jag tidigare i dag har förordat (Se Dir 1984:34) bör denna del av utredningens uppdrag föras över till inseminationsutredningen.

Från uppdraget till utredningen om barnens rätt undantogs bl.a. frågor som hänförde sig till fosterdiagnostiken. Anledningen till detta var att socialstyrelsen då höll på med en kartläggning och analys av fosterdiagnostikens problem, möjligheter och ställning inom hälso- och sjukvården. Enligt riksdagen borde därför närmare överväganden anstå i frågan huruvida utvecklingen av fosterdiagnostiken påkallade några särskilda åtgärder från statsmakternas sida (SoU 1981/82:14 s. 33 f)

Enligt vad jag har inhämtat kommer socialstyrelsen inom kort att avsluta sitt arbete. Resultatet avses bli redovisat i en rapport. Inseminationsutredningen bör vara oförhindrad att med beaktande av vad som kommer fram genom socialstyrelsens rapport närmare undersöka vilka principiella och etiska spörsmål som fosterdiagnostiken kan aktualisera och analysera de problem som är förknippade med en eventuell lagstiftning i detta ämne. Utredningen bör därvid också beakta de förslag som kan bli resultatet av det pågående arbetet inom gen-etikkommittén (S 1981:03) rörande genteknikens användning inom fosterdiagnostiken.

I fråga om utredningsuppdraget i övrigt bör gälla vad som i denna del har sagts i 1982 års tilläggsdirektiv till utredningen om barnens rätt.

I de ovan nämnda tilläggsdirektiven till utredningen om barnens rätt anförde justitieministern bl.a. följande i fråga om skydd för ofödda.

Med anledning av olika riksdagsmotioner om lagstiftning till skydd för ofödda m.m. uttalade riksdagen år 1981 att en kartläggning borde komma till stånd beträffande fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att

hon handlar eller underlåter att handla på ett visst sätt. Enligt riksdagen borde man därvid analysera de problem som är förknippade med en lagstiftning till skydd för fostrets intressen i sådana fall. Även den blivande faderns roll borde uppmärksammas i sammanhanget. Det bör påpekas att uppdraget inte avser frågor som hänför sig till abortlagen, fosterdiagnostiken eller arbetsmiljöområdet.

Inseminationsutredningen har under arbetets gång bytt namn till utredningen om det ofödda barnet.

2 Analys av utredningsuppdraget och arbetets bedrivande

2.1 Tidigare överväganden av regering och riksdag m.fl.

2.1.1 Inledning

Frågan om åtgärder mot missbruk under graviditet aktualiserades genom en motion¹ i samband med proposition 1979/80:1 om socialtjänsten. Socialutskottet² anförde då bl.a. att man delade motionärernas oro för en utveckling som innebär att allt fler barn föds med allvarliga handikapp till följd av ett alltmer utbrett missbruk av alkohol. Man måste överväga alla möjligheter att minska antal och omfattning av sådana skador. Detta ställde enligt utskottet krav såväl på särskild utbildning av berörd personal som på särskilt avpassade behandlingsresurser. Utskottet underströk vidare att det när det gäller gravida kvinnor med missbruksproblem är nödvändigt att kunna erbjuda kvalificerade vård- och behandlingsresurser som inte alltid är möjliga att ordna inom ramen för familjevård. Mödra- och spädbarnshemmen fick därför inte avvecklas på ett sådant sätt att man i realiteten inte skulle kunna erbjuda någon meningsfull vård åt denna grupp. När det gällde vilka övriga medel som borde stå mödra- och socialvården till buds för att i akuta situationer kunna genomföra en nödvändig vård i fall där moderns missbruk allvarligt hotade det väntade barnets hälsa ansåg sig utskottet inte kunna ta ställning. Frågan borde enligt utskottet belysas i en utredning, vilken borde anförtros den föreslagna parlamentariska beredningen (numera socialberedningen). Beredningen skulle behandla denna fråga med förtur.

2.1.2 Socialberedningens överväganden

Socialberedningen avlämnade i juni 1981 delbetänkandet "Åtgärder mot missbruk under graviditet" (DsS 1981:6). Betänkandet innehåll-

¹ Motion 1979/80:421 av Anita Bråkenhielm och Joakim Ollén (m).

² SoU 1979/80:44 s. 64.

ler bl.a. en redovisning av dittills kända forskningsresultat rörande effekterna på barnet av missbruk av alkohol och narkotika under graviditet och en redogörelse för den aktuella vårdsituationen och de olika projekt som igångsatts för vård och behandling av gravida kvinnor med missbruksproblem. Vidare görs en genomgång av den tillämpliga vårdlagstiftningen och diskuteras förutsättningarna för eventuella lagstiftningsåtgärder.

Beredningen anför (s. 69) att de flesta kvinnor är beredda till stora ansträngningar för att undvika att skada sitt väntade barn. Graviditeten innebär därför en unik möjlighet att hjälpa många kvinnliga missbrukare att komma ifrån sitt missbruk. Denna resurs måste tas till vara i vård- och behandlingsarbetet. Socialtjänsten måste vara beredd att i en sådan situation göra betydande insatser. Med hänsyn till denna inställning hos blivande mödrar torde det enligt beredningen sällan finnas anledning att av hänsyn till fostret överväga att bereda en gravid kvinna vård utan samtycke.

Beredningen betonar också vikten av fortsatt forskning på området, bl.a. för att klarlägga var gränsen går mellan en för barnet farlig resp. ofarlig konsumtion. Det kan enligt beredningen inte komma i fråga att på grundval av nuvarande ofullständiga kunskaper om alkoholens inverkan på barnet konstruera en särskild lagstiftning som innebär intrång i moderns personliga frihet (s. 66). Beredningen avvisar således tanken på särskilda lagregler om vård utan samtycke av gravida missbrukare.

När det gäller omfattande missbruk under graviditet anser vidare beredningen att såväl den föreslagna lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som i förekommande fall lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) genomgående kommer att bli tillämplig i det fall det inte går att komma till rätta med situationen genom olika slag av frivilliga åtgärder (s. 64). Ett missbruk av detta kvalificerade och oftast långvariga slag innebär en allvarlig fara även för moderns egen hälsa, varför ett ingripande i sådana fall kan grundas på 2 § och 3 § a) LVM eller i förekommande fall 1 § andra stycket 2 eller tredje stycket LVU.

I betänkandet konstateras samtidigt att den lagstiftning som kan tänkas bli tillämplig i de fall vård utan samtycke är aktuell – lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), LVU och LVM – utgår från klientens dvs. kvinnans, eget vårdbehov. Även i de fall ett missbruk medför att någon anses farlig för annans personliga säkerhet kvarstår kravet på att missbrukaren själv skall ha ett överhängande och kvalificerat behov av vård. Beredningen framhåller att skyddet för annan person enligt nyssnämnda lagar i princip tar sikte på situationer då en missbrukare går hotfullt eller våldsamt till väga mot sin omgivning, alltså i huvudsak

straffbara beteenden. Man kan inte i sådana uttryck lägga in det fallet att missbruket i sig är skadligt för ett ännu ofött barn. Enligt beredningens uppfattning kan alltså t.ex. den föreslagna 3 § b) LVM inte återopas i dessa fall.

Den fara för fostret som kan ligga i att en kvinna vägrar att dra ned en alltför omfattande alkoholkonsumtion eller upphöra med ett bruk av narkotika bör emellertid enligt beredningen kunna beaktas inom ramen för bedömningen av missbrukets allvar och av i vad mån kvinnan måste anses vara i trängande behov av vård (2 § LVM). En sådan vägran måste i de flesta fall ses som ett tecken på att kvinnan helt förlorat kontrollen över sin alkohol- eller narkotikakonsumtion och att hon måste ha vård för sitt missbruk.

2.1.3 Socialutskottets ställningstaganden

I en motion³ med anledning av propositionen 1981/82:8 Lag om vård av missbrukare i vissa fall begärdes *dels* att riksdagen genom motivuttlanden klargör hur LVM bör tillämpas beträffande gravida kvinnor med så allvarliga missbruksproblem att det väntade barnets hälsa hotas *dels* en av vederbörande myndigheter gjord sammanställning av de vårdresurser som finns för denna grupp. Motionären anförde bl.a. att i propositionen saknas varje resonemang kring dessa speciella förhållanden trots att socialberedningens överväganden i denna del funnits tillgängliga och bort kommenteras av regeringen.

Med anledning av motionen anförde socialutskottet⁴ bl.a. följande.

Utskottet ansluter sig i allt väsentligt till socialberedningens överväganden i denna fråga. Att trots erhållen fullständig information om de risker för barnet som en omfattande alkoholkonsumtion innebär inte bry sig om konsekvenserna av ett fortsatt missbruk är knappast ett normalt beteende hos en gravid kvinna. Om inte hennes vägran att medverka kan tillskrivas annan psykisk störning är det rimligt att anta att den beror på att missbruket och drogberoendet tagit en så allvarlig vändning att hon är i trängande behov av vård för att komma ifrån detta. Det måste ofta anses föreligga en fara för att kvinnans egen psykiska hälsa kan skadas om hon genom att inte kunna hejda sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador.

Enligt utskottets mening borde det således vid mera omfattande missbruk under graviditet vara möjligt att tillämpa 2 § och 3 § a) LVM i de troligen mycket få fall där man inte kan komma till rätta med situationen genom intensiva frivilliga åtgärder. Yrkande 1 i motion 1981/82:25 fick anses tillgodosett med detta. – Vad gäller den begärda sammanställningen av tillgängliga vårdresurser för gravida kvinnor med allvarliga missbruksproblem erinrade utskottet om att socialberedningens betänkande, innehållan-

³ Motion 1981/82:25 av Anita Bråkenhielm (m).

⁴ SoU 1981/82:22 s. 16 f.

de bl.a. en redovisning av den aktuella vårdssituationen, avgavs så sent som i juni 1981. Av betänkandet framgår även att landstingskommuner och kommuner på många håll inlett eller planerar olika projekt för att bättre tillgodose det speciella behov av vård och behandling som denna grupp har. Enligt utskottets mening var det därför för tidigt att göra en ny inventering av vårdssituationen. Det kunde emellertid finnas skäl att uppmärksamma de vårdansvariga på frågan och därigenom stimulera till ytterligare ansträngningar att genom särskilt anpassade vård- och behandlingsinsatser motverka att fler barn skadas till följd av moderns missbruk under graviditeten. Detta kunde bl.a. ske genom att socialberedningens nu nämnda betänkande sändes på remiss till berörda huvudmän. Utskottet förutsatte att så skulle ske.

På grund av det anförda påkallade motion 1981/82:25 yrkande 2 inte någon riksdagens åtgärd.

I fyra motioner⁵ med anledning av propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten tas upp frågor om rättsligt skydd för ett väntat barn i olika avseenden. Motion 1980/81:937 är begränsad till arbetsmiljöområdet medan de tre övriga motionerna behandlar spörsmål från mera allmänna utgångspunkter varvid dock vissa förslag om konkreta åtgärder framförs. Motionärernas önskemål kan i huvudsak anses beröra fyra problemområden. För det första bör det väntade barnet ges ett skydd mot risker som är förknippade med kvinnans bruk av alkohol och narkotika. För det andra bör barnet få ett självständigt skydd mot risker i kvinnans arbetsmiljö. Vidare bör barnet ha en rätt till behandling då sjukdomstillstånd och rubbningar diagnostiseras under fosterstadiet. Slutligen bör åtgärder vidtas till förhindrande av att fosterdiagnostiken utnyttjas till att välja ut foster är som är lämpliga att födas.

Socialutskottet⁶ anförde med anledning av motionerna bl.a. följande.

Enligt utskottets mening får önskemålen i motionerna främst ses mot bakgrund av att man i ökande utsträckning blivit medveten om riskerna för att barn skall födas med allvarliga sjukdomstillstånd eller skador. Utskottet vill peka på bl.a. de rön som gjorts beträffande sambandet mellan användningen av vissa läkemedel och fosterskador. Vidare kan nämnas arbetsmiljöområdet, där riskerna för fosterskador på grund av kemisk exponering av arbetstagarna alltmer kommit i blickpunkten. Att vissa läkemedel, kemikalier m.m. konstaterats ha skadliga effekter på ett väntat barn har lett till att många människor i dag känner en stark oro för att också andra miljöfaktorer innebär risker för fosterskador.

I likhet med motionärerna anser utskottet det mycket angeläget att åtgärder vidtas som förebygger att väntade barn skadas på grund av olika yttre faktorer. Inte bara hänsynen till de enskilda människorna utan också samhälleliga intressen talar för ökade insatser. Det sagda gäller också sådana fosterskador som har sin orsak i att föräldrarnas arvs massa påverkats. Hur

⁵ Motionerna 1980/81:376 av Mårten Werner (m) och Gunnar Oskarsson (m), 1980/81:930 av Siri Häggmark (m), 1980/81:937 av Catarina Rönnung m.fl. (s) och 1980/81:1638 av Sven Johansson (c).

⁶ SoU 1981/82:14 s. 29 ff.

skador på det väntade barnet skall kunna förhindras är emellertid inte främst att se som en lagstiftningsfråga. Våra kunskaper om sambandet mellan olika faktorer och riskerna för fosterskador är ännu så länge begränsade. Inte minst på arbetsmiljöområdet är läget oklart. Också när det gäller faktorer som konstaterats vara skadliga för fostret, t.ex. alkoholmissbruk är kunskaperna bristfälliga. Sålunda saknas närmare kännedom om vid vilken alkoholkonsumtion risken inträder. Enligt utskottets mening är en intensifiering av forskningen en grundförutsättning för att fosterskador skall kunna förhindras i största möjliga utsträckning. Utskottet anser därför att forskningen beträffande fosterskadande faktorer bör ges hög prioritet.

När det gäller att förebygga risker för fosterskador vill utskottet också peka på betydelsen av att blivande föräldrar har insikt om vilka faktorer som kan innebära faror för det väntade barnet. Det helt övervägande antalet föräldrar torde vara beredda att ändra sin livsföring och göra andra insatser för att skydda det väntade barnet. En saklig information till föräldrarna om sambandet mellan olika faktorer och riskerna för fosterskador är därför ett effektivt medel att förebygga skadeverkningar. För spridande av sådan information utgör mödrahälsovården en betydelsefull resurs. Det är också viktigt att man vid föräldrarutbildningen särskilt uppmärksammar de risker som är förknippade exempelvis med missbruk av alkohol under graviditet. Utskottet vill även understryka betydelsen av att den personal bl.a. inom mödrahälsovården som kommer i kontakt med blivande föräldrar får erforderlig utbildning på området.

I anslutning till det anförda vill utskottet peka på det förhållandet att riskerna för fosterskador kan uppstå under ett så tidigt skede av graviditeten att denna ännu inte kan konstateras. I praktiken medför detta förhållande att åtgärder till förebyggande av fosterskador inte kan begränsas till gruppen blivande föräldrar om åtgärderna skall få avsedd effekt. Enligt utskottets mening är det därför angeläget att kunskaper om riskerna för fosterskador mera allmänt sprids i samhället. Skolan har här en viktig uppgift att fylla.

Vad härefter angår frågan om lagstiftning i syfte att ge ofödda en självständig rättsställning vill utskottet erinra om vad utskottet inledningsvis uttalat om sambandet mellan detta spörsmål och arbortlagen. I konsekvens med dessa uttalanden anser utskottet att det inte kan komma i fråga att införa lagregler av övergripande natur om oföddas ställning. I stället får man på varje område för sig bedöma om och i vad mån särskilda regler erfordras till skydd för ofödda. Vid bedömningen av huruvida en översyn av olika lagar är påkallad av hänsyn till fostrets intressen måste enligt utskottets mening beaktas att en lagstiftning är förenad med åtskilliga problem av mycket komplicerad beskaffenhet och kräver ett omfattande utredningsarbete. En sådan översyn bör därför komma till stånd endast om det kan anses att gällande ordning allmänt sett är otillfredsställande. Utskottet vill härvidlag framhålla att det i många avseenden torde förhålla sig så att kvinnan och det väntade barnet har samma behov av skydd mot skaderisker och att deras intressen därför sammanfaller. I andra avseenden kan visserligen fostret ha ett större behov av skydd än kvinnan men en intressegemenskap kan ändå som regel anses föreligga. Som utskottet ovan framhållit torde nämligen det helt övervägande antalet blivande föräldrar vara angelägna om att skydda det väntade barnet. Frånvaron av intressekonflikter gör att det i allmänhet inte innebär några nackdelar för fostret om lagreglerna på olika områden, såsom för närvarande är fallet, endast tar sikte på kvinnan. Att införa lagregler som ger det ofödda barnet en självständig ställning skulle med andra ord inte medföra att det väntade barnets intressen i det stora flertalet fall kan tillvaratas bättre än i dag.

Det sagda utesluter emellertid inte att det i vissa avseenden kan vara befogat att närmare överväga om regler bör införas som mera uttryckligen syftar till att skydda det väntade barnet. Motionärerna har pekat på några områden där sådana regler anses erforderliga. Beträffande de önskemål som härvidlag framförts i motionerna vill utskottet framhålla följande.

Frågan om skydd för foster mot skaderisker på grund av kvinnans *alkohol- och narkotikamissbruk* har – efter en framställning från riksdagen (SoU 1979/80:44) – behandlats av socialberedningen. I delbetänkandet (Ds S 1981:6)”. Åtgärder mot missbruk under graviditet” avvisar beredningen tanken på särskilda lagregler som skulle ge samhället möjligheter att av hänsyn till det väntade barnet bereda en gravid kvinna med missbruksproblem vård utan samtycke. Enligt beredningen kan den nödvändiga vården av gravida kvinnor med omfattande missbruksproblem komma till stånd med stöd av bl.a. den lag om vård av missbrukare i vissa fall som föreslagits av beredningen i ett tidigare avlämnat betänkande (SOU 1981:7). Beredningen anser att ökade insatser bör göras när det gäller information, utbildning och forskning beträffande alkoholens risker för fostret. Betänkandet övervägs för närvarande inom socialdepartementet.

I proposition 1981/82:8 har – på grundval av socialberedningens förslag i betänkandet SOU 1981:7 – framlagts förslag till lag om vård av missbrukare i vissa fall m.m. Med anledning av propositionen har väckts bl.a. en motion (1981/82:25) vari framförs önskemål, om att vissa motivuttalanden beträffande vård av gravida kvinnor med missbruksproblem skall göras vid riksdagsbehandlingen.

Med hänsyn till frågan huruvida fostrets intressen påkallar särskilda regler om vård av gravida missbrukare sålunda nyligen övervägts anser utskottet att det på detta område för närvarande inte finns anledning till ytterligare utredningsarbete. Frågan torde få en ytterligare belysning under den remissbehandling av socialberedningens betänkande i ämnet som utskottet förutsätter kommer till stånd. Inte heller finns det anledning att i förevarande ärende närmare överväga huruvida vårdbehovet kan tillgodoses inom ramen för den föreslagna lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Detta spörsmål kommer inom kort att behandlas av socialutskottet i betänkandet SoU 1981/82:22 över proposition 1981/82:8.

Socialberedningens ställningstagande beträffande vården av gravida missbrukare grundas på bl.a. uppfattningen att några intressekonflikter mellan kvinnan och fostret sällan torde föreligga i missbruksfallen. Utskottet delar denna uppfattning och vill framhålla att det inte heller finns några egentliga intressemotsättningar i fall då kvinnan mera måttligt brukar alkohol eller hon eljest har en sådan livsföring att det vid en graviditet kan uppkomma risker för fosterskador. Än mer markant är enligt utskottets mening frånvaron av intressekonflikter när det gäller *behandling av sjukdomstillstånd* och rubbningar under fosterstadiet. Över huvud taget kan man i de nu berörda fallen – som socialberedningen framhållit i sitt remissyttrande över motionerna – utgå från att praktiskt taget alla gravida kvinnor är villiga att medverka till vård eller behandling som behövs av hänsyn till det väntade barnet eller att avhålla sig från sådant som uppenbarligen hotar dess hälsa.

Även om förhållandena således i allmänhet är sådana att fostrets intresse väl kan tillvaratas av kvinnan kan det dock – t.ex. i de av motionärerna angivna fallen och i andra situationer – undantagsvis tänkas att kvinnan av olika orsaker förbiser eller inte kan inse konsekvenserna av sitt handlande eller vidta de åtgärder som behövs för att fostret inte skall skadas eller dess intresse eljest inte skall åsidosättas. Som exempel på tänkbara sådana

orsaker har socialberedningen i sitt remissyttrande pekat på att kvinnan är psykiskt sjuk eller utvecklingsstörd eller att hon är beroende av alkohol eller narkotika eller av annan anledning befinner sig i en tvångssituation. 1980 års arbortkommittén har i sitt remissyttrande framhållit att kvinnan på grund av exempelvis en fatalistisk inställning kan motsätta sig en behandling av ett väntat barn i sjukdomsförebyggande syfte. Andra orsaker kan också tänkas till att kvinnan inte tar tillbörlig hänsyn till det väntade barnet. Enligt utskottets mening kan det för fall, som nu berörs, finnas ett behov av regler som ger det väntade barnet en särskilt skyddad ställning och förhindrar att kvinnan fattar för fostret skadliga beslut eller på annat sätt åsidosätter dess intressen. Närmare överväganden i frågan om införandet av sådana regler bör emellertid göras först sedan en kartläggning skett av vilka situationer det kan finnas behov av regler till skydd för ofödda samt av de problem som kan vara förknippade med en lagstiftning. Utskottet förordar att en sådan kartläggning och analys kommer till stånd. Därvid bör också den blivande faderns roll uppmärksammas.

På *arbetsmiljöområdet* torde det knappast ens undantagsvis föreligga några intressekonflikter mellan kvinnan och hennes väntade barn. Vad frågan här gäller är närmast arbetarskyddsverkets och andra myndigheters möjligheter att ingripa mot faktorer i arbetsmiljön som inte är direkt farliga för arbetstagarens hälsa utan endast innebär risk för fosterskador. En komplikation i sammanhanget är att sådana risker kan föreligga redan innan graviditeten kan konstateras. Ett annat spørsmål som härvidlag aktualiseras är utrymmet för kvinnan att handla så att hon kan ta till vara det väntade barnets intresse och därmed också sitt eget. Som framhållits av flera remissinstanser måste utgångspunkten vara att ämnen som kan misstänkas förorsaka fosterskador inte bör få förekomma i arbetsmiljön. Detta gäller både sådana miljöfaktorer som direkt kan påverka fostret och sådana som kan åstadkomma nedärvda förändringar i arbetstagarens arvs massa. Så länge arbetsmiljön inte kan anses betryggande finns det anledning överväga huruvida en gravid kvinna bör ha möjlighet till omplacering i förebyggande syfte. I fall då en omplacering antingen inte är möjlig eller inte kan anses ge tillräckligt skydd mot riskerna för fosterskada bör övervägas om inte kvinnan bör ha rätt till ledighet med kompensation för inkomstförlusten.

Frågan om den gravida kvinnans rätt till omplacering på grund av riskerna för fosterskada liksom hennes rätt att av förebyggande skäl få ledighet från arbetet med ersättning utreds för närvarande av översynen (S 1980:08) av föräldraförsäkringen m.m. Något initiativ från riksdagens sida i denna fråga är således inte erforderligt. I fråga om förutsättningarna för myndigheterna att åstadkomma ett tillfredsställande skydd mot fosterskador har arbetarskyddsstyrelsen vid remissbehandlingen av motionerna uttalat att arbetsmiljölagen enligt styrelsens mening inrymmer tillräckliga möjligheter att vid behov ingripa mot farliga arbetsmiljöer, detta även i sådana fall där eventuella risker enbart har avseende på foster. Utskottet vill understryka vikten av att arbetarskyddsverket utnyttjar de möjligheter arbetsmiljölagen ger. Med hänsyn till frågans betydelse anser utskottet att det närmare bör övervägas om arbetsmiljölagen kan ändras så att den klarare än för närvarande ger uttryck för ett hänsynstagande till fostrets intresse.

Vad slutligen angår den fråga om *fosterdiagnostiken* som tagits upp i motion 1980/81:1638 och även berörs i motion 1980/81:376 vill utskottet framhålla att detta spørsmål för närvarande utreds inom socialstyrelsen. Arbetet syftar till en närmare kartläggning och analys av fosterdiagnostikens problem, möjligheter samt ställning inom hälso- och sjukvården. I avvaktan på resultatet av arbetet bör enligt utskottets mening närmare överväganden

anstå i frågan huruvida utvecklingen av fosterdiagnostiken påkallar några särskilda åtgärder från statsmakternas sida.

Socialutskottets uttalanden ledde till att utredningen (Ju 1977:08) om barnens rätt i maj 1982 fick tilläggsdirektiv⁷ bl.a. angående skydd för ofödda. Uppdraget överfördes till inseminationsutredningen (numera utredningen om det ofödda barnet) genom tilläggsdirektiv i augusti 1984.⁸

Socialutskottet har härefter i ett betänkande⁹ om vissa medicinska-etiska frågor diskuterat frågor om bl.a. fosterdiagnostik, definition av det mänskliga livets början och rättsskydd för foster. Utskottet har därvid avslagit motioner i dessa ämnen med hänvisning till de tilläggsdirektiv som inseminationsutredningen fått.

2.2 Allmänt om skydd för ofödda i lagstiftningen

Det är helt klart att ett barn från juridisk synpunkt är rättssubjekt. Det kan därmed vara bärare av rättigheter och skyldigheter. Frågan är när ett barn rättsligt sett blir ett barn. Om detta finns inte mycket skrivet i den juridiska litteraturen. Det förefaller som om begreppet används som om det är självklart till sin innebörd.

FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna från år 1948 och FN-proklamationen om barnets rättigheter från år 1959 omfattar endast levande födda människor.

I svensk rätt finns grundläggande fri- och rättigheter inskrivna i regeringsformen. Dessa fri- och rättigheter omfattar också barn men även i detta fall förutsätts levande födda barn.

Enligt 30 § fjärde stycket folkbokföringsförordningen skall ”med barn avses nyfödda som efter födelsen andats eller visat annat livstecken samt dödfödd som avlidit efter utgången av tjuugoåttonde havandeskapsveckan”. Denna legaldefinition avses ge anvisning om när och hur ett nyfött barn skall registreras inom kyrkobokföringen.

I vissa lagar finns bestämmelser som tar direkt sikte på ofödda. I 1 kap. 1 § ärvdabalken stadgas att arv endast kan tas av den som lever vid arvlåtarens död men att barn som är avlat dessförinnan kan ta arv om det sedermera föds med liv. Enligt 9 kap. 2 § samma balk är ett testamentsförordnande till annan än den som är född vid testators död eller då är avlad och sedermera föds med liv utan verkan. Även ett förordnande genom annan rättshandling än testamente till förmån för den som inte är född eller avlad vid tiden för förordnandet

⁷ Dir 1982:25.

⁸ Se kap. 1.

⁹ SoU 1984/85:4.

är enligt lagen (1930:106) om vissa rättshandlingar till förmån för ofödda utan verkan.

Enligt 1 kap. 1 § föräldrabalken skall den avlidne maken anses vara far till barnet om modern är änka och barnet föds inom sådan tid efter makens död att det kan vara avlat dessförinnan. Av 18 kap. 4 § 4 p. samma balk framgår att bortovarandes rätt kan bevakas och hans egendom förvaltas genom förordnande av en god man. Det är sannolikt att denna bestämmelse är tillämplig även på den som är avlad men ännu inte född.

I 8 kap. 1 § lagen om allmän försäkring sägs att en änka under vissa förhållanden har rätt till änkepension om hon har vårdnaden om och stadigvarande bor med barn under sexton år, som vid makens död stadigvarande vistades i makarnas hem eller hos änkan. Med barn avses i detta fall också barn som föds först efter faderns död.

I samtliga nu uppräknade fall inträder rättigheten eller angiven civilrättslig status alltså först sedan barnet fötts levande.

Närmast en reglering av den mänskliga tillvaron före födelsen kommer man sannolikt genom abortlagen (1974: 595). Enligt denna lag har kvinnan rätt till abort fram t.o.m. 12:e graviditetsveckan samt efter s.k. kuratorsutredning t.o.m. 18:e graviditetsveckan. Därefter får abort utföras endast om socialstyrelsen lämnar tillstånd till aborten. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl föreligger för aborten. Tillstånd får inte lämnas om det finns anledning anta att fostret är livsdugligt. Enligt praxis lämnas sådant tillstånd endast i undantagsfall efter 22:a graviditetsveckan. Vidare kan socialstyrelsen lämna tillstånd till abort om havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

I förarbetena till abortlagen konstateras att en graviditet normalt sträcker sig över en tid om 280 dagar eller 40 veckor. Någon gång omkring 16-20:e graviditetsveckan kan kvinnan börja uppfatta fosterrörelser och mot slutet av 26:e graviditetsveckan har fostret nått en sådan utveckling att ett självständigt liv är möjligt (prop. 1974:20 s. 14).¹⁰

Abortkommitténs förslag till abortlag mötte stark kritik från flera remissinstanser, som menade att kommittén sett frågan för ensidigt från kvinnans synpunkt och undervärderat de etiska komplikationerna i frågan. Särskilt påpekades att kommittén har bortsett från fostrets behov av rättsskydd. Departementschefen menade dock att 1938 års abortlag visserligen i större utsträckning utgått från fostrets skydd och livets helgd men att även i den föreslagna lagen fostret tillerkänts rättsskydd – dock inte fullt ut. Han framhöll även att en

¹⁰ På den medicinska vetenskapens nuvarande ståndpunkt kan självständigt liv tänkas efter 22-23:e graviditetsveckan.

avvägning mellan moderns intresse och fostrets intresse måste utfalla olika i olika stadier av graviditeten. Fostret utvecklas under graviditeten successivt till en livsduglig varelse vars rätt till liv måste respekteras.

När lagen behandlades i riksdagen väcktes flera motioner vari den etiska livsfrågan togs upp. Socialutskottet framhöll i sitt betänkande att utgångspunkten för frågan om rätt till abort måste vara kvinnans bestämmanderätt över sin kropp med tillbörlig hänsyn tagen till fostrets utveckling (SoU 1974:21 s. 26).

Mot bakgrund av den medicinska utvecklingen reser sig flera juridiska frågor. Hur skall fostret betraktas ur sjukvårdsrättslig och socialrättslig synpunkt? Vem eller vilka är egentligen patienter när det gäller diagnostik och behandling av foster? Hur skall eventuella intressemotsättningar mellan den blivande modern och fostret lösas?

2.3 Utredningens uppdrag i fråga om skydd för det väntade barnet

Fosterskador kan i princip ha sin orsak i tre olika faktorer. De blivande föräldrarna eller en av dem kan ha förändringar i arvsmassan förorsakade av ärftliga faktorer och eventuellt också av miljöpåverkan. Under förloppet av en graviditet kan vidare en mängd yttre faktorer förorsaka att det blivande barnet skadas. Tillväxtrubbningar, kroppsliga avvikelser eller störningar på det centrala nervsystemet kan sålunda uppstå till följd av bl.a. infektioner, svält, rökning, läkemedel och andra kemikalier, alkohol eller narkotika. En tredje orsak till fosterskador kan vara att modern under graviditeten får en sjukdom som negativt påverkar fostrets utveckling.

När det gäller skydd för ofödda anges i utredningsdirektiven att utredningen bör göra en kartläggning beträffande fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på ett visst sätt. Utredningen bör därvid enligt direktiven analysera de problem som är förknippade med en lagstiftning till skydd för fostrets intressen i sådana fall. Även den blivande faderns roll bör uppmärksammas i sammanhanget.

Socialutskottet¹¹ har – som framhölls i 2.1.3 – uttalat den uppfattningen att intressekonflikter mellan kvinnan och fostret sällan torde föreligga i missbruksfallen. Inte heller föreligger i allmänhet sådan konflikt när kvinnan mera måttligt brukar alkohol

¹¹ SoU 1981/82:14.

eller hon annars har en sådan livsföring att det vid en graviditet kan uppkomma risker för fosterskador. Än mer markant är enligt utskottets mening frånvaron av intressekonflikter när det gäller behandling av sjukdomstillstånd och rubbningar under fosterstadiet. Enligt utskottets mening kan det emellertid undantagsvis tänkas att kvinnan av olika orsaker förbiser eller inte kan inse konsekvenserna av sitt handlande eller vidta de åtgärder som behövs för att fostret inte skall skadas eller dess intressen annars inte skall åsidosättas. Som exempel på tänkbara sådana orsaker pekar utskottet på att kvinnan är psykiskt sjuk eller utvecklingsstörd, att hon är beroende av alkohol eller narkotika eller av annan anledning befinner sig i en tvångssituation eller att kvinnan på grund av en fatalistisk inställning motsätter sig en behandling av ett väntat barn i sjukdomsförebyggande syfte. Även andra orsaker kan enligt utskottets mening tänkas till att kvinnan inte tar tillbörlig hänsyn till det väntade barnet. Utskottet önskar en kartläggning av i vilka situationer det kan finnas behov av regler till skydd för ofödda och av problem som kan vara förknippade med en lagstiftning. – Utredningens direktiv är utformade i enlighet med detta uttalande från socialutskottet.

Vid en närmare analys av utredningsdirektiven kan till en början fastslås att fosterskador som har sin grund i förändringar i arvsmassan förorsakade av ärftliga faktorer eller av miljöpåverkan inte omfattas av utredningsuppdraget.

När det gäller fosterskador på grund av yttre påverkan under graviditeten uppfattar vi direktiven på följande sätt. Enligt de tilläggsdirektiv som utredningen om barnens rätt fick år 1982 omfattar – i fråga om skydd för ofödda – uppdraget inte frågor som hänför sig till bl.a. arbetsmiljöområdet. Eftersom våra tilläggsdirektiv hänvisar till de tilläggsdirektiv som utredningen om barnens rätt fick har vi i vårt utredningsarbete utgått från att skador på fostret till följd av att kvinnan under graviditeten arbetar i en olämplig arbetsmiljö inte omfattas av uppdraget. Det återstår att diskutera vad som kvarstår för utredningen att utreda i detta hänseende.

Socialberedningen har – som tidigare omtalats – i sitt delbetänkande "Åtgärder mot missbruk under graviditet"¹² lämnat en redovisning av fram till juni 1981 erhållna forskningsresultat rörande effekterna på barnet av missbruk av alkohol och narkotika under graviditet och en redogörelse för den då aktuella vårdsituationen och de olika projekt som igångsatts för vård och behandling av gravida kvinnor med missbruksproblem. Vidare har en genomgång av den tillämpliga vårdlagstiftningen gjorts och förutsättningarna för eventuella lagstiftningsåtgärder diskuterats.

¹² Ds S 1981:6.

Utgångspunkten för såväl socialberedningens som socialutskottets resonemang är – som anförts tidigare – att det i allmänhet inte föreligger några intressemotsättningar mellan kvinnan och fostret i missbruksfallen. Det har därför inte ansetts finnas skäl att föranstalta om tvångsåtgärder mot kvinnan för att skydda fostret. Vad utskottet enligt vår uppfattning begärt är en kartläggning och analys av de undantagssituationer då kvinnans och fostrets intressen kan tänkas inte sammanfalla. Sådana situationer har inte diskuterats närmare av socialberedningen.

Debatten i fråga om rättsskydd för ofödda har hittills huvudsakligen rört riskerna för fostret av att kvinnan under graviditeten missbrukar alkohol eller narkotika. Det är också främst på detta område som det föreligger forskningsresultat utvisande skaderisker. När det gäller andra situationer där kvinnan kan tänkas förbise eller inte inse konsekvenserna för fostret av sitt handlande har forskningen ännu inte nått lika långt.

Vi har med hänsyn till det anförda ansett det ändamålsenligt att i första hand göra en kartläggning och analys av fall då kvinnan till följd av alkohol- eller narkotikamissbruk kan tänkas förbise eller inte inse konsekvenserna för det väntade barnet av sitt handlande. Vi behandlar vidare den situation, då kvinnan väl inser följderna av missbruket men likväl inte kan upphöra med det. I övrigt tar vi upp en del andra situationer där det kan föreligga behov av ett särskilt skydd för det väntade barnet och diskuterar vilka möjligheter det finns från samhällets sida att skydda det väntade barnet i sådana fall.

Detta betänkande tar däremot inte upp frågor kring fosterdiagnostik. Det ämnet kommer att behandlas i ett senare sammanhang.

2.4 Utredningens arbete

Utredningen har vid sina ställningstaganden i fråga om moderns missbruk under graviditeten utgått från den forskning som bedrivits på området samt vad som framkommit genom socialberedningens delbetänkande "Åtgärder mot missbruk under graviditet".

Det har för Sveriges del tidigare antagits att mellan 100 och 400 barn årligen föds med fullständigt fetalt alkoholsyndrom (FAS).¹³ Uppskattningen bygger på den undersökning som utförts på 1970-talet vid Östra Sjukhuset i Göteborg. Någon motsvarande uppskattning i fråga om barn som föds med skador till följd av narkotikamissbruk under graviditeten finns inte i Sverige.

¹³ Se vidare 4.2.2.

I syfte att erhålla ett något säkrare underlag för ställningstagande till behovet av åtgärder för att skydda fostret gick vi under vintern 1985/86 ut med förfrågningar till samtliga 50 barnkliniker i landet. Vi har också begärt in uppgifter från samtliga landstingskommuner och länsrätter i landet samt från skolöverstyrelsen.

Utredningen har tagit del av en mängd inhemska och utländska forskningsrapporter och vetenskapliga artiklar.

Utredningsmannen och sekreteraren har deltagit i ett symposium "The fetus as a Patient – diagnosis and therapy" i Jerusalem i maj 1985. Utredningsmannen, sekreteraren och experten Gunilla Larsson har haft personligt sammanträffande med sedermera experten i utredningen Ragnar Olegård, som gjort undersökningar vid Östra sjukhuset i Göteborg angående barn med FAS. Vidare har utredningsmannen, sekreteraren och experten Inga Gustafsson haft personligt sammanträffande med personal från psykiatriska mottagningen i Hässelby. Kontakter har vidare förekommit med socialberedningen. Slutligen har med hjälp av bl.a. utrikesdepartementets rättsavdelning inhämtats uppgifter i ämnet från utlandet.

Vi har diskuterat att göra en undersökning hur socialförvaltningarna handlägger ärenden med gravida missbrukare och har handlagt ärenden där barn fötts med alkoholskador. Vi har emellertid bedömt att en sådan undersökning skulle vara mycket komplicerad att genomföra samt tids- och resurskrävande. Bland annat föreligger svårigheter att i efterhand identifiera de alkoholskadade barnen och deras mödrar samt följa upp vad som gjorts i de enskilda fallen från socialtjänstens sida för att ge det väntade barnet skydd. Vi har på nu anförda skäl avstått från att genomföra en sådan undersökning. Vi anser det emellertid angeläget att en prospektiv undersökning i detta hänseende kommer till stånd.

3 Historik

Misstanken om att alkohol har en skadlig effekt på fostret är inte ny. Redan i gamla testamentet uttalades en varning till Simsons mor: "Se, du skall bliva havande och föda en son; drick nu icke vin eller starka drycker - - ." ¹ Enligt de gamla lagarna i Kartago förbjöds brudpar att dricka på bröllopsnatten. ² Många århundraden senare, år 1834, beskrev en rapport till det brittiska underhuset några barn, födda av alkoholiserade mödrar, som att de "har ett utsvultet, skrupnat och onormalt utseende". Ballantyne uttalade år 1904 i sin *Manual of Antenatal Pathology and Hygiene* att alkohol påverkar en graviditet "genom att förorsaka missfall och för tidiga födslovärkar samt genom att försvaga barnet genom sjukdom och missbildningar". Den första vetenskapliga undersökningen om risken med att dricka alkohol under graviditeten utfördes 1899. Den fann ett ökande antal dödfödselar och en ökande barndödlighet hos barn till alkoholiserade kvinnor. ³

Trots denna tidiga undersökning ansågs under första hälften av 1900-talet alla fosterskador bero på genetiska faktorer. Avvikelse i barnets fortsatta utveckling tillskrevs, förutom genetiska faktorer, psykologiska och sociala omständigheter. ⁴ En omsvängning kom under 1940-talet. Det visade sig då att rödahund-virus kunde framkalla fosterskador. Likaså ansåg man sig finna ett samband mellan fosterskador och atombombssprängningar. Neurosedynskadorna i slutet av 1950-talet bekräftade att fostret är mottagligt för påverkan av yttre faktorer.

Under 1950- och 60-talen beskrev flera franska rapporter barn till alkoholiserade mödrar som hade missbildningar, utvecklingskador

¹ Domarboken 13:7.

² R.H. Warner et al: The effects of drinking on offspring. An historical survey of the American and British Literature J. Stud. Alc. 1975; 36:1395-1420.

³ W.C. Sullivan: A note on the influence of maternal inebriety on the offspring. J. Ment Sci 1899; 45-489-503.

⁴ H. Haggard: Alcohol exposed. New York. Doubleday Press 1942.

och psykomotoriska störningar.^{5,6} Dessa rapporter blev emellertid inte allmänt erkända. Inte förrän på 1970-talet förnyades intresset för alkoholens skadliga effekter på fosterutvecklingen. Medvetenheten om att alkohol kan ha en skadlig inverkan på fostret uppkom när dr Christy Ulleland noterade en ökning av utvecklingsskador och psykomotoriska störningar hos barn till alkoholiserade mödrar.^{7,8} Kliniska observationer av sådana barn resulterade i en rapport om ett karakteristiskt mönster av missbildningar hos barn till kroniskt alkoholiserade mödrar.⁹ De symptom som beskrevs i denna rapport kallas nu – som tidigare nämnts – ”fetalt alkoholsyndrom” (FAS).

Sedan Ullelands rapport publicerats har riskerna för och följderna av att dricka alkohol under graviditeten undersökts av hundratals forskare världen över. I USA och Västtyskland publicerades flera undersökningar i början av 1970-talet. I Sverige gjordes i mitten av samma årtionde undersökningar vid Östra sjukhuset i Göteborg och Karolinska Institutet i Stockholm. Kliniska rapporter har kompletterats med djurexperimentella studier.¹⁰

Det har framkommit klara bevis för att stora alkoholintag under graviditeten kan ha en skadlig effekt på fostret. Djurförsök har visat att alkohol passerar från moderdjurets blod genom placentan till fostret. Fostret får lika hög alkoholhalt i blodet som modern eller något högre. Fostret förbränner alkoholen långsammare och har därför kvar alkoholen i kroppen längre tid än modern.

När det gäller narkotika har medvetenheten om att användning av narkotika under graviditeten kan ha en skadlig effekt på fostret uppkommit först under det senaste årtiondet. Genom den forskning som därefter bedrivits har kunnat konstateras ett samband mellan skador på fostret av såväl fysisk som psykisk art och missbruk av narkotika under graviditeten.

Numera har man även klart för sig att läkemedel och rökning kan ha en negativ inverkan på fostrets utveckling. Vidare vet man att vissa sjukdomstillstånd hos kvinnan under graviditeten kan ge upphov till fosterskador.

⁵ A. Samache: Reflexions sur la descendance des alcooliques. Bull Acad Natl Med. 1967; 151:517- 521.

⁶ P. Lemoine et al: Les enfants de parents alcooliques. Quest-Med 1968; 25:476-482.

⁷ C. Ulleland et al: The offspring of alcoholic mothers. Pediatr. Res. 1970; 4:474.

⁸ C. Ulleland: The offspring of Alcoholic mothers. Ann NY Acad Sci. 1972; 197:167-169.

⁹ K. Jones et al: Pattern of malformation in oppspring of cronic alcoholic mothers. Lancet 1973; 1:1267-1271

¹⁰ F. Majewski: Alcohol embryopathy. Some facts and speculations about pathogenesis. Neurobehave Toxicol Teratol 1981:3 s. 129-144.

4 Bruk av alkohol eller narkotika under graviditet

4.1 Inledning

I detta kapitel lämnas en redogörelse för medicinska och psykosociala effekter av alkohol och narkotika under graviditet. En närmare redogörelse för medicinska undersökningar angående effekterna på det väntade barnet av alkohol- och narkotikamissbruk ges i bilaga 1.

4.2 Medicinska synpunkter

4.2.1 Missbruk bland kvinnor

Alkoholmissbruk

Alkoholkonsumtionen i Sverige har under de senaste 30 åren stadigt ökat fram till början av 1980-talet.¹ Därefter har enligt uppgift kunnat iaktas en viss minskning. Enligt senast tillgängliga statistikuppgifter har dock en ökning – särskilt bland ungdomen – åter kunnat förmärkas. Hög alkoholkonsumtion och alkoholism har iakttagits också inom sådana grupper som tidigare inte förknippades med alkoholproblem. Yngre kvinnor utgör en sådan grupp.² De har alltmer börjat uppmärksammas inom den medicinska alkoholvården.³

Unga flickor dricker i dag ungefär lika mycket och ofta som pojkar. Eftersom alkoholkonsumtionen ökat bland kvinnor har också antalet kvinnliga missbrukare ökat. I början av 1960-talet var förhållandet mellan kvinnliga och manliga missbrukare 1 på 23.

¹ Läkartidningen nr 9 1981. Dahlgren s. 786-788.

² T. Nilsson: Några synpunkter på den ökade kvinnliga alkoholkonsumtionen. "Kvinnor och alkohol. Rapport från ett seminarium om alkoholforskning" Stockholm: Nordiska nämnden för alkoholforskning 1977:4-11.

³ M. Arvidsson et al: Specialstudier av alkoholrelaterade diagnoser i socialstyrelsens sjukdomsstatistik. Meddelande från institutionen för experimentell alkohol- och narkotikaforskning. Stockholm, Karolinska institutet, 1978.

Numera uppskattas förhållandet till 1 på 5. Kvinnorna svarar för åtta procent av starkspritkonsumtionen och 50 procent av lättvinskonsumtionen.

Den totala omfattningen av alkoholmissbruk i Sverige är inte känd men antalet personer med svårare alkoholproblem ansågs vid 1980-talets början uppgå till mellan 300 000 och 500 000. Av dessa uppskattas var femte vara kvinna. I en år 1976 presenterad stickprovsundersökning i Stockholms län⁴ fann man att 1,5 procent av de undersökta kvinnorna hade klara medicinska eller sociala alkoholproblem. Hos ytterligare 2,5 procent förelåg misstanke om alkoholproblem. I socialgrupp 1 fanns flera högkonsumenter och färre helnykterister än i socialgrupp 3.

Den ökade kvinnliga alkoholkonsumtionen har främst förklarats med olika sociala faktorer som ändrade könsroller, ökat förvärvsarbete bland kvinnor och kvinnors förbättrade ekonomiska situation.

Alkohol påverkar kvinnor på annat sätt än män. Till följd av en annan fördelning av fettvävnad och vatten i kroppen får en kvinna vid viss alkoholkonsumtion högre alkoholhalt i blodet än en man även om hon väger lika mycket. Hos kvinnor varierar vidare känsligheten för alkohol med menstruationscykeln med högsta värdet strax före menstruationen.

Vid alkoholkliniken på Karolinska sjukhuset har man kunnat påvisa skillnader i sjukdomsbild och sjukdomsutveckling mellan kvinnor och män.⁵ Missbruket debuterar i allmänhet senare hos kvinnor men utvecklas snabbare. Medan missbruket hos män kan vara uttryck för gängse seder – ett okomplicerat vanedrickande – är detta sällan fallet beträffande kvinnor. Kvinnors missbruk tycks vara mer destruktivt än mäns. Prognosen är sämre och överdödligheten – särskilt i levercirros – är större. Missbruksmönstret för kvinnor har ett snabbt, häftigt förlopp med höga regelbundna alkoholintag, psykiska komplikationer och sociala anpassningssvårigheter.

Kunskaperna om den kvinnliga alkoholisten och hur hon skall behandlas är bristfälliga.⁶ Det vanliga vårdutbudet lockar inte kvinnor med ett begynnande beroende av alkohol. Kvinnliga alkoholister har ofta ett dolt missbruk, varför problemen inte så lätt

⁴ J. Halldin: Alkoholdiagnoser, alkoholmönster och behov av alkoholvård i en blandad storstads- och landsbygdsbefolkning. Läkarsällskapets riksstämma 1976.

⁵ L. Dahlgren et al: Female alcoholics, *Acta Psychiat Scand* (1977) 56, 39-49. L. Dahlgren: Äldre och yngre kvinnliga alkoholmissbrukare på alkoholkliniken, Karolinska sjukhuset. *Läkartidningen* 1979, s. 4525. L. Dahlgren: Alkoholproblem bland kvinnor. *Alkohol och Narkotika* 1979 nr 7. L. Dahlgren: Alkoholmissbruk bland kvinnor. *Medicinsk årbog* 1985 s. 107-114. L. Dahlgren: Kvinnor och alkohol – missbruket ökar. *Läkartidningen* 1981.

⁶ L. Dahlgren: Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare. *Litteraturoversikt. Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* 1982:36 s. 21-27.

uppmärksammas av myndigheter eller av läkare. Kvinnorna är mindre benägna än män att själva söka hjälp för sitt alkoholberoende och kommer ofta till läkare för andra krämpor som är en följd av missbruket – blodbrist, depression, magvärk eller gynekologiska symptom. De kommer därför i allmänhet i kontakt med medicinsk alkoholistvård först i ett framskridet stadium av missbruk. Prognosen är då ogynnsam och möjligheterna till rehabilitering begränsade.⁷ Behandlingsforskning inriktad på kvinnlig alkoholism saknas i stort sett.

Även för en kvinna som missbrukar alkohol är ett havandeskap en mycket viktig händelse. Missbrukande kvinnor gör därför ofta stora ansträngningar för att avstå från alkohol under graviditeten och den närmaste tiden därefter.⁸

Missbruk av alkohol anses i första hand ge upphov till fysiska skador hos den missbrukande, särskilt på hjärna och lever.

Det finns ingen bestämd definition på vad man menar med missbruk. Den medicinska definitionen på alkoholism är att personen i fråga uppvisar minst två av de tre symptomen återställbarbehov, kontrollförlust och minnesförlust (black-out). Den motsvarande sociala definitionen är att personen i fråga dricker så mycket att det ger sociala konsekvenser.

Narkotikamissbruk

Antalet ”tunga” narkotikamissbrukare i Sverige har år 1980 uppskattats till mellan 10 000 och 14 000 personer.⁹ Med tunga missbrukare avses personer med injektionsmissbruk samt personer med dagligt eller nästan dagligt missbruk. Av de tunga missbrukarna uppskattades 7 500-10 000 vara injektionsmissbrukare. Antalet kvinnor med tungt missbruk beräknades till omkring 2 500.

Enligt utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) är de centralstimulerande preparaten, främst amfetamin, fortfarande dominerande bland de tunga missbrukarna. Opiater, främst heroin, utgör också ett alltmär betydande inslag i det tunga missbruket. Av de missbrukande kvinnorna beräknas i Sverige 1 750 kvinnor missbruka amfetamin och 750 kvinnor missbruka heroin. Merparten av narkotikamissbrukarna missbrukar också alkohol.

Det vanligaste opiatpreparatet för injicering är *heroin*. Den som missbrukar heroin vanemässigt får abstinenssymptom om han gör

⁷ L. Dahlgren: Female alcoholics. A psychiatric and social study. Stockholm: Karolinska institutet (akademisk avhandling) 1979.

⁸ K. Tunving et al. Young female drug addicts in treatment: A twelve year perspective. The Journal of Drug Issues, 15 (3), 367-382, 1985.

⁹ Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979 (Ds S 1980:5). Rapport av utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO).

uppehåll. Symptomen kulminerar två dygn efter senaste injektionen. För att undvika abstinenssymptom behöver missbrukaren en spruta tre till fyra gånger om dagen.

Följden av opiatmissbruk anses i första hand vara den successiva fördjupningen av missbrukarens psykiska och sociala bristsituation, som bl.a. kan leda fram till självmord.¹⁰

Långtidsanvändning av opiater kan också direkt och indirekt ge upphov till vissa kroppsliga besvär. Sålunda kan tarm- och njurfunktionen samt den sexuella funktionen nedsättas. Olika typer av lunginflammation och andra lungsjukdomar kan uppstå på grund av narkotikans effekter på andningen och det liv som missbrukaren lever. Kvinnliga missbrukare har ofta underlivssjukdomar på grund av att de prostituerar sig för att kunna finansiera sitt missbruk. Opiatmissbruk medför också störningar på kvinnans menstruation och ägglossning. De flesta typiska skadorna hos den opiatmissbrukande kvinnan beror emellertid på levnadsförhållandena och komplikationer av själva injiceringen, som gulsot, HIV-smitta¹¹ och sår efter stickmärken. – Den vanligaste dödsorsaken är överdosering.

Även för en opiatmissbrukande kvinna är ett havandeskap mycket betydelsefullt. Graviditeten utgör en gynnsam period när det gäller att få kvinnan att sluta sitt missbruk.¹²

Det vanligaste centralstimulerande preparatet för injicering är *amfetamin*. Den som missbrukar centralstimulantia har en annan beteendebild än en opiatmissbrukare. Preparaten har en kraftigt aktiverande verkan. Avbrytande av bruk av centralstimulantia medför inte abstinensbesvär i egentlig mening.

Centralstimulantia ger mer direkta skador än opiater. De påverkar den nervösa kontrollen av muskulaturen, vilket kan ge ett kvarstående karakteristiskt rörelsemönster även efter det att missbruket upphört. Centralstimulantia har även negativa psykiska effekter. Psykoser med paranoida vanföreställningar kan förekomma. I sällsynta fall blir sådana psykoser bestående.

Användning av *kokain* förekommer ännu i ringa utsträckning i Sverige. I Europa ökar dock missbruket.

Missbruk av kokain kan ge upphov till illamående, kräkningar och darrningar. Den sexuella stimulansen försvinner. Många blir ointresserade av och oförmögna till sexuella förbindelser. Denna effekt beror på att kokainet förstör mekanismer i hjärnans lustcentra. Kokainmissbruk ger också upphov till psykiska skador i form av oro, sömnlöshet, depression, ångest och paranoida vanföreställningar.

¹⁰ J. Ramström: Narkomani. Orsaker och behandling. 1983 s. 246.

¹¹ HIV-virus som kan utveckla immunbristsjukdomen AIDS.

¹² M. Bergström: A ten year follow-up of female opiate addicts. International Journal of Family Psychiatry, 1987.

Dessa symptom kan övergå i syn- eller hörselhallucinationer. Känslan av "kokaindjur" under huden gör att missbrukaren river sönder huden.

När det gäller missbruk av *cannabis* har studier visat att hjärnan hos cannabisrökare liksom hos tobaksrökare innehåller ämnen som kan ge bronkit, luftrörskatarr och lungcancer. Det är också klarlagt att de som röker cannabis ibland får en ångest som tilltar och kan övergå i panik. I djurförsök har man funnit att cannabis inverkar på könshormonerna, immunförsvaret och fortplantningsfunktionerna hos missbrukarna. I sällsynta fall kan cannabismissbruk leda till akut förgiftningspsykos hos tidigare friska människor och öka intensiteten i psykisk sjukdom eller borderline.

I likhet med vad som gäller beträffande alkoholmissbrukare så är det den manlige missbrukaren av narkotika som hittills har tilldragit sig det största intresset. Det finns inte mycket publicerat om kvinnliga narkomaner. Ett skäl till detta är givetvis att det finns fler manliga missbrukare. Därtill kommer emellertid att den manlige missbrukaren ofta finansierar sitt missbruk genom kriminalitet. Han blir därigenom oftare föremål för åtgärder från myndigheternas sida än en kvinna som skaffar medel till missbruket genom exempelvis prostitution. Missbruk bland kvinnor är oftare dolt. Det är egentligen först sedan man börjat uppmärksamma sambandet mellan missbruk och fosterskador som den kvinnliga narkotikamissbrukaren kommit mera i blickpunkten.

4.2.2 Medicinska effekter på det väntade barnet av alkohol under graviditet

Barn med skador till följd av att modern missbrukat alkohol under graviditeten uppvisar vissa typiska symptom. Dessa symptom brukar indelas i tre olika grupper nämligen 1) tillväxthämning, 2) kroppsliga avvikelser och 3) störning på det centrala nervsystemets funktion (CNS). Om ett barn har symptom från alla dessa grupper talar man om ett *fullständigt fetalt alkoholsyndrom (FAS)* eller *alkoholfetopati*. Har barnet symptom från en eller två av grupperna talar man om *partiellt fetalt alkoholsyndrom*. De vanligaste symptomen vid partiellt syndrom är en kombination av CNS-störningar med motorisk oro, koncentrationssvårigheter och varseblivningsstörningar.

Fullständigt FAS har beskrivits hos barn till mödrar som under graviditeten så gott som dagligen druckit 20-30 cl starksprit eller motsvarande alkoholmängd öl eller vin. Risken för att ett barn får fullständigt FAS efter en sådan konsumtion har uppskattats till 20-50 procent. Också intag av lägre kvantiteter alkohol (10-20 cl starksprit

dagligen) har visat sig kunna ge upphov till skador på fostret.¹³ Vilken effekt en mera måttlig alkoholkonsumtion har på fostret är däremot inte klarlagt. Inte heller vet man hur ett enstaka rus påverkar fostret. Forskarna anser det dock rimligt anta att även lägre konsumtionsnivåer vid regelbundet intag kan ha ogynnsamma effekter på fosterutvecklingen främst tillväxten. Någon tröskelnivå under vilken inga som helst skadeeffekter uppstår på fostret har inte kunnat fastställas.^{14,15,16}

Tillväxthämning föreligger vid FAS såväl före som efter födelsen. Det innebär att barnet har en låg vikt vid födelsen samt att det även efter födelsen ökar långsammare i vikt än vad det borde i förhållande till sin ålder. Barnen blir spensliga, relativt korta och har litet huvudomfång. Den minskade tillväxten hos födda barn finns både hos barn som vårdats av sina biologiska föräldrar och hos barn som är omhändertagna i familjehem. Tillväxthämning efter födelsen tycks därför inte kunna förklaras enbart med miljöfaktorer.

Undersökningar ger belägg för att också andra faktorer i kombination med alkoholkonsumtion kan ha betydelse för tillväxten. Man har t.ex. kunnat konstatera en högre andel vid födelsen tillväxthämmade barn till alkoholmissbrukande mödrar som röker än till alkoholmissbrukande mödrar som inte röker.¹⁷ Det är alltså sannolikt att rökning spelar en inte oväsentlig roll för tillväxthämning och även för dödlighet i nyföddhetsperioden hos barn till alkoholmissbrukande kvinnor.

När det gäller *kroppsliga avvikelser* kan barn med FAS ha vissa utseendemässiga särdrag särskilt i ansiktet. Skelettet kan också vara ofullständigt utvecklat. Förutom utseendemässiga särdrag kan det förekomma rena kroppsliga missbildningar, t.ex. hjärtfel och genitalmissbildningar av relativt lindrig art. Vidare förekommer missbildningar av hjärnan och synfel. En svensk undersökning i Göteborg visar att av 21 undersökta FAS-barn hade åtta allvarliga förändringar och missbildningar i synnerven och näthinnan. Inget av barnen var helt blind men några hade bara ledsyn.¹⁸

CNS-störningar märks bl.a. genom att FAS-barnen har svårt att vara stilla. De är okoncentrerade, hyperaktiva och impulsstyrda och

¹³ Läkartidningen nr 9, 1981 s. 790. Se också *M. Aronsson* Children of alcoholic mothers. Akademisk avhandling, Göteborg 1984 och *H. Rosett*: A clinical perspective of the fetal alcohol syndrome. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 1980:4 s. 119-122. *H. Rosett et al*: Alcohol and the fetus. A clinical perspective (1984).

¹⁴ Läkartidningen nr 9, 1981 s. 789 ff.

¹⁵ *R. Little et al*: Fetal alcohol effects in humans and animals. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* I s. 103-105 (1982).

¹⁶ *B. Källén*: Litteraturöversikt inom området alkohol-och fosterskador 1981.

¹⁷ *B. Källén*: Litteraturöversikt inom området alkohol och fosterskador 1981.

¹⁸ *K. Strömblad*: Eyeground malformations in the fetal alcohol syndrome. *Neuro-pediatrics* vol. 12, nr 1 1981, Letters to the editor.

kan få kraftiga affektutbrott. Samtidigt som de är överkänsliga för sinnesintryck har de svårigheter att tolka dessa. Formuppfattningen är sämre än prestationsförmågan i övrigt. Barnen har betydande svårigheter i inlärningssituationer och behöver en lugn tillrättalagd skolmiljö med för dem särskild anpassad undervisning. De har för det mesta en ojämn utveckling, långsammare än deras jämnåriga. Förseningen är särskilt märkbar när det gäller motorik, formuppfattning samt begreppsbildning. Utpräglade fall har sen gångdebut med balanssvårigheter och kvarstående oplastiskt rörelsemönster. Den mentala retardationen är oftast av lätt till måttlig grad (IQ 50-70), vilket innebär att barnen fungerar på särskole- och hjälpklassnivå. Däremot är FAS-barnen sällan gravt mentalt retarderade (IQ under 50).¹⁹

Flera svenska och utländska undersökningar påvisar ett samband mellan alkoholmissbruk under graviditet och en ökad spädbarnsdödlighet. I en fransk undersökning konstaterades t.ex. en skillnad i dödlighet hos barn till kvinnor som konsumerat mer respektive mindre än 40 cl vin dagligen (2,55 % mot 0,99 %).²⁰

En viktig fråga i sammanhanget är när under graviditeten som skador på fostret uppstår om modern missbrukar alkohol. Denna fråga har stor betydelse för frågan om och när åtgärder kan sättas in för att skydda fostret eller för att avbryta graviditeten.

Undersökningar visar att missbildningar i form av anläggningsdefekter i det centrala nervsystemet eller som slutningsdefekter av skiljeväggen i hjärtats kammare eller förmak kan uppkomma under de första 10–12 graviditetsveckorna och redan så tidigt som 20 dagar efter konceptionen. Dessa skador är emellertid mycket sällsynta.^{21,22} Andra skador, som hjärnskadesymptom och mental utvecklingshämmning, förvärvas huvudsakligen senare under graviditeten. Fostret bedöms alltså ha en gynnsam prognos om kvinnan kan avbryta sitt missbruk senast vid 10:e–12:e graviditetsveckan då vanligtvis det första besöket på mödravårdscentralen görs.

När det gäller frågan om skador kan uppstå på fostret till följd av att fadern missbrukar alkohol är det inte vetenskapligt visat att spermernas kvalitet skulle påverkas av missbruket.

¹⁹ M. Aronsson *et al*: Alkohol och graviditet. Läkartidningen nr 37, 1977, s. 3074. M. Aronsson *et al*: Fetal alcohol effects in pediatrics and child psychology. Raven Press, New York, 1985. R. Olegård *et al*: Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Acta Paediatr. Scand. Suppl. 275.

²⁰ Se B. Källén: Litteraturoversikt inom området alkohol och fosterskador 1981.

²¹ Läkartidningen nr 9, 1981 s. 790-791.

²² J. Graham *et al*: Heat - and Alcohol - Induced Neutral Tube Defects. Interactions with Folate in a Golden Hamster Model. Abstract from the symposium "The fetus as a Patient - diagnosis and therapy", Jerusalem 1985.

4.2.3 Medicinska effekter på det väntade barnet av narkotika under graviditeten

Alla typer av narkotika passerar över till fostret genom moderkakan. Missbruk av heroin, amfetamin eller kokain under graviditeten leder till att ett ökat antal barn föds för tidigt. Vissa av barnen är dessutom underviktiga i förhållande till graviditetens längd. Samma effekter på fostret uppstår om kvinnan använder metadon under graviditeten.

Om ett bruk av *heroin* eller *metadon* avbryts mot slutet av graviditeten finns risk för att fostret dör i livmodern på grund av abstinens. Det finns också risk för att skador uppstår på fostrets hjärna på grund av syrebrist till följd av häftiga kramper. Tre fjärdedelar av barnen till heroinmissbrukare får abstinenssymptom efter födelsen. Det yttrar sig i form av oro, ryckningar, sprittighet, gällt skrik, kramper, kräkningar och diarré. Senare uppkommer hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter, rubbad sömnrhythm och nedsatt sugförmåga. Någon påvisbar ökning av fysiska missbildningar förekommer inte. Det föreligger dock risk för att ett barn till en heroinmissbrukande moder föds med låg vikt och längd samt med litet huvudomfång.

Abstinenssymptom är inte lika vanliga eller allvarliga efter missbruk av *amfetamin* men barnen kan vara slöa och svårmatade även när de är fullgångna. Amfetamin tycks inte ha samma skadliga inverkan på fostret som alkohol. Det är dock sannolikt att missbruk av amfetamin är förenat med en viss ökning av missbildningsfrekvensen (2–5 % missbildningar främst i form av gomspalt eller läppspalt).²³

De barn, som under fosterstadiet exponeras för amfetamin men växer upp i ett bra familjehem, är vid ett års ålder psykomotoriskt och känslomässigt normalutvecklade. De barn, som däremot tillbringar sitt första levnadsår hos sina missbrukande föräldrar, utvecklar i stor utsträckning känslomässiga störningar i form av distanslöshet, depression och försenad utveckling.²⁴

När det gäller påverkan på fostret av att modern under graviditeten missbrukar *kokain* är forskningsmaterialet ännu mycket magert.^{25,26,27} Enligt en studie från Chicago år 1985 hade kokainbarnen abstinenssymptom vid födseln samt försämrat kontaktbeteende

²³ Se bl.a. Socialstyrelsen anser 1980:4. "Missbruk och graviditet" s. 9 och *G. Larsson et al*: Konsekvenserna för foster och barn av metadon och heroin under graviditet. Rapport till socialstyrelsen 1981.

²⁴ *G. Larsson*: The Amphetamine Addicted Mother and Her Child. Acta Paediatr. Scand. Suppl. 278, 1980.

²⁵ *Ira J. Chasnoff et al*: Cocaine use in pregnancy. The New England Journal of Medicine, Sept. 12, 1985.

²⁶ *John D. Madden et al*: Maternal Cocaine Abuse and Effect on the Newborn.

²⁷ Cocaine Babies. Time Magazine, Jan. 20, 1986.

och störd dygnsrytm under de första dagarna. Av erfarenhet kan man anta att neuro-psykologiska problem kommer att kvarstå efter denna form av störning hos nyfödda. Flera studier och större material behövs för att bedöma abortfrekvens, missbildningsfrekvens och eventuell förekomst av skador på fostret utöver de ovan nämnda störningarna.

När det gäller *cannabismissbruk* hos gravida kvinnor föreligger mycket få rapporter.^{28,29} Abstinenssymptom har uppvisats hos två till tre dygn gamla barn till marijuanarökande mödrar. En viss förkortning av graviditetstiden har även kunnat konstateras. Däremot blev barnen inte mindre vid födseln än andra barn. Risken för att det blivande barnet skall få alkoholskador lär kunna förstärkas om modern missbrukar både alkohol och cannabis under graviditeten. Hingson²⁸ anger förekomst av FAS-liknande syndrom hos marijuanarökande kvinnor. Undersökningen är dock utförd bland en underprivilegerad innerstadsbefolkning. Fried²⁹ fann hos en kanadensisk medelklassbefolkning inte detta samband. Hingsons fynd måste bekräftas genom ytterligare undersökningar. Tills vidare får det tolkas som en effekt av blandmissbruk.

4.3 Sociala och psykologiska synpunkter

Under senare decennier har det gjorts en ganska omfattande forskning om de psykologiska aspekterna på graviditeten.³⁰ Det har därvid framkommit att de allra flesta kvinnor särskilt i början av graviditeten upplever en klivenhet mellan positiva och negativa känslor till det blivande föräldrskapet. Detta gäller även vid planerade och efterlängttade graviditeter. Klivenheten kan bl.a. ses som ett uttryck för en intressekonflikt mellan att å ena sidan i första hand kunna tillgodose sina egna vuxna intressen och behov – såväl privatliv som yrkesliv – och att å andra sidan under lång tid nödgas sätta barnets behov före sina egna behov.

Allt detta kan väcka större eller mindre oro hos kvinnan. Samtidigt har det bl.a. genom den nämnda forskningen klarlagts att kvinnan behöver bearbeta sin klivenhet inför föräldrskapet. Hon blir

²⁸ P.A. Fried: Marijuana and duving pregnancies and decreased length of gestation. Arr. J. Obstet. Gynecol. Sept. 1, 1984.

²⁹ Ralph Hingson et al: Facts of Maternal Drinking and Marijuana Use on Fetal Growth and Development. Pediatrics Vol. 70, No 4 Oct, 1984.

³⁰ E. Lagercrantz: Förstföderskan och hennes barn. Wahlström och Widstrand, Stockholm 1979. N. Uddenberg: Att få barn – en helhetsyn på kris och anpassning när man blir förälder, Natur och Kultur, Stockholm, 1976. G. Larsson et al: Maternal conception of psychosocial support. Evaluation of an antenatal programme. Journal of Advanced Nursing, 1986. G. Larsson et al: En kartläggning av gravida kvinnors sociala situation och inställning till psykosocial omvårdnad. Socialmedicinsk Tidskrift, 1986.

därigenom bättre förberedd att på ett realistiskt sätt ta emot barnet. De som inte släpper fram klivenheten i medvetandet och som idylliserar innebörden av att bli förälder är inte sällan i ett sämre läge när barnet väl är fött.

I vissa fall är klivenheten av olika orsaker så kraftigt stegrad att den väcker svår ångest hos kvinnan. Då kan professionellt psykiatriskt/psykologiskt stöd vara den bästa hjälpen. I de allra flesta fall är det dock tillräckligt med det stöd som den närmaste omgivningen ger, förstärkt med det individuella stödet från barnmorskan på mödravårdscentralen. Det stödet kan kompletteras med deltagande i samtalsgrupp för blivande föräldrar inom ramen för den allmänna föräldrautbildningen.

För att återknyta till temat missbruk under graviditeten är det inte så att den ovan beskrivna mer eller mindre starka klivenheten till föräldraskapet leder till att den gravida kvinnan genom sin egen livsföring skulle visa bristande omsorg om det väntade barnets hälsa. Tvärtom finns hos praktiskt taget alla kvinnor en självklar önskan att föda ett friskt barn. Ökade kunskaper om olika slag av skadeverkningar som kan drabba fostret gör också att de allra flesta kvinnor så långt möjligt aktivt försöker undvika att utsätta fostret för sådana risker. Ett exempel på detta är de mycket långtgående restriktioner som de flesta gravida kvinnor numera ålägger sig när det gäller alkoholförtäring. För de flesta gravida kvinnor är allmän information om möjliga skadeverkningar mycket effektivt och troligen tillräckligt för att de skall vara återhållsamma med alkohol.

Betydligt mera komplicerat blir det när det gäller kvinnor som redan före graviditeten har missbruksproblem. Det finns olika förklaringsmodeller när det gäller uppkomstmekanismerna bakom missbruk.³¹ Utifrån ett psykodynamiskt perspektiv kan missbruk – mycket schematiskt beskrivet – ses som försök till försvar mot eller lösningar på ångest, starka otillräcklighetskänslor, tomhetskänslor och identitetsförlust. Andra söker de huvudsakliga förklaringarna i svåra sociala problem. Åter andra ser missbruket främst som ett övertagande av mönster, dvs. missbruksmönster, från viktiga identifikationsfigurer i omgivningen.

Dessa olika förklaringsmodeller är var för sig rimliga. De kan ha olika betydelse i de enskilda fallen och utesluter dessutom inte varandra. Så kan t.ex. missbruk som utlösts av inre, psykiska konflikter ofta skapa svåra sociala problem (familje-, arbets- och ekonomiska problem) liksom ett missbruk som främst sammanhänger med sociala problem i sin tur kan skapa ångest bl.a. till följd av att de sociala problemen som regel ytterligare förvärras.

³¹ *B. Löfgren*: Alkoholismen, människan och samhället. Aldus/Bonnier, Stockholm 1976.

J. Ramström: Narkomani. Orsaker och behandling. Tiden/Folksam 1983.

Missbruket har i sig självdestruktiva element. Man kan dock utgå från att kvinnan inte avsiktligt utsätter det väntade barnet för skaderisker. Tvärtom är det rimligt att påstå att de allra flesta missbrukare delar alla gravida kvinnors önskan om ett friskt barn. Här sammanfaller alltså kvinnans och det väntade barnets intressen. Att kvinnan inte slutar med missbruket trots vetskap om hälsoriskerna för fostret beror sålunda som regel inte på likgiltighet för det väntade barnets hälsa. Problemet ligger i att kvinnan trots det inte förmår upphöra med missbruket. Det är här konflikten ligger för den gravida missbrukande kvinnan.

Som tidigare påpekats är graviditeten för alla kvinnor en livsfas då de inre påfrestningarna som regel ökar och då sociala problem förstärks. Samtidigt är det en fas som i allmänhet innebär en stor beredskap för eftertanke, omprövning och förändringar eller uttryckt med andra ord för växt och mognad. Erfarenhetsmässigt vet man också att graviditeten och de första månaderna efter barnets födelse är en period då kvinnor i större utsträckning än under någon annan livsfas är öppna för att ta emot hjälp. Detta gäller även kvinnor som för övrigt är avvisande mot att ta emot hjälp. Graviditeten är alltså en gynnsam period när det gäller att få kvinnan att upphöra med sitt missbruk.

5 Läkemedel under graviditet

De flesta godkända läkemedel har i normala behandlingsdoser inga eller mycket liten skadebringande effekt på människan. I samband med registrering av läkemedlet gör man efter djurförsök en bedömning av dess fosterskadande effekt. För läkemedel som funnits länge på marknaden är vår kunskap om deras verkningar på fostret under graviditeten också relativt god.

I "FASS" (Farmaceutiska specialiteter i Sverige) finns för varje läkemedel angivet om det anses ofarligt att ge under graviditeten eller vilka risker som behandlingen kan innebära.

Efter den s.k. neurosedynkatastrofen har man infört ett centralt missbildningsregister för att tidigt upptäcka om antalet missbildningar ökar bland nyfödda som en effekt av bl.a. nya läkemedel. Talidomid (neurosedyn), som numera inte förekommer på marknaden, och Waran (ett medel som hindrar blodlevring) är exempel på läkemedel som med hög genomslagskraft ger en speciell typ av organmissbildning på foster.

Vissa läkemedel t.ex. medel mot leukemi¹ och epilepsi ger liksom alkohol i stället FAS-liknande symptom med i första hand beteen-
deavvikelser.

Situationen är annorlunda i fråga om nya läkemedel. Våra möjligheter att från djurförsök eller andra tester förutse om ett nytt läkemedel har en fosterskadande effekt är begränsade. De fosterskadande effekterna av de nya läkemedlen registreras för närvarande inte och tar därför ibland avsevärd tid att fastställa.

På grund av vetskapen att några läkemedel kan ha en fosterskadande effekt när de intas under graviditeten är man allmänt särskilt restriktiv vid förskrivning av läkemedel under graviditeten. Förskrivningen blir en avvägning mellan strävan att inte utsätta fostret för läkemedel och behovet eller nödtvånget att modern medicineras.

När en graviditet blir aktuell försöker man i första hand att byta till läkemedel som är ofarliga. Detta är dock inte alltid möjligt. Att en kvinna under graviditeten ändå ordineras preparat som kan ha en

¹ Folinsyreantagonisterna aminopterin och metoptrecat.

fosterskadande effekt beror på att den bakomliggande sjukdomen i sig är så allvarlig att det finns större möjligheter för det väntade barnet att födas friskt om kvinnan medicinerar än om hon inte gör det.

En grupp av läkemedel där det råder stor osäkerhet i fråga om deras fosterskadande effekt är psykofarmaka. Man misstänker att om kvinnan under graviditeten tar medel mot psykos och depression kan detta ge en beteendestörning på det väntade barnet.

Ångestdämpande mediciner – s.k. bensodiazepiner – hör till den grupp av läkemedel som klassificeras som narkotika på grund av sin benägenhet att utveckla toleransökning och beroende med åtföljande risk för doshöjning och långvarigt bruk.

Medel mot epilepsi – s.k. barbitursyrepreparat² – hör också till den grupp av läkemedel som klassificeras som narkotika.

Beroende och missbruk av läkemedel

Vissa psykofarmaka har egenskaper som gör att kvinnan kan utveckla ökad tolerans mot medlet vilket i sin tur kan leda till dosökning. Sådana läkemedel har en tendens att missbrukas. Antipsykomedel och antidepressiva har mycket liten benägenhet att missbrukas. Vid vissa bensodiazepiner finns emellertid hög risk för tillvänjning och dosökning. Vid höga doser av vissa bensodiazepiner har fosterskador av huvudsakligen samma karaktär som FAS nyligen rapporterats.³ Utökade studier krävs dock för att klarlägga omfattningen. Man räknar med att ungefär 200 000 personer i Sverige är beroende av bensodiazepiner.

² I Sverige förekommer endast phenobarbitone.

³ Laegreid et al: Abnormalities in Children Exposed to Benzodiazepines in Utero. Lancet 1987; 1:108–109.

6 Rökning under graviditet

6.1 Tobaksvanor i Sverige

Socialstyrelsen har publicerat en ny undersökning angående tobaksvanor i Sverige.¹ Av undersökningen framgår bl.a. följande.

Försäljningen av rökverk nådde sin höjdpunkt under slutet av 1960-talet. Den har därefter avtagit. Detta bekräftas av återkommande undersökningar av rökvanorna i Sverige enligt vilka rökandet har minskat i utbredning alltsedan början av 1970-talet. Minskningen har skett dels genom att allt fler slutat röka och dels genom att allt fler – främst män – avstått från att börja röka.

Rökdebuten sker i dag oftast i 16–17 års ålder bland flickor och något senare bland pojkar.

Andelen dagligrökare i befolkningen var åren 1982–83 ungefär 30 procent bland både män och kvinnor. Mäns och kvinnors rökvanor har gradvis kommit att likna varandra. Dock gäller i dag att det är vanligare att yngre kvinnor röker än att yngre män gör det.

Rökningen är i dag för männens del mest utbredd i medelålders och i äldre åldersgrupper. För kvinnornas del gäller att rökningen är vanligast bland yngre och medelålders kvinnor.

Rökning är fyra gånger vanligare bland kvinnor i socialgrupp 3 än i andra socialgrupper. Eftersom dessa kvinnor ofta arbetar i ohälsosamma industrimiljöer ökar risken att deras hälsa påverkas ogynnsamt av rökningen.

Den genomsnittliga dagligrökaren förbrukade åren 1982–83 omkring 13–15 cigaretter om dagen. En viss ökning av cigarettkonsumtionen bland dagligrökarna har ägt rum under senare år.

De flesta rökare – närmare två tredjedelar – vill helst inte röka men gör det ändå. Bland de storrökare som vill sluta är en överväldigande majoritet pessimistiska beträffande sina utsikter att lyckas. Mindre än en fjärdedel av de etablerade storrökarna säger sig röka av egen fri vilja.

De undersökningar som gjorts tyder inte på att rökare allmänt sett

¹ Socialstyrelsen redovisar 1986:9.

skulle ha sämre kunskaper om rökningens skadeverkningar än icke-rökare.

6.2 Medicinska effekter av rökning under graviditet

De flesta av tobaksrökens ämnen t.ex. nikotin passerar fritt över moderkakan. Nikotinet påverkar bl.a. fostrets andning. Fostret får alltså en minskad syretillförsel.

Rökande kvinnor har fler blödningar under graviditeten än icke rökare.

Ju mer kvinnan röker under graviditeten desto större är risken för att hon skall föda för tidigt (upp till 50 procents förhöjd risk). Risken ökar också att barnet vid födelsen är underviktigt (under 2 500 gram).² Detta leder i sin tur till att barnet har mindre motståndskraft än normalt att klara födelsearbetet. Det finns därför en ökad risk för – förutom dödsfall i samband med förlossningen – att ett barn får t.ex. hjärnskador vid födelsen (10-20 procent om kvinnan röker 20 cigaretter eller mer om dagen).

Barn till kvinnor som röker har vid födelsen ofta kärlförändringar i navelsträngen.

Enligt en nyligen gjord svensk undersökning kan risken för leukemi (blodcancer) hos barnet öka om modern har rökt under graviditeten. Detsamma gäller Wilms tumör (njurtumör) och lymfkörtelcancer.³ Ju mer en kvinna röker desto större är risken att barnet drabbas av cancer.

Under amningstiden kan man påvisa nikotin i bröstmjölken hos rökande kvinnor. Barn vars mödrar röker mycket får oftare blekhet, kräkningar och diarré än icke-rökares barn.⁴

Det finns undersökningar som talar för att barn, vars mödrar rökt under graviditeten, kan ha en senare utveckling såväl fysiskt som mentalt.

Som nämnts tidigare⁵ kan kombinationen rökning och alkoholmissbruk under graviditeten öka risken för fosterskador främst för tillväxthämning och för dödlighet i nyföddhetsstadiet.

Enligt en nyligen publicerad dansk-amerikansk undersökning om riskerna med passiv rökning påverkar inte bara moderns rökning fostret under graviditeten. Den negativa effekten i form av viktminskning som drabbar fostret om modern röker är nästan lika stor om fadern röker.

² *Amnon David: Smoking and the growing fetus. Abstracts from The 2nd international symposium "The fetus as a patient, diagnosis and therapy". Jerusalem 1985.*

³ Undersökningen gjord vid regionsjukhuset i Linköping.

⁴ Se fotnot 2.

⁵ Se 4.2.2.

7 Utvecklingsstörning eller psykisk sjukdom hos gravid kvinna

Utvecklingsstörning eller psykisk sjukdom hos en gravid kvinna kan i en del fall innebära problem när det gäller att få kvinnan att inse vikten av att sköta sin graviditet. Kvinnan kan också ha svårigheter att under graviditeten psykologiskt förbereda sig såväl på själva förlossningen som på det väntade barnet.

Mera betydande problem uppträder som regel först sedan barnet är fött och då i form av svårigheter att relatera till barnet, att uppleva barnet på ett realistiskt sätt och att kunna leva sig in i och tillfredsställa barnets behov. Kvinnan kan alltså ha svårt att ta hand om barnet och ge det en god omvårdnad.

En svensk undersökning¹ visar att psykiskt sjuka (i huvudsak psykotiska) kvinnor, som är gravida, löper större risk än andra gravida kvinnor att få komplikationer under havandeskapet och i samband med förlossningen. Dessa kvinnor söker mera sällan hjälp för sina besvär under havandeskapet. Undersökningen visar att 27 procent av de kvinnor som vårdats för psykiska problem i samband med havandeskapet också hade problem med alkohol eller andra droger. Psykiskt sjuka kvinnor har alltså ett särskilt behov av psykologisk hjälp och medicinsk övervakning under graviditeten.²

Ett särskilt problem i sammanhanget är att psykiskt sjuka kvinnor kan behöva använda psykofarmaka under graviditeten för att deras tillstånd inte skall förvärras.

¹ M. Bågedahl-Strindlund: Mentally ill mothers and their children. Acta psychiatr. scand. 1986:74 s. 32-40. Se även R. E. Kendall: Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 29. No. 1 p. 3-11.

² M. Bågedahl-Strindlund: Parapartum mental illness: timing of illness onset and its relation to symptoms and sociodemographic characteristics.

8 Kroppslig sjukdom hos gravid kvinna eller hos det väntade barnet

Vissa sjukdomar hos kvinnan under graviditeten kan påverka fostrets utveckling. Om kvinnan till exempel lider av förhöjt blodtryck eller diabetes kan skador på fostret uppstå. Genom en god övervakning och behandling av kvinnan under graviditeten kan riskerna för sådana skador dock minskas påtagligt.

En sjukdom som har visat sig kunna överföras direkt från kvinnan till fostret är immunbristsjukdomen AIDS (acquired immune deficiency syndrome). När en kvinna bär på en symptomgivande HIV-infektion (HIV=human immune virus) men där sjukdomsbilden AIDS inte är fullt utvecklad har hon lättare än normalt att få AIDS om hon är gravid.¹ Genom amerikanska undersökningar har i detta hänseende i övrigt framkommit följande.²

Av samtliga rapporterade fall av AIDS i USA under en 13-årsperiod utgörs 1,5 procent av barn. Utöver dessa finns minst lika många barn med symptomgivande HIV-infektion. Antalet HIV-smittade barn utan sjukdomssymptom är okänt. Av barn med AIDS har 75 procent en mor tillhörande en högriskgrupp för HIV-infektion framför allt intravenösa narkomaner. 19 procent av barnen har smittats genom tillförsel av blod eller blodprodukter. I 6 procent av de diagnostiserade fallen är smittvägen ofullständigt klarlagd. De barn som smittats av en HIV-infekterad mor har fått sin smitta under fosterlivet. Smittan kan överföras redan under tidig graviditet.

Inkubationstiden hos barn är som regel kortare än hos vuxna och sjukdomsbilden är snabbare. Vanligen debuterar sjukdomen när barnet är två till åtta månader. Barn som smittats av HIV-virus under fosterlivet har dålig tillväxt. De kan – förutom andra fysiska symptom som är vanliga för vuxna HIV-smittade – få en försenad psykomotorisk utveckling och även förlust av redan förvärvade färdigheter.

¹ G. Larsson *et al*: AIDS hos barn.

² Roger E. Stevenson: Prenatal AIDS – a cause of acquired postnatal dysmorphism. Joseph A Chirch *et al*: New Scarlet Letter(s), Pediatric AIDS. Pediatrics Vol. 77 No 3 March 1986. Kevin M. Shannon *et al*: Acquired immune deficiency syndrome in childhood. Pediatrics Vol. 106 No 2 February 1985.

Dödligheten bland barn med AIDS är mycket hög. Inget barn som insjuknat med symptom av HIV-virus har tillfrisknat och av dem med utvecklat AIDS har hittills cirka 60 procent avlidit. I Sverige hade i december 1986 fötts 14 barn vars mödrar under graviditeten bar på HIV- smitta.

Enda sättet att förebygga uppkomsten av AIDS hos barn torde – förutom förebyggande hälsouppllysning – vara att HIV-infekterade kvinnor undviker att bli gravida. Vid en redan konstaterad graviditet bör noggrann information ges om risken för smittoöverföring till fostret så att kvinnan och familjen på sakliga grunder kan ta ställning till ett eventuellt avbrytande av graviditeten.³ Ett problem i sammanhanget är att det ofta först på ett sent stadium av graviditeten kommer till MVC:s kännedom att kvinnan väntar barn.

Genom den alltmer utvecklade fosterdiagnostiken finns i dag möjlighet att tidigt upptäcka vissa sjukdomstillstånd hos fostret. Forskning pågår också när det gäller utveckling av metoder för att lindra sjukdom eller skador hos det blivande barnet. Under de närmaste åren kan vi säkert här förvänta oss avsevärda framsteg på detta område. De terapeutiska möjligheterna i dag är dock mycket begränsade. För närvarande ges till exempel vid grav blodbrist blodtransfusion till det väntade barnet. Fostret kan också ges medikamentell terapi eftersom läkemedel som regel passerar över moderkakan från moder till foster. Exempel på sådan behandling är hjärtförstärkande och vattendrivande medel.

Som socialutskottet anfört⁴ kan en kvinna med en s.k. fatalistisk inställning motsätta sig en behandling av det väntade barnet för att bota eller lindra ett sjukdomstillstånd hos fostret eller för att förebygga att en sjukdom uppstår hos fostret. Även religiösa skäl kan föreligga att motsätta sig en sådan behandling.

³ *A-B Bohlin et al: AIDS – Även barn kan drabbas. Läkartidningen, vol. 83 s. 3916-3917, 1986.*

⁴SoU 1981:82:14 s. 29 ff, se avsnitt 2.1 ovan.

9 Några projekt angående missbruk under graviditet

9.1 Projektet "Föräldrar och alkohol" (FA-projektet)

Med uppdrag att lägga fram förslag till åtgärder för att vända den då i landet brant stigande kurvan av alkoholkonsumtion tillsatte regeringen år 1980 utredningen Samordningsorganet för alkoholfrågor (SAMO). Utredningen har gett ut rapporterna Om alkoholpolitiken I och II (DsS 1980:10, DsS 1981:25).

SAMO påpekar i sina rapporter att den situation, som framför allt den gravida kvinnan men också den blivande fadern befinner sig i, gör dem ofta välmotiverade att ändra sina alkoholvanor. Det föll sig därför naturligt för SAMO att i sitt förslag till åtgärdsprogram peka på landstingens verksamhet med mödra- och barnhälsovård. I den verksamheten når landstingen så gott som alla blivande och nyblivna föräldrar inklusive barn fram till skolåldern.

På grundval av SAMO:s förslag beslutade regeringen att ett projekt skulle genomföras huvudsakligen i enlighet med en plan som Landstingsförbundet arbetat fram. Projektet, som kom att kallas FA-projektet, är numera avslutat.

FA-projektets övergripande mål var att minska bruk och missbruk av alkohol och andra droger bland blivande och nyblivna föräldrar. Projektet pågick i cirka två år. Det indelades i fem olika steg. I steg 1 utvaldes Älvsborgs och Jämtlands läns landsting som försökslandsting. I steg 2 presenterade landstingen sina projektplaner för beslutsfattare och chefstjänstemän i landsting och kommuner. I steg 3 ingick fortbildning riktad till den personal inom mödra- och barnhälsovården, BB och socialtjänsten som direkt berördes av projektet. Under steg 4 praktiserade personalen sina kunskaper på fältet. I steg 5 slutligen fördes FA-projektets innehåll, uppläggnings- och erfarenheter ut till landets övriga landsting.

I det följande redovisas några erfarenheter som vunnits ur FA-projektet.

87–91 procent av de blivande mödrarna drack inte alkohol under graviditeten. 10 procent av kvinnorna uppgav sig vara nykterister. Enligt kvinnorna drack männen mer än vad de själva gjorde. Den

allmänna opersonliga information om alkohol under graviditet som kvinnorna hade fått från massmedierna ansågs viktigare än den de hade fått personligen från barnmorskan.

Om kvinnan bestämde sig för att inte dricka alkohol under graviditeten var det viktigt att fadern var solidarisk med kvinnan under denna tid.

De allra flesta kvinnorna slutade eller minskade sitt alkoholbruk i samband med beskedet att de var gravida. En stor del av kvinnorna hade alltså redan tänkt över sitt förhållande till alkohol när de kom till mödrahälsovården. Många kvinnor ansåg att det var viktigt att avstå från alkohol under graviditeten för att skydda fostret.

En majoritet av kvinnorna ansåg att alla gravida kvinnor borde ha tillgång till en socialsekreterare på mödravårdscentralen eftersom graviditeten ofta skapar nya frågor och bekymmer av social art.

I Älvsborgs län påträffades tio gravida kvinnor som missbrukade alkohol. Samtliga avbröt – efter behandling enligt behandlingsplanen – sitt missbruk under graviditeten. Så långt man kunde se var också barnen utan skador när de föddes. Av de tio kvinnorna avhöll sig fortfarande vid projektets slut nio från att använda alkohol och hade vården om sitt barn.

I behandlingsarbetet med missbrukande kvinnor framkom bl.a. att

- förtroendet mellan barnmorskan och den blivande modern är viktigt
- barnmorskan bör vara personlig och engagerad i sitt förhållande till det blivande föräldraparet
- de behandlingsredskap som står till förfogande för personalen inom mödra- och barnhälsovården samt socialtjänsten är begränsade
- en i förväg uppgjord behandlingsplan måste vara flexibel
- det är mycket viktigt med samma barnmorska och samma läkare
- det är mycket viktigt för en missbrukande kvinna att inte ha en man som missbrukar om hon själv skall kunna bryta sitt missbruk
- det är lättare att arbeta med de kvinnor och män som tillstår att de använder eller missbrukar alkohol och är motiverade för behandling än med dem som förnekar sina problem.

9.2 Projektet "Gravida kvinnor med missbruksproblem"¹

Inom Stockholms socialförvaltning pågick under tiden april 1982 – maj 1984 en försöksverksamhet för behandling av gravida kvinnor med missbruksproblem. Målgruppen för försöksverksamheten var kvinnor med ett tungt missbruk som inte var motiverade för behandlingshem eller inte kunde få plats på sådant. Behandlingsgruppen, som bestod av tre socialsekreterare, tillkom som en del av ett handlingsprogram för arbete med missbrukande gravida kvinnor. Handlingsprogrammet antogs av hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting och socialförvaltningen i Stockholms kommun.

Målet för behandlingsgruppens verksamhet var att erbjuda behövande kvinnor hjälp, kartlägga gruppen missbrukande kvinnors behov, inventera och samordna befintliga resurser inom förvaltningen samt undersöka om mer resurser behövdes och hur dessa i så fall skulle utformas.

Behandlingsgruppen arbetade under två år med 15 kvinnor och 9 män. Dessa hade haft ett långvarigt missbruk bakom sig – ofta 10–15 år med alkohol eller narkotika. Nästan alla hade haft svåra uppväxtförhållanden med många separationer. De hade egna barn omhändertagna. De hade varit utan arbete och bostad. De flesta kvinnorna eller paren hade nåtts genom de sociala servicecentralerna.

Det visade sig möjligt att etablera en förtroendefull kontakt med de flesta paren. Det var inte svårt att få med männen i behandlingsarbetet. Graviditeten är hos både kvinnan och mannen kopplad till ett hopp om förändring och är därför en gynnsam period för ett behandlingsarbete. Att göra bedömningar av föräldrarnas förmåga och brister är mycket svårt. Både bedömningar och de intensiva behandlingskontakterna kräver goda kunskaper och framför allt lång erfarenhet av socialt arbete och hjälp från extern handledare.

Alla kvinnor/par använde sig av det stöd- och omsorgsarbete som erbjöds. Deras sociala situation förändrades i varierande grad positivt i förhållande till utgångsläget. De flesta av kvinnorna och männen avbröt sitt missbruk i samband med graviditeten. Totalt föddes 14 barn. Av dessa var ett barn underviktigt och ett föddes för tidigt. Resten av barnen var friska och mårde bra. I maj 1984 bodde nio barn tillsammans med sina föräldrar i egen lägenhet, tre av barnen tillsammans med föräldrarna på behandlingshem och två barn var omhändertagna för samhällsvård enligt LVU och placerade i familjehem.

¹ Numera utkommen i bokform under titeln *Billinger et al: Vägen till verkligheten*.

I projektet framkom olika svårigheter i arbetet med missbrukande kvinnor. Kvinnorna är ofta misstänksamma mot myndighetspersoner. De döljer därför och bagatelliserar sina problem. Det medför att de aktivt måste sökas upp och erbjudas vård. Detta försvåras av problem i vårdorganisationen. Bland annat ger den tidspressade och uppsplittrade arbetssituationen på socialbyråerna få möjligheter att planera och rikta arbetsinsatserna. Det akuta arbetet och de klienter som själva söker hjälp på socialbyråerna upptar stor tid. De ständiga omorganisationerna på socialbyråerna försvårar också ett riktat arbete. I rapporten hävdas att en eftersläpning av tankegångarna i de gamla socialvårdslagarna ofta leder till ett traditionellt kontroll- och åtgärdstänkande vilket hindrar kontakten med kvinnorna. Mödra-, hälsovårds- och socialbyråpersonal uttryckte ofta osäkerhet och vanmakt över att inte veta hur man skall kunna hjälpa kvinnorna.

Problemställningarna för denna klientgrupp kan delas in i tre huvudområden.

- Hur kan man uppsåra och nå kvinnorna?
- Hur kan de få hjälp att efterfråga vård?
- Hur ser vården ut?

För att komma tillrätta med de svårigheter som finns i arbetet med dessa klienter behövs det enligt behandlingsgruppen specialiserade behandlingsenheter.

9.3 Behandlingsteamet för gravida missbrukare vid Huddinge sjukhus

Sedan år 1978 har det vid Huddinge sjukhus funnits speciella resurser i syfte att förebygga alkoholrelaterade fosterskador. Länskommittén för hälsoupplýsning i Stockholm initierade då en försöksverksamhet på fyra mödravårdscentraler, varav två låg inom Huddinge sjukhus upptagningsområde. Vid utvärderingen av resultaten framkom det att missbruk alternativt hög konsumtion av alkohol under graviditet var betydligt vanligare än man tidigare anat. Det visade sig att behovet var påfallande stort av riktade insatser för tidig diagnostik av gravida kvinnor med beroendeproblem och behandling. Sedan år 1981 har det funnits ett behandlingsteam för gravida missbrukare vid den psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus.

Sedan år 1986 består behandlingsteamet av barnmorska, kurator, sekreterare, gynekolog, barnläkare och psykiater. Behandlingsinsatserna är avsedda för gravida alkohol- och narkotikamissbrukare inom Huddinge sjukhus upptagningsområde, gravida heroinister och gravida HIV-positiva missbrukare från hela Stockholms läns lands-ting.

På en av mödravårdscentralerna (MVC) pågår ett kontinuerligt metodutvecklingsarbete. Barnmorska och kurator har gemensamma inskrivningssamtal. Samtalet vid första besökstid på MVC är förlängt till cirka en timme. Förutom sedvanlig kroppslig undersökning görs en alkoholanamens och diskuteras på ett odramatiskt sätt den blivande mammans alkoholvanor före och under graviditet. Målsättningen är att försöka få en helhetsbild av de blivande föräldrarnas situation för att kunna erbjuda ett adekvat medicinskt och psykosocialt omhändertagande.

Övriga mödravårdscentraler samt socialtjänsten inom Huddinge sjukhus upptagningsområde remitterar gravida missbrukare till behandlingsteamet. Barnmorskorna och socialsekreterarna har deltagit i utbildning kring tidig diagnostik av beroendeproblem.

De gravida missbrukarna och deras familjer erbjuds individuell behandling och stöd. Avgiftning sker på den psykiatriska kliniken alternativt narkomanvårdsavdelningen. Vanligtvis förekommer ett nära samarbete mellan behandlingsteamet och socialtjänsten. Förlossningsavdelningen aviseras några veckor före barnets födelse så att mamman får optimal medicinsk och psykologisk omvårdnad. Vidare brukar den blivande mamman tillsammans med kuratorn besöka barnavårdscentralen före förlossningen. Sedan våren 1984 finns ett mödrahem för gravida missbrukare för vilket behandlingsteamet för gravida missbrukare är vårdbas.

Inget barn som fötts under senare år på Huddinge sjukhus har under nyföddhetsperioden fått diagnosen FAS. Majoriteten av de alkoholiserade och narkotikaberoende kvinnorna har kunnat bryta sitt missbruk under graviditeten och fått behålla vården om sitt barn.

10 Utredningens enkätundersökningar

10.1 Enkät till barnklinikerna

10.1.1 Metod

En enkät skickades under hösten 1985 ut till landets samtliga 50 barnkliniker. Enkäten gällde barn med skador till följd av moderns missbruk av alkohol eller narkotika under graviditeten. Avsikten var att försöka få en bild av förekomsten av sådana skador hos barn födda under tiden den 1 januari 1983 – den 31 december 1984. Enkäten omfattade 16 frågor som före enkätens utsändande hade skickats till Barnläkarförningens neonatalsektion för synpunkter. Föreningen tillstyrkte att enkäten sändes ut.

Vi var medvetna om att det skulle erbjuda svårigheter att få fram exakta uppgifter från barnklinikerna. Uppgifter av förevarande slag går oftast inte att utläsa ur klinikens journalanteckningar utan får till stor del byggas på personlig kännedom hos sjukhuspersonalen. Vad vi eftersträvade var så väl underbyggda uppskattningar som möjligt.

Enkäten besvarades av 49 barnkliniker. En barnklinik hörde trots påminnelser inte av sig.

10.1.2 Sammanfattning av undersökningen

I detta avsnitt sammanfattas de enkätsvar som lämnades. En siffermässig sammanställning av enkätsvaren lämnas i bilaga 2.

Av tillgänglig statistik framgår att under den aktuella tvåårsperioden föddes cirka 190 000 barn. Vi frågade inledningsvis hur många barn som under tiden den 1 januari 1983 – den 31 december 1984 är barn till alkoholmissbrukande mödrar. Av svaren framgår att antalet kan uppskattas till minst 200 barn för hela landet. Huddinge sjukhus och Östra sjukhuset i Göteborg har uppgett det största antalet (37 respektive 33 barn).

Nästa fråga skulle ge svar på frågan hur många av barnen till alkoholmissbrukande mödrar som hade fullständigt eller partiellt FAS.¹ Av svaren framgår att av de barn som föddes under perioden

¹Angående innebörden i begreppet FAS, se ovan 4.2.2.

hade 18 barn fullständigt FAS och 41 barn partiellt FAS. Dessutom föddes 14 barn med misstänkta alkoholeffekter utan att något påvisat alkoholmissbruk förelåg hos modern.

Vi frågade om några barn med FAS hade mödrar som under graviditeten brukat eller missbrukat psykofarmaka. Svaret blev att 42 kvinnor använt "tabletter" under graviditeten.

Vi önskade svar på frågan hur många av barnen med skador till följd av kvinnans alkoholmissbruk under graviditeten som diagnostiserats vid födelsen, inom ett år efter födelsen eller senare än ett år efter födelsen. Av svaren framgår att 27 barn diagnostiserats vid födelsen, 22 barn inom ett år efter födelsen samt 3 barn senare än ett år efter födelsen.

Av barnen med skador till följd av moderns alkoholmissbruk under graviditeten hade 47 barn tillväxthämningar, 33 barn missbildningar/dysmorfologiska avvikelser, 9 barn abstinenssymptom samt 13 barn andra störningar i centrala nervsystemets funktion.

I syfte att kartlägga skador hos barn till följd av att modern under graviditeten missbrukat narkotika ställde vi frågan hur många barn som under tiden den 1 januari 1983 – den 31 december 1984 skadats till följd av moderns missbruk av heroin respektive amfetamin. Enligt de avgivna svaren föddes under perioden 18 barn till heroinmissbrukande och 27 barn till amfetaminmissbrukande mödrar. Av dessa var modern i 4 fall blandmissbrukare.

Samtliga 18 heroinskadade barn diagnostiserades vid födelsen. 22 av de amfetaminskadade barnen diagnostiserades vid födelsen och 1 barn inom ett år efter födelsen.

Hos de heroinskadade barnen fann man i 3 fall tillväxthämning, i 13 fall abstinenssymptom och i 2 fall andra störningar i centrala nervsystemets funktion. Hos de amfetaminskadade barnen fann man tillväxthämning hos 6 barn, abstinenssymptom hos 6 barn och andra störningar i centrala nervsystemets funktion i 1 fall.

Vi ställde frågan var de barn som fötts under den aktuella tidsperioden med skador till följd av moderns missbruk av alkohol eller narkotika under graviditeten för närvarande befinner sig. Enligt svaren befann sig 25 barn i föräldrahemmet, 10 barn i familjehem samt 4 barn i adoptivhem. Inget barn fanns på institution e. dyl.

På frågan om barnkliniken på något systematiskt sätt följer upp barn med skador till följd av moderns missbruk varierade svaren. De olika barnklinikerna hade skiftande modeller för uppföljningen. Vanligast tycks vara att barnen följs upp vid barnavårdscentralen. Vid vissa barnkliniker är det i stället neonatalavdelningen vid kliniken eller barnpsykiatrisk klinik (PUB) som sköter uppföljningen. Vid Östra sjukhuset i Göteborg finns vid neonatalavdelningen en kuratorstjänst med speciell uppgift att stödja kvinnor med gravt missbruk samt upprätthålla och utveckla uppspårnings- och stödpro-

grammet för mödravårdscentralerna. En arbetsgrupp håller på att utvärdera ett vårdprogram för alla kategorier av missbruk både i och utanför graviditet.

Slutligen ställde vi frågan om det såvitt känt förekommer något system för att spåra upp och hjälpa kvinnor med alkohol- eller narkotikamissbruk under graviditeten. Inom de flesta sjukhusområden fångas de aktuella fallen upp vid mödravårdscentralen. Inom vissa områden förekommer ett samarbete mellan mödravårdscentralerna å ena samt socialtjänst och övrig hälso- och sjukvård å andra sidan varvid emellertid vissa anser att gällande sekretessbestämmelser ibland lägger hinder i vägen. På sina håll – t.ex. i Göteborg, Uppsala, Malmö, Växjö och Huddinge – förekommer kontinuerlig utbildning av personalen vid mödravårdscentralerna i syfte att så tidigt som möjligt fånga upp den aktuella riskgruppen.

Att märka är att ett och samma barn kunde förekomma under flera frågesvar.

10.1.3 Några slutsatser

Som framgår av den föregående redogörelsen har antalet barn som föds årligen i Sverige med fullständigt eller partiellt FAS tidigare uppskattats till mellan 100 och 400 barn. Uppskattningen bygger på den undersökning som gjordes i Göteborg i mitten av 1970-talet.

Den undersökning som vi utfört har med hänsyn till den korta tid som stått till buds inte varit vetenskapligt upplagd. Eftersom uppgifter om FAS-barn av integritetsskäl nästan aldrig registreras under sin rätta beteckning och över huvud taget saknar diagnosnummer är det omöjligt att retrospektivt – via t.ex. en genomgång av sjukhusjournaler – få fram exakta uppgifter. En vetenskapligt upplagd undersökning hade krävt en prospektiv studie av FAS-barn, dvs. en studie av barn som föds under en kommande tidsperiod. En sådan studie har vi alltså inte ansett oss ha tid att utföra. Vi anser det dock angeläget att en prospektiv undersökning kommer till stånd.

Avsikten med vår undersökning har varit att få en ungefärlig bild av det aktuella läget när det gäller skador hos barn till följd av moderns missbruk under graviditeten. Med dessa siffror som underlag anser vi oss ha bättre möjligheter att bedöma behovet av samhällseliga åtgärder för att undvika sådana skador hos barn.

Eftersom undersökningen bygger på personlig kännedom hos sjukhuspersonalen vid de olika barnklinikerna är vi medvetna om att de siffror vi fått fram sannolikt inrymmer ett inte oväsentligt mörkertal. Det rör sig om dels barn för vilka diagnosen varit tveksam och dels barn som helt enkelt "glömts bort" av dem vi frågat.

Resultatet av vår undersökning tyder på att antalet alkoholskadede barn minskat betydligt under senare år. Enligt uppgifter vi fått

överensstämmer denna tendens med förhållandena i t.ex. USA och Frankrike på senare år. I Göteborgsundersökningen utgick man från att ungefär 2 promille av alla födda barn kunde ha fetalt alkoholsyndrom (fullständigt eller partiellt). Vår undersökning tyder på att denna siffra på fem år minskat till 0,5 promille, dvs till en fjärdedel. Denna siffra gäller också om man bara granskar siffrorna från Göteborg. En fråga som omedelbart inställer sig när man jämför tidigare och nya siffror är vad orsaken till det minskade antalet alkoholskadade barn kan vara. Enligt vår uppfattning finns det flera tänkbara förklaringar.

Det var först under 1970-talet som man på allvar blev medveten om sambandet mellan moderns användning av alkohol under graviditeten och skador på fostret. I och med publiceringen i slutet av 1970-talet av undersökningar som visade detta samband började en ny medvetenhet uppkomma dels hos gravida kvinnor och dels hos personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst om vådan av alkoholmissbruk under graviditet. De projekt som igångsattes i början av 1980-talet² för att förmå kvinnor att avstå från alkohol under graviditeten bidrog sannolikt också till en attitydförändring. Projekten öppnade också nya möjligheter att hjälpa missbrukande kvinnor till avhållsamhet under graviditeten. Såväl i TV och radio som i övriga massmedier har saken uppmärksammats på senare år. Systembolagets kampanj "Se nyktert på saken, flickor" samt information i skolorna har säkert också bidragit till att kvinnor i dag är återhållsamma med alkohol under graviditet.

En bidragande orsak till det minskande antalet alkoholskadade barn skulle vidare kunna vara att kvinnor som missbrukat innan de fått klart för sig att de varit gravida i ökande utsträckning väljer att göra abort.

När det gäller narkotika finns inga tidigare siffror att jämföra med. Av vår undersökning framgår att det är ett fåtal barn som föds med skador till följd av sådant missbruk (cirka 0,2 promille av alla födda barn). Huruvida antalet sådana barn ökat eller minskat under senare år går inte att få fram.

Enligt vår undersökning skulle de flesta barn som skadats av moderns missbruk trots allt befinna sig i föräldrahemmet. Eftersom barnklinikerna endast haft kunskap om en mindre del av de skadade barnen (39 av 118) går det dock inte att dra en sådan slutsats. Några barn är placerade i familjehem eller adoptivhem. Däremot finns enligt undersökningen inte något barn på institution. Dessa uppgifter kan tyckas överraskande med hänsyn till de skador barnen bär på (särskilt de med fullständigt FAS) och en missbrukarfamiljs allmänt

² Se ovan kap. 9.

sett bristande resurser när det gäller att ta hand om framför allt barn med särskilda behov.

Vår undersökning ger vid handen att uppspårningen av gravida kvinnor i riskzonen i första hand sker genom mödravårdscentralernas försorg. En brist i sammanhanget kan vara att gällande sekretessbestämmelser lägger hinder i vägen för ett samarbete såväl mellan olika verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården som mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Enligt vår undersökning förefaller det relativt väl sörjt i landet för en uppföljning av de skadade barnen och deras familjer åtminstone under förskoleåldern. Ibland upptäckts emellertid inte att barnet har skador förrän det börjat skolan. Sedan barnen uppnått skolåldern är sannolikt de pedagogiska metoderna att följa upp barnen sämre.

10.2 Förfrågan till länsrätterna

I syfte att få en uppfattning om lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) i något hänseende tillämpas för att skydda det väntade barnet gick vi ut med en förfrågan till samtliga länsrätter i landet. Vi frågade om det vid länsrätterna – vid en bedömning av om vårdbehov föreligger enligt LVM – förekommit fall där hänsyn tagits till att kvinnan är gravid och risker föreligger för det väntade barnet.

Av svaren framgick följande.

Fyra länsrätter³ har vardera haft ett fall och en länsrätt⁴ två fall där kvinnan i fråga var gravid vid ansökan om LVM.

Endast i två fall tycks länsrätten vid sin bedömning av vårdbehov tagit särskild hänsyn till att kvinnan var gravid. I det ena fallet⁵ uttrycker länsrätten i domskälen att kvinnan, som vid tillfället var i sjunde månaden, ”främst genom havandeskapet får anses utsätta sin hälsa för allvarlig fara om hon inte genast upphör med bruket av alkohol”. Även i detta fall tycks emellertid kvinnans eget vårdbehov ha varit avgörande för domstolens ställningstagande.

I det andra fallet⁶ anför länsrätten i domskälen att kvinnan ”med hänsyn till omfattningen av missbruket utsätter inte bara sin egen utan även sitt väntade barns fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara”. Grunden för vård enligt LVM var alltså i detta fall inte bara kvinnans situation utan hänsyn togs även till det väntade barnet.

Övriga länsrätter angav att de – sedan LVM trädde i kraft den 1 januari 1982 – inte haft något sådant fall som efterfrågades.

³ Länsrätterna i Kopparbergs län, Uppsala län, Jämtlands län och Norrbottens län.

⁴ Jönköpings län.

⁵ Länsrätten i Kopparbergs län, dom den 26 januari 1983 i mål Ö 20-83.

⁶ Länsrätten i Norrbottens län, dom den 27 juni 1986 i mål Ö 146-86.

10.3 Förfrågan till landstingskommunerna

FA-projektet hade – som tidigare angetts⁷ – som övergripande mål att minska bruk och missbruk av alkohol och andra droger bland blivande och nyblivna föräldrar. I syfte att få reda på om de erfarenheter som erhöles under FA-projektet lett till något handlingsprogram eller andra åtgärder från landstingens sida gick vi ut med en förfrågan till landets samtliga landsting.

I det följande ges en kort sammanfattning av de aktiviteter som bedrivs inom landstingen i fråga om droger och graviditet. En mera utförlig redogörelse för enkätsvaren lämnas i *bilaga 3*.

Av enkätsvaren framgår att FA-projektet fört med sig att frågor om alkohol och andra droger i samband med graviditet integrerats som en del i utbildning och handledning av personal inom bl.a. mödrahälsovården och socialtjänsten. Vidare har ämnet blivit ett naturligt inslag i den föräldrautbildning som bedrivs i landstingskommunernas regi.

Det förefaller som om FA-projektet i de flesta landstingskommunerna inte lett till att några nya projekt påbörjats i ämnet. Däremot tycks ämnet numera ha införlivats i befintliga projekt som rör bruk och missbruk av alkohol och andra droger.

FA-projektet synes ha lett till en större förståelse och bättre samverkan mellan personal inom framför allt mödrahälsovården och socialtjänsten.

På vissa håll har särskilda handlingsprogram utarbetats för stöd- och informationsinsatser i drogfrågan inom mödra- och barnhälsovården för att förebygga hälsoproblem hos barn.

I Västmanlands läns landsting pågår två samarbetsprojekt i samverkan med länskolnämnden. Det går ut på att stimulera samtlig skolpersonal att arbeta tillsammans med eleverna med hälsofrågor.

⁷ Se 9.1.

11 Behandlingsmöjligheter för gravida missbrukare

I Sverige finns i princip ingen speciell behandling för gravida kvinnor med missbruksproblem. Den vård som ges dessa kvinnor är integrerad i den allmänna vård som ges missbrukande kvinnor. Inom behandlingsprogrammet för gravida missbrukare vid Huddinge sjukhus finns emellertid sedan år 1984 på försök tillgång till ett mödrahem¹ som tar emot gravida missbrukande kvinnor.

De behandlingshem som tar emot kvinnliga missbrukare är indelade i fyra kategorier enligt följande.²

a) Det finns i landet sju behandlingshem³ som tar emot endast kvinnliga missbrukare. De tar alltså inte alls emot män. I ett av hemmen finns dock fyra platser för barn till intagna.

b) Det finns behandlingshem⁴ som också tar emot barn till de intagna. Dessa hem tar alltså emot både ensamma missbrukare och missbrukare med barn samt såväl kvinnor som män.

c) Den tredje kategorien utgörs av barnhemmen som tar emot såväl barn som deras föräldrar.⁵

Det är alltså endast de två första kategorierna av hem (sammanlagt 15 hem) som kan ta emot och behandla tidigare barnlösa gravida kvinnor med missbruksproblem. Hemmen har sammanlagt 185 platser.

¹ Moringen.

² Uppgifterna är från oktober 1986.

³ Åbohus, Brättegården, Hemvik, Igelvikens mödrakollektiv, LP-stiftelsens hem för kvinnor, Frälsningsarméns mödrahem och Almestrand's behandlingshem.

⁴ Kungsörstorp, Lida Nya Skebäcksgården, Talleröd, Vallmotorp, Vennarn, Västbo och Moringen.

⁵ Sammanlagt 61 hem.

12 Aktuella lagbestämmelser m.m.

12.1 Inledning

Det ämnesområde som detta betänkande behandlar berör i första hand lagstiftningen inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och sekretessområdet. I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för de aktuella lagbestämmelserna inom dessa områden.

12.2 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens uppgift är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Många missbrukare får vård inom hälso- och sjukvården. Sjukvård – vare sig den lämnas i öppen eller sluten form – bereds enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Varje landstingskommun är skyldig att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. All vård förutsätter medgivande från patienten eller, i fråga om barn, från deras vårdnadshavare.

Den som lider av psykisk sjukdom kan under vissa förutsättningar beredas vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Intagning kan i dessa fall ske oberoende av patientens eget samtycke.

För tillämpning av LSPV krävs allmänt att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till den psykiska sjukdomens art och grad. Därutöver måste en eller flera specialindikationer vara för handen. Enligt den medicinska indikationen skall den enskilde dels till följd av sjukdomen uppenbarligen sakna sjukdomsinsikt eller till följd av beroende av narkotiska medel uppenbarligen vara ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård, dels kunna få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir. Farlighetsindikationen innebär att den enskilde till följd av sjukdomen är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv. Utöver de nämnda indikationerna finns ytterligare tre specialindikationer (1 § LSPV).

Alkoholism, alkoholpsykos och narkomani är sådana psykiska

sjukdomstillstånd som, när övriga förutsättningar föreligger, kan läggas till grund för intagning enligt LSPV. Sådan intagning kan emellertid inte ske på grund av ett missbruk som ännu inte lett till en psykisk sjukdom i egentlig mening.

LSPV utgår alltså – liksom lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) – från den enskildes *egen* situation och eget vårdbehov. Någon möjlighet att bara ta hänsyn till ett eventuellt vårdbehov hos fostret till en gravid missbrukande kvinna finns i princip inte. Inte heller kan ett skydd för det väntade barnet läsas in i farlighetsindikationen som tar sikte på helt andra situationer.

Vård utan samtycke kan slutligen också i vissa fall beslutas med stöd av smittskyddslagen (1968:231) om någon lider av en allmänfarlig sjukdom.

12.3 Socialtjänsten

Den grundläggande lagen på socialtjänstområdet är *socialtjänstlagen* (1980:620, SoL) som trädde i kraft den 1 januari 1982.

Enligt 3 § SoL har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

I 6 § stadgas att den enskilde har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Bestämmelsen innebär bl.a. att kommunen har det yttersta ansvaret för vård- och behandlingsinsatser för en missbrukande gravid kvinna.

Socialnämnden har ett särskilt ansvar både för insatser i syfte att förebygga missbruk och för insatser för den som till följd av missbruk har behov av särskilda åtgärder till stöd och hjälp. Enligt 11 § SoL skall socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom är därvid särskilt viktiga. Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda samt genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningarna av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Nämnden skall också stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp och vård som behövs för att komma ifrån missbruket.

När det gäller barn och ungdom har socialtjänsten ett särskilt ansvar. Socialnämnden har enligt 12 § SoL huvudansvaret för att barn och ungdom i kommunen får goda uppväxtförhållanden och möjligheter till en positiv utveckling. Socialtjänsten skall för detta ändamål vidta såväl allmänt förebyggande åtgärder som individuellt inriktade stöd- och hjälpåtgärder.

Enligt 22 § SoL skall socialnämnden sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i familjehem eller ett hem för vård eller boende. Med hem för vård eller boende avses i första hand institution inom socialtjänsten som tar emot klienter för dygnsvård och som drivs av landstingskommun eller kommun. Under begreppet hem för vård eller boende faller t.ex. de allmänna vårdanstalterna för alkoholmissbrukare samt andra behandlingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare.

71 § SoL handlar om anmälan om misshandel m.m. mot underåriga. Var och en som får kännedom om att en underårig misshandlas i hemmet eller annars behandlas där på ett sådant sätt att det är fara för hans hälsa eller utveckling bör anmäla detta till socialnämnden. Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt de som är anställda hos sådana myndigheter är skyldiga att genast till socialnämnden anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd. Detta gäller även läkare, sjuksköterskor och barnmorskor som inte har sådan anställning. De ifrågakvarande myndigheterna och befattningshavarna är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av en underårigs behov av skydd. Anmälningsplikt gäller även för dem som är verksamma inom kommunal familjerådgivning om de i sin verksamhet får kännedom om att en minderårig misshandlas i hemmet. Det bör framhållas att 71 § endast gäller födda barn. Foster behandlas som en del av kvinnans kropp.

SoL:s utgångspunkt är att alla åtgärder skall vidtas i samråd med klienten och att inga beslut skall komma till stånd mot klientens vilja. Det har dock inte ansetts möjligt att undantagslöst upprätthålla denna princip. Nödvändig hjälp och vård enligt socialtjänsten måste kunna ges till särskilt utsatta grupper av barn och ungdomar samt vuxna missbrukare även om den enskilde motsätter sig det.

Med stöd av LVU kan länsrätten besluta om vård när behövlig vård inte kan komma till stånd med samtycke från de berörda, dvs. från den unges vårdnadshavare och även från honom själv om han fyllt 15 år. För beslut om vård enligt LVU krävs därutöver att brister i omsorgen om den unge eller något annat förhållande i hemmet medför fara för hans hälsa eller utveckling eller att den unge själv utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig fara genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat därmed jämförligt beteende. Dessa regler innebär att en gravid missbrukande kvinna som är under 20 år i många fall kan beredas vård med stöd av LVU om behövlig vård inte kan komma till stånd på annat sätt. Detta förutsätter dock att hennes missbruk är så kvalificerat att hon utsätter sin *egen* hälsa eller utveckling för allvarlig fara. Bestämmelsen är alltså inte tillämplig på fall när kvinnan genom

missbruk inte utsätter sin egen men väl det väntade barnets hälsa eller utveckling för allvarlig fara.

Även enligt LVM finns möjlighet till vård mot den enskildes vilja under två eller efter förlängning högst fyra månader i situationer där det krävs för att avvärja ett omedelbart hot mot liv eller hälsa. Enligt LVM kan länsrätten i vissa fall (2 och 3 §§) besluta om vård oberoende av den enskildes samtycke, nämligen i fall när någon till följd av missbruk av alkohol eller narkotika är i trängande behov av vård och andra insatser är otillräckliga för att tillgodose hans vårdbehov. En ytterligare förutsättning är att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig skada eller kan befaras komma att skada sig själv eller någon närstående. Med uttrycket närstående avses annan person men däremot inte foster. Även LVM är alltså bara tillämplig för att tillgodose missbrukarens *eget* vårdbehov. Det väntade barnets behov av skydd eller vård kan alltså tillgodoses genom LVM bara i den utsträckning detta behov sammanfaller med att modern själv behöver vård. Av intresse i sammanhanget är socialutskottets tidigare nämnda uttalande att det ofta måste anses föreligga en fara för att kvinnans egen psykiska hälsa kan skadas om hon genom att inte kunna hejda sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador.¹

12.4 Sekretessen

Bestämmelser om sekretess inom hälso- och sjukvården samt inom socialtjänsten finns i 7 kap. sekretesslagen (1980:100, SekrL).

Sekretess gäller enligt 7 kap. 1 § SekrL i princip inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. På samma sätt gäller sekretess i princip inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden (7 kap. 4 § samma lag).

Sekretess gäller både gentemot enskilda och myndigheter emellan (1 kap. 2 och 3 §§ SekrL). Bestämmelserna i SekrL är också tillämpliga mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet under förutsättning att dessa är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra.

Sekretessen utgör inte hinder mot att uppgift lämnas ut om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten eller verksamhetsgrenen inom denna skall kunna fullgöra sin verksamhet (1 kap. 5 § SekrL). Bestämmelsen är tillämplig endast då det gäller den egna

¹ Se 2.1.3 (SoU 1981/82:22 s. 16 f).

verksamheten. Den kan alltså inte åberopas för att hjälpa annan myndighet att fullgöra sin verksamhet.

Bestämmelser om skyldighet för myndigheter att lämna varandra uppgifter finns också i SekrL. I 15 kap. 5 § föreskrivs att myndighet på begäran skall lämna uppgift som den förfogar över i den mån hinder inte möter på grund av bestämmelser om sekretess eller med hänsyn till arbetets behöriga gång. Denna uppgift gäller inte bara innehållet i allmänna handlingar utan även andra uppgifter som myndigheten förfogar över. Bestämmelserna om skyldighet att lämna ut uppgift till annan myndighet gäller såväl statliga som kommunala myndigheter.

Bestämmelser om utlämnande av allmänna handlingar finns också i tryckfrihetsförordningen.

Förutom undantag från sekretessen för att utlämnande myndighet skall kunna fullgöra sin egen verksamhet (se 1 kap. 5 § ovan) finns i 14 kap. SekrL undantag från sekretess för att annan myndighet skall kunna fullgöra sin verksamhet. Enligt 14 kap. 1 § SekrL bryts sekretessen när skyldighet att lämna ut en uppgift följer av lag eller förordning.

I 14 kap. 2 § anges vissa fall när sekretess inte hindrar att uppgift lämnas ut till myndighet. Dessa fall har ingen större betydelse i förevarande sammanhang.

I 14 kap. 3 § – den s.k. generalklausulen – har gjorts ett mycket vittgående undantag från sekretessen myndigheter emellan. Där sägs att myndighet får lämna ut sekretessbelagd uppgift till annan myndighet om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen skall skydda. Generalklausulen är emellertid inte tillämplig inom hälso- och sjukvården och inte heller inom socialtjänsten.

När sekretess är föreskriven för den enskildes skull skall den som regel inte gälla mot honom själv och den kan även efterges helt eller delvis av honom själv (14 kap. 4 § SekrL).

Ett undantag från sekretessen finns också, som tidigare nämnts, i 71 § SoL. Enligt paragrafens andra stycke är myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt de som är anställda hos sådana myndigheter skyldiga att genast till socialnämnden anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd. Detta gäller även läkare, lärare, sjuksköterskor och barnmorskor som inte har sådan anställning. Anmälningsplikt gäller även för dem som är verksamma inom kommunal familjerådgivning, om de i sin verksamhet får kännedom om att en underårig misshandlas i hemmet. Myndigheter och befattningshavare som anges ovan är också skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av en underårigs behov av skydd. Bestäm-

melsen är dock inte tillämplig på ofödda barn.

En liknande bestämmelse om skyldighet för myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare att göra anmälan till länsstyrelse finns i 30 § LVM.

12.5 Handläggningen av ett ärende enligt LVM, LVU eller LSPV

Om någon allvarligt missbrukar alkohol eller narkotika finns – som tidigare angetts – möjlighet att ansöka om LVM-vård. Det är länsstyrelsen som ansöker hos länsrätten om vård och länsrätten som alltså beslutar om beredande av vård.

Ofta kommer initiativet till en ansökan om LVM-vård från annan myndighet än länsstyrelsen. Som tidigare nämnts är myndigheter och läkare, som i sin verksamhet kommer i kontakt med missbrukare, skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Det kan t.ex. vara en socialnämnd, en psykiatrisk klinik eller en övervakningsnämnd som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som behöver vård och anmäler detta till länsstyrelsen.

Det är länsstyrelsen som skall utreda om det finns skäl att bereda någon LVM-vård. Vanligtvis är det socialnämnden som tillhandahåller underlaget för en sådan utredning. Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är anmälningskyldiga till länsstyrelsen (30 § LVM).

När det gäller LVU-vård är det socialnämnden som gör både utredningen och ansökan hos länsrätten. Beslutande organ är alltså även i dessa fall länsrätten. Som tidigare omtalats föreligger en anmälningsplikt till socialnämnden för myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt de som är anställda hos sådana myndigheter om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd (71 § SoL).

Intagning på sjukhus med stöd av LSPV grundas antingen på ett vårdintyg och beslut av läkare på sjukhuset eller på domstols förordnande. Vårdintyg utfärdas i princip av legitimerad läkare. Om en person begått en brottslig gärning kan domstolen förordna att han skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård enligt LSPV. Någon anmälningsplikt motsvarande 30 § LVM eller 71 § SoL finns inte i LSPV.

13 Utredningens överväganden och förslag

13.1 Utredningens utgångspunkter

Våra lagar och förordningar handlar med vissa undantag om människorna från det ögonblick då de är födda.¹ Före födelsen räknas fostret som en del av moderns kropp. Bestämmelser i föräldrabalken och barnavårdande lagstiftning har då ännu inte någon aktualitet.

Genom den snabba utvecklingen på det medicinska området med alltmer förfinade metoder att följa fostrets hälsa och utveckling under havandeskapet och att i vissa fall bota eller lindra sjukdomstillstånd och rubbningar redan på fosterstadiet samt den ökade kunskapen om sambandet mellan drogmisbruk och fosterskador har på senare år ifrågasatts om den gällande rättsliga synen på den ofödde fortfarande är hållbar.

Det är enligt vår uppfattning uppenbart att man inte längre kan betrakta modern och det blivande barnet som en enda individ. I synnerhet är det omöjligt att se fostret som en del av kvinnans kropp när man diskuterar fosterskador. Eftersom fostret är ett människoliv i utveckling kan fosterskador ge bestående men för den individ som senare föds. Ett skydd för fostret är därför ett skydd för denna individ.

Det sagda leder till att vi måste utgå från att modern och barnet är två individer som båda är skyddsvärda. Deras intressen kan sammanfalla men också råka i konflikt. Problemen ter sig därvid helt olika vid t.ex. inseminationer å ena sidan samt fosterdiagnostik och abort å andra sidan.

Vi har tidigare i fråga om insemination och befruktning utanför kroppen haft som utgångspunkt att sådana verksamheter bör tillåtas bara i den mån de kan förenas med vad som är till det blivande barnets bästa.² Vår principiella syn om hänsynen till det blivande barnets bästa som det primära gäller även i de hänseenden som vi beskriver i detta betänkande. Man kan dock utgå från att den gravida

¹ Se 2.2.

² SOU 1983:42 och 1985:5.

kvinnan som regel vill och kan anpassa sitt levnadssätt till vad som krävs med tanke på att hon väntar barn.

Som framgår av den tidigare redogörelsen kan man emellertid inte bortse från att det finns kvinnor som använder alkohol eller andra droger på sådant sätt att det väntade barnet riskerar att ta skada. Kvinnan kan också av olika skäl vägra att gå med på en för det väntade barnet nödvändig behandling. Enligt vår uppfattning får man i sådana konfliktsituationer göra en avvägning mellan kvinnans egen uppfattning och förmåga och det skydd som bör tillkomma det väntade barnet.

Hittills har framför allt fyra problemområden varit föremål för diskussion i detta hänseende.³ Det har gällt det väntade barnets skydd mot risker som är förknippade med moderns bruk av alkohol och narkotika under graviditeten. Det har vidare gällt skyddet mot risker i kvinnans arbetsmiljö. Det har också varit fråga om behandling som krävs på grund av sjukdomstillstånd och rubbningar som diagnostiserats på fosterstadiet. Slutligen har diskussionen gällt frågan om åtgärder bör vidtas till förhindrande av att fosterdiagnostiken utnyttjas till att välja ut "lämpliga" foster.

När det gäller de tre förstnämnda problemområdena har riksdagen i huvudsak intagit den ståndpunkten att några intressekonflikter mellan kvinnan och det blivande barnet inte föreligger och att några särskilda lagbestämmelser till skydd för fostret därför i princip inte är behövliga. Utredningen har fått i uppdrag att utreda undantagssituationer när kvinnan förbiser eller inte inser riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på visst sätt. Dock skall utredningen inte ta upp frågor rörande arbetsmiljöområdet. Vidare har utredningen fått i uppdrag att utreda fosterdiagnostikens problem.

Vi behandlar i detta betänkande frågor om vilka åtgärder som är lämpliga för att förmå den gravida kvinnan att i sin livsföring och i övrigt ta erforderlig hänsyn till det väntade barnet. Frågor som rör fosterdiagnostik kommer att tas upp i ett senare sammanhang.

13.2 Allmänna överväganden

Utredningen har alltså enligt direktiven i uppdrag att göra en kartläggning av de fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på ett visst sätt. Utredningen bör därvid enligt direktiven analysera de problem som är förknippade med en lagstiftning till skydd för fostrets

³ Se 2.1.3.

intressen i sådana fall. Även den blivande faderns roll bör uppmärksammas i sammanhanget.

Vi har i 2.3 närmare angett hur vi uppfattar uppdraget och därvid bl.a. slagit fast att i uppdraget enligt vår uppfattning ingår att göra en kartläggning och analys av de undantagssituationer det kan vara fråga om då den gravida kvinnan av någon anledning handlar eller underlåter att handla med påföljd att hon utsätter det väntade barnets hälsa för risker.

Vid den kartläggning av problemområdet som vi gjort har vi i första hand inriktat oss på fall då den gravida kvinnan till följd av alkohol- eller narkotikamissbruk kan tänkas förbise eller inte inse följderna för det väntade barnet av sitt handlande. Vi har även nämnt den situation då kvinnan väl inser följderna av missbruket men ändå inte kan upphöra med det. I övrigt har vi tagit upp en del andra situationer (missbruk av läkemedel, rökning, utvecklingsstörning eller psykisk sjukdom hos gravid kvinna samt kroppslig sjukdom hos kvinnan eller fostret) där behov av ett särskilt skydd för det väntade barnet kan göra sig gällande.

Den undersökning som vi utfört av barn med skador till följd av moderns missbruk av alkohol eller narkotika under graviditeten samt de muntliga uppgifter vi erhållit från expertis på området tyder på att åtminstone antalet alkoholskadade barn sjunkit högst avseende på senare år. Dessa siffror stämmer väl överens med undersökningar som gjorts i USA och Frankrike.

Däremot tycks i stället antalet barn som skadats till följd av att modern missbrukar psykofarmaka ha ökat. Det är dock möjligt att ökningen beror på att barnläkarna på senare år börjat uppmärksamma problemet mer.

Enligt vår uppfattning har – som vi närmare utvecklat i 10.1.3 – den informationskampanj som förekommit i massmedierna och inte minst i skolorna sedan början av 1980- talet sannolikt varit en i hög grad bidragande orsak till minskningen. Genom informationen har en ny medvetenhet uppkommit hos gravida kvinnor och personal som arbetar med gravida kvinnor inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten om riskerna för det väntade barnet av missbruk under graviditeten.

Utgångspunkten för våra fortsatta resonemang är att ingen kvinna avsiktligt utsätter det väntade barnet för skaderisker. De kvinnor som missbrukar alkohol, narkotika eller andra fosterskadande droger – trots vetskapen om att de är gravida och om riskerna för det väntade barnet – får i allmänhet antas befinna sig i något som närmast kan betecknas som en tvångssituation. I övriga fall när en kvinna missbrukar alkohol eller andra droger under graviditeten torde det vara fråga om att hon saknar insikt om riskerna för det väntade barnet av sitt handlande.

Även när det gäller kvinnor som i andra fall har en livsföring som utsätter det blivande barnet för hälsorisker torde det vara fråga om att hon inte inser att hon utsätter det väntade barnet för risker.

När en gravid kvinna har en fosterskadande sjukdom och vägrar underkasta sig nödvändig behandling för att bota eller lindra sjukdomen kan detta bero på att kvinnan har en s.k. fatalistisk inställning. Detsamma torde gälla om hon inte söker vård för en sjukdom hos fostret som går att lindra eller bota. Detta är ett problemområde av en helt annan karaktär än när det gäller missbrukande, psykiskt sjuka eller utvecklingsstörda kvinnor. I detta fall handlar det inte om kvinnor som saknar förmåga att ta vård om sig själva utan om kvinnor som utifrån en speciell livssyn eller speciella värderingar gjort ett ställningstagande. Det är problemställningar som logiskt mer hör hemma inom den del av utredningsuppdraget som berör fosterdiagnostiken. Vi har därför valt att i detta sammanhang inte vidare behandla den frågan.

Det är mot bakgrund av dessa slutsatser som våra fortsatta överväganden och förslag till åtgärder får ses.

13.3 Kunskapsläge i fråga om missbruk m.m. under graviditet

13.3.1 Inledning

Under senare år har forskningen i fråga om missbruk under graviditet blivit allt intensivare världen över och allt fler forskningsresultat har redovisats. Dessa resultat är delvis motstridiga och det kan vara svårt att få ett grepp om vad som kan anses belagt och inte belagt i fråga om riskerna för fostret av missbruk under graviditeten. Vissa forskningsresultat råder emellertid ganska stor enighet om. Vi gör i det följande ett försök att sammanfatta vad man i dag vet om missbruk av alkohol och andra droger samt rökning under graviditeten.

13.3.2 Missbruk av alkohol under graviditet

I dag föreligger enighet om följande

- om kvinnan dricker stora mängder alkohol under större delen av graviditeten uppstår risk för allvarlig fosterskada (FAS)
- om det finns en tröskeffekt och var den i så fall ligger där ett alkoholbruk under graviditeten inte är skadligt för fostret vet man inte. Inte heller vet man effekten på fostret av ett enda rus

- fostret löper risk att skadas innan den gravida kvinnan själv uppvisar kroppsliga alkoholskador
- avbrytande av missbruk under graviditet är alltid gynnsamt för fostrets utveckling och tillväxt. Det är gynnsammare ju tidigare kvinnan slutar att dricka alkohol
- tiden kring och 2-3 veckor efter befruktningen är sannolikt skyddad mot uppkomst av skador på embryot
- rena missbildningar i hjärna och hjärta m.m. kan uppkomma före 12:e graviditetsveckan. Risker för missbildningar ökar sannolikt ju mer alkoholskadad kvinnan är. Missbildningar utgör dock ett mindre problem i det fetala alkoholsyndromet. Allvarigare är de störningar i centrala nervsystemets funktion som kan uppkomma efter 10:e graviditetsveckan
- fosterskador som uppkommit på grund av alkoholmissbruk visar sig inte alltid under barnets första levnadsmånad utan kan avläsas i beteendevikelser och tillväxthämning senare under uppväxten.

13.3.3 Missbruk av narkotika under graviditet

I fråga om missbruk under graviditet av heroin och amfetamin föreligger i dag enighet om följande

a) beträffande *heroinmissbruk*

- allt bruk av heroin klassificeras som missbruk
- det är vanligt att kvinnan missbrukar även andra droger om hon är heroinist
- heroinistens totala situation är mycket dålig och den inverkar också negativt på graviditeten
- komplikationer under graviditeten ökar ytterligare om kvinnan inte får tillräcklig hjälp och stöd
- risken för leverfunktionsstörningar ökar hos den blivande modern
- vid injektionsmissbruk föreligger risk för HIV-smitta genom användning av förorenade kanyler
- ingen ökad missbildningsfrekvens föreligger hos barn till heroinmissbrukande kvinnor
- däremot föreligger det en ökad frekvens av barn som föds med reducerad vikt och längd
- barn till heroinmissbrukande kvinnor föds ofta med abstinenssymptom som vanligen kräver vård på neonatalavdelning

- det föreligger en ökning av beteendeavvikelser hos dessa barn, framför allt i form av hyperaktivitet och störningar i förmågan att lära in och varsebli. Barnen uppvisar dessa symptom oavsett hemmiljö
- om kvinnan får metadonbehandling under graviditeten uppvisar barnet ungefär motsvarande symptombild som om kvinnan missbrukat heroin

b) beträffande *amfetaminmissbruk*

- allt icke medicinskt bruk av amfetamin klassificeras som missbruk
- det är vanligt att kvinnan missbrukar även andra droger om hon använder amfetamin
- amfetaminmissbrukarens totala livssituation är ofta mycket dålig och den inverkar negativt på graviditeten
- det föreligger en ökad frekvens av för tidigt födda barn och dödlighet hos barn i samband med förlossningen
- barn till amfetaminmissbrukande mödrar är påtagligt slöa under den närmaste tiden efter födelsen
- vid injektionsmissbruk föreligger risk för HIV-smitta genom förorenade kanyler.

När det gäller missbruk av *kokain* och *cannabis* finns det ännu alltför få studier för att några säkra slutsatser skall kunna dras i detta sammanhang.

13.3.4 Missbruk av läkemedel under graviditet

Forskningen i fråga om läkemedels påverkan på fostret är tämligen ny. Trots detta har vi en relativt god uppfattning om de risker behandling med många etablerade läkemedel innebär. Det är välkänt att vissa läkemedel, t.ex. antiepileptiska medel, vissa antibiotika och antikoagulationsmedel ger en ökad risk för skador på fostret. När det gäller nya läkemedel är våra möjligheter att förutse deras fosterskadande effekt begränsade.

En grupp av läkemedel där oklarhet råder är psykofarmaka. Skador på foster som resultat av ett bruk, men framför allt ett missbruk av denna typ av läkemedel, har rapporterats även om ett orsakssamband mellan medicineringen och skadorna är svårt att bevisa. Senare tids forskning talar för att de s.k. bensodiazepinerna kan ge upphov till fosterskador av ungefär samma typ som vid alkoholmissbruk. Ytterligare forskning behövs innan man kan dra

slutsatser i fråga om läkemedels fosterskadande effekt. Samtidigt missbruk av alkohol och psykofarmaka är vanligt förekommande.

13.3.5 Rökning

Forskningen i fråga om rökning har resulterat att man i dag kan dra följande slutsatser i fråga om rökningens inverkan på fostret

- om kvinnan röker mycket under graviditeten ökar risken för att hon föder ett underviktigt barn. För ett underviktigt barn finns en viss ökad risk för dödsfall eller hjärnskador i samband med förlossningen
- vissa undersökningar talar även för att ett barn, vars moder rökt mycket under graviditeten, löper risk att påverkas negativt i såväl sin fysiska som mentala hälsa
- forskningsresultat talar för att fostret löper risk att födas underviktigt om kvinnan under graviditeten utsätts för passiv rökning till exempel från barnets fader.

13.4 Information till allmänheten

13.4.1 Allmänt

Man kan alltså – som tidigare nämnts – utgå från att varje gravid kvinna önskar föda ett barn som är friskt. Graviditeten torde därför vara en mycket gynnsam period när det gäller att få kvinnan motiverad att avstå från alkohol, narkotika och andra fosterskadande droger samt att iaktta en lämplig livsföring i övrigt. För det stora flertalet kvinnor som avser att skaffa sig barn eller som redan är gravida behövs oftast bara saklig information om riskerna för det väntade barnet med alkohol och andra droger för att kvinnan helt skall avstå från användning av sådana medel.

13.4.2 Alkohol- och narkotikamissbruk

Tiden kring och upp till 2–3 veckor efter befruktningen är sannolikt skyddad för utifrån kommande skador på embryot. De flesta av de skador på centrala nervsystemets funktion och tillväxt som ses efter alkoholmissbruk synes uppkomma efter 10:e graviditetsveckan. Vissa missbildningar på hjärta och hjärna kan dock uppkomma före denna tidpunkt. Sådana missbildningar ger dock mera sällan upphov till bestående invaliditet, om skadorna inte drabbar ögonen eller hjärnan. Risker för att svårare missbildningar skall uppkomma vid alkoholmissbruk under första trimestern (före 12:e graviditetsveckan) ökar sannolikt med graden av alkoholskada hos kvinnan själv och är även avhängig av hur länge kvinnan missbrukat. Främst i dessa fall

kan skador ha inträffat innan kvinnan varit medveten om att hon väntar barn.

Det sagda gör det angeläget att kvinnor och deras män redan innan de skaffar sig barn får information om risken för skador på fostret av användning av alkohol och andra droger under graviditeten. Det gäller både att sprida kunskap om detta och att skapa en attityd att avstå från alkohol och andra droger under graviditeten.

En viktig målgrupp i detta sammanhang är ungdomar som inom några år kan bli föräldrar. Information om faran med drogbruk under graviditet bör därför ges redan i de högre klasserna i grundskolan. SAMO föreslog i sin första rapport att länskolnämnderna skulle få sådana resurser att de s.k. ANT-kontaktpersonerna⁴ på halvtid kunde ägna sig åt arbetet med drogfrågor. Dessutom föreslogs att varje skola skulle utarbeta ett särskilt handlingsprogram för arbetet med drogfrågorna. Förslaget har i huvudsak genomförts.

I den nu gällande läroplanen för grundskolan (Lgr 80) tas frågor om alkohol, narkotika, läkemedel och tobak upp i kursplanerna för såväl låg-, mellan- som högstadiet. I läroplanen för gymnasieskolan (Lgy 70) finns inga motsvarande anvisningar. Sådana kan i stället förekomma i de s.k. läroplanssupplementen som utfärdas för varje ämne.

Det är enligt vår uppfattning angeläget att skolan – såväl på grundskole- som på gymnasienivå – i sin undervisning om droger m.m. särskilt tar upp riskerna för fostret vid användning av droger och tobak under graviditeten.

Det förefaller naturligt att landstingen medverkar i skolans undervisning om drogbruk.

Även skolhälsovården har en betydelsefull roll när det gäller att informera om risken för fosterskador vid drogmissbruk.

Det bör vara skolöverstyrelsens och landstingskommunernas uppgift att gemensamt utarbeta ett handlingsprogram i detta hänseende.

Massmediernas roll i sammanhanget får inte underskattas. Sedan sambandet mellan alkohol och fosterskador blev klarlagt i slutet av 1970-talet har problemet ägnats en hel del uppmärksamhet i radio, TV och dagspress. Denna information bör ha nått grupper som annars inte skulle ha fått kunskap om saken.

Systembolagets kampanj ”Se nyktert på saken, flickor” är ett annat sätt på vilket stora målgrupper sannolikt har nåtts.

Vi har tidigare (se 10.1.3) dragit slutsatsen att den uppmärksamhet, som alkoholmissbruk under graviditet fått i massmedierna, sannolikt bidragit till det minskade antalet alkoholskador hos foster

⁴ ANT = alkohol, narkotika och tobak.

på senare år. För denna slutsats talar även vad som framkommit i det s.k. FA-projektet nämligen att den allmänna opersonliga informationen om alkohol under graviditet som kvinnorna fått från massmedier ansågs viktigare än den som de fått personligen från barnmorskan.

Vi anser det viktigt att massmedierna och systembolaget fortsätter att sprida kunskap i ämnet.

När det gäller frågan om vilken attityd man bör ha till alkoholbruk över huvud taget under graviditeten har vi tidigare redovisat (se 4.2.2) att man inom forskningen inte kunnat konstatera någon tröskelnivå under vilken inga som helst skadeeffekter uppstår på fostret. Vissa studier tyder på att även lägre konsumtionsnivåer vid regelbundet intag kan ha ogynnsamma effekter på fosterutvecklingen. Hur enstaka rus påverkar fostret vet man inte. Det nu sagda talar för att man bör avråda en gravid kvinna helt från att använda alkohol under graviditeten. Samma slutsats kan man dra i fråga om missbruk av narkotika och överkonsumtion av psykofarmaka.

Den blivande faderns roll har i sammanhanget enligt vår mening betonats alltför litet. För en kvinna med missbruksproblem är det givetvis av största vikt – för att hon skall kunna avstå från droger eller minska sin konsumtion under graviditeten – att personer i hennes närmiljö är solidariska med och stöder henne. Missbrukar kvinnan droger är det vanligt att även mannen gör det. Det är alltså viktigt att informationen om skaderiskerna med alkohol och andra droger under graviditeten når ut till båda de blivande föräldrarna. Samma informationskanaler bör i huvudsak kunna användas för både kvinnan och mannen.

En betydelsefull roll när det gäller den allmänna informationen om drogbruk under graviditet har givetvis mödravårdscentralerna (MVC). Det är dit nästan alla kvinnor vänder sig när de får reda på att de är gravida.

Den allmänna föräldrautbildningen, som enligt ett riksdagsbeslut bedrivs i landstingens regi, är också en viktig kanal. Andra kanaler är preventivmedelsrådgivningarna samt – där sådana finns – de särskilda ungdomsmottagningarna.

Enligt vår mening är det socialstyrelsen som har huvudansvaret för att information om risken för fosterskador vid missbruk under graviditet når ut till berörda personkategorier. När det gäller den betydelsefulla informationen i skolorna är det dock – som ovan anförts – skolöverstyrelsen som har det övergripande ansvaret.

13.4.3 Läkemedel

Som nämnts i kapitel 5 finns det medicinska preparat som kan ha en skadebringande inverkan på fostret men som ändå måste användas

av kvinnor under graviditeten. Det får i dessa fall bli fråga om att läkarna informerar patienten om riskerna och tillsammans med patienten gör en avvägning mellan å ena sidan riskerna för kvinnan och det väntade barnet om hon inte använder läkemedel och å andra sidan riskerna för det väntade barnet om medlet används.

När vi talar om förebyggande av fosterskador är det emellertid i första hand överkonsumtion av psykofarmaka vi vill komma åt. I fråga om sådana läkemedel bör såväl läkarna som apoteken på lämpligt sätt informera patienten om att överkonsumtion under graviditeten kan leda till allvarliga fosterskador. Socialstyrelsen har det övergripande ansvaret för att sådan information ges.

13.4.4 Rökning

Den senaste forskningen har visat att även rökning under graviditeten kan ha en ogynnsam inverkan på fostret. Enligt vår uppfattning är de hittillsvarande forskningsresultaten av sådan art att de borde föranleda kvinnor att avstå från rökning under graviditeten. Allmän information om detta bör ges på samma sätt som i fråga om alkohol och andra droger. För detta bör socialstyrelsen tillsammans med Tobaksbolaget verka.

13.5 Särskilda insatser inom mödrahälsovården

13.5.1 Drogmissbruk

I stort sett alla blivande mödrar kommer i kontakt med MVC. Även kvinnor med uttalade missbruksproblem uppsöker MVC, som därför har en central roll när det gäller att förebygga eller lindra fosterskador till följd av missbruk.

De allra flesta missbruksskadorna anläggs – som tidigare nämnts – först efter 10–12:e graviditetsveckan. Kan man vid det första besöket på MVC förmå en missbrukande kvinna att under den fortsatta graviditeten avstå från alkohol och andra droger finns alltså goda möjligheter att hon föder ett friskt barn.

Slutsatsen i FA-projektet när det gäller MVC:s roll var bl.a. att förtroendet mellan barnmorskan och den blivande modern är viktigt, att barnmorskan bör vara personlig och engagerad i sitt förhållande till de blivande föräldrarna samt att det är mycket viktigt att kvinnan under graviditeten har samma barnmorska och läkare.

För att barnmorskan på MVC skall kunna hjälpa och stödja en kvinna med missbruksproblem krävs att hon får särskild utbildning i att uppmärksamma och arbeta med sådana problem. Hon måste också kunna hantera den situation som uppstår när mödrahälsovården inte kan ge kvinnan den behandling som behövs.

Som framkommit av den förfrågan som vi skickat ut till landstingskommunerna har drogbruk under graviditet fått en alltmer central roll i landstingens arbete med drogfrågor.

Vi anser att det är viktigt att landstingskommunerna fortsätter att kartlägga och tillgodose behovet av utbildnings- och handledningsinsatser inom mödrahälsovården när det gäller missbruk under graviditet. Det är också betydelsefullt att man inom mödrahälsovården fortsätter arbetet på att utveckla metodiken för att uppmärksamma och hjälpa gravida missbrukande kvinnor samt framför allt ser till att kunskaperna på detta område hålls vid liv.

Med hänsyn till den blivande faderns viktiga roll i sammanhanget – åtminstone när han bor ihop med den gravida kvinnan – bör mödrahälsovården sträva efter att få även denne att delta i det stöd- eller behandlingsarbete som görs i fråga om kvinnan. Insatser bör även göras för att förmå mannen att avstå från droger när kvinnan är gravid.

Om kvinnan allvarligt missbrukat alkohol från början av graviditeten och inte kan förmås att omedelbart avbryta sitt missbruk bör läkaren och barnmorskan – utöver andra åtgärder – ge kvinnan fördjupad information om risken för fosterkador.

13.5.2 Sjukdom hos kvinnan eller det väntade barnet m.m.

I sådana fall där kvinnan lider av ett sjukdomstillstånd som kan påverka fostret eller fostret självt är sjukt är det en uppgift för läkaren och barnmorskan på MVC att genom information och påverkan försöka förmå kvinnan att underkasta sig erforderlig kropplig eller psykiatrisk behandling. Detsamma gäller kvinnor som genom sitt psykiska tillstånd har en livsföring som kan vara skadlig för fostret. Är sjukdomen av sådan art att det väntade barnets hälsa eller utveckling allvarligt äventyras (t.ex. AIDS) bör kvinnan på ett tydligt sätt informeras om detta.

13.6 Särskilda insatser inom hälso- och sjukvården i övrigt

13.6.1 Inledning

Inom hälso- och sjukvården är det – förutom mödrahälsovården – främst de vuxenpsykiatriska klinikerna, förlossningsklinikerna och barnhälsovården som kommer i kontakt med gravida kvinnor som kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av sitt handlande. Det kan vara fråga om missbrukare eller psykiskt sjuka kvinnor.

13.6.2 Primärvården

En viktig roll när det gäller att uppspåra gravida kvinnor med missbruksproblem har vårdcentralerna. Som nämnts tidigare söker ofta kvinnor med missbruksproblem läkarbehandling för annat än missbruket. Det är därför angeläget att personalen på vårdcentralerna lär sig att upptäcka missbruket och slussa den gravida kvinnan vidare till i första hand socialtjänsten.

13.6.3 Vuxenpsykiatri

Inom vuxenpsykiatri är det viktigt att den berörda personalen fortbildas i de problem som är förknippade med missbruk under graviditeten och att metodiken utvecklas för att hjälpa och stödja gravida missbrukare och psykiskt sjuka människor med missbruksproblem. Det torde närmast ankomma på landstingskommunerna att ansvara för att lämpliga utbildnings- och handledningsinsatser kommer till stånd.

Den psykiatriska behandlingen bygger liksom socialtjänsten i princip på frivillighet. I vissa fall är kvinnans situation sådan att frivilliga insatser inte räcker. I dessa fall kan det bli aktuellt att tillgripa tvångsåtgärder inom den psykiatriska vårdens ram. Till detta återkommer vi i 13.9.

13.6.4 Kvinnoklinikerna

För att en kvinnoklinik skall kunna ge en missbrukande kvinna bästa möjliga omvårdnad vid förlossningen – till skydd för det väntade barnet – är det viktigt att kliniken i förväg aviseras om missbruket. Det kan ibland vara motiverat att erbjuda den missbrukande kvinnan inläggning på en vårdavdelning för att skydda det väntade barnet. Ett nära samarbete mellan mödrahälsovård, socialtjänst, vuxenpsykiatri och kvinnokliniken är därför av stor vikt i sammanhanget. Om detta handlar avsnitt 13.8.

13.6.5 Referensgrupper inom hälso- och sjukvården

Det är uppenbart att det bland dem som i sitt arbete kommer i kontakt med missbrukande gravida finns ett stort behov av metodutveckling, handledning och konsultationer. Enligt vår uppfattning skulle det vara värdefullt om referensgrupper – landstings- eller regionsvis – skapas. Sådana grupper finns redan i Stockholm och Göteborg med övergripande ansvar för arbetet med missbruk under graviditet och dess följder. Gruppen bör vara sammansatt så att pediatrik, obstetrik och psykiatrik expertis är representerade. Barnkunnig psykolog och kurator bör ingå. Referensgruppen bör

underhålla och utvidga kunskapsläget för stöd, behandling och anpassning av familjerna och deras barn från graviditeten upp genom barnens förskola och skolålder. Referensgruppen bör också kontinuerligt utbilda primärvårdspersonalen och underlätta samarbetet mellan olika stödfunktioner.

Vi anser att sådana referensgrupper skulle kunna bildas utan nämnvärt ökade kostnader, eftersom det främst är en fråga om att sammanföra redan befintliga resurser inom respektive region.

13.7 Särskilda insatser inom socialtjänsten

Om en gravid kvinna har allvarliga alkohol- eller narkotikaproblem är det i allmänhet inte möjligt för mödrahälsovården att själv klara av situationen. Det blir då socialtjänstens uppgift att ge det stöd och den behandling som kan behövas. Enligt 11 § SoL har socialtjänsten ett särskilt ansvar för att enskilda missbrukare får det stöd och den behandling som de behöver för att komma från sitt missbruk.

I projektet "Gravida kvinnor med missbruksproblem"⁵ drogs bl. a. följande slutsatser om socialtjänstens roll. Det visade sig möjligt att etablera en förtroendefull kontakt med de flesta par trots att det var fråga om personer med ett långvarigt missbruk bakom sig och med svåra sociala förhållanden. Det var inte svårt att få männen till behandlingsarbetet. Det är inte lätt att göra en bedömning av föräldrarnas förmåga och brister. Både bedömningar och det intensiva behandlingsarbetet kräver goda kunskaper och framför allt lång erfarenhet av socialt arbete och hjälp från extern handledare. Eftersom kvinnor med missbruksproblem ofta är misstänksamma mot myndighetspersoner måste man aktivt söka upp dem och erbjuda dem vård.

I FA-projektet betonades samarbetet mellan socialtjänsten och mödrahälsovården och ansågs bl. a. angeläget att alla gravida kvinnor har tillgång till en socialsekreterare på MVC eftersom graviditeten ofta skapar nya frågor och bekymmer av social art.

Inom socialtjänstlagens ram finns möjlighet att vidta olika åtgärder för att hjälpa och stödja en gravid kvinna med missbruksproblem. Det är dock viktigt att inte se kvinnans problem isolerat. Lever kvinnan ihop med en man som också missbrukar är det viktigt att även försöka komma till rätta med dennes situation. I såväl FA-projektet som i projektet "Gravida kvinnor med missbruksproblem" har betonats betydelsen för en missbrukande kvinna av att hon inte har en man som missbrukar om hon själv skall kunna bryta sitt missbruk. Det är alltså viktigt att det blivande föräldraparet ses som en enhet i behandlingsarbetet.

⁵ Se 9.2.

De insatser som i första hand står till buds enligt SoL är stödjande och hjälpande åtgärder av social och ekonomisk natur så att det blivande föräldraparet kan klara av sin dagliga situation utan alkohol eller narkotika.

Det är också angeläget att missbrukande kvinnor erhåller socialt stöd i form av gruppaktiviteter. Det gäller att stärka deras självförtroende och höja deras kunskaper framför allt i fråga om droger och dess skadeverkningar. Samverkan bör utvecklas med länkrörelserna och andra frivilliga organisationer.

För kvinnor som förbiser eller inte inser riskerna för det väntade barnet av att hon missbrukar är det troligt att mera ingripande åtgärder behövs. Vad som därvid i första hand står till buds är placering på behandlingshem, barnhem eller i familjehem.

För närvarande finns inom socialtjänsten mycket små resurser när det gäller att ordna ett skyddat boende som är speciellt anpassat för gravida missbrukare och deras män. Enligt den sammanställning som vi presenterade i kapitel 11 finns i Sverige endast ett sådant hem som specialiserat sig på gravida missbrukare. Hemmet har åtta platser.

För att förebygga skador till följd av missbruk under graviditeten är det viktigt att bättre resurser skapas för att ta emot blivande föräldrar som behöver hjälp att komma från sitt missbruk. Det bör ankomma på socialstyrelsen att inventera resurserna i detta hänseende och verka för lämpliga lösningar.

SoL bygger – som tidigare nämnts – på frivillighet. Går inte kvinnan med på vård för sitt missbruk kan ett behandlingsprogram på frivillig basis visa sig otillräckligt. I dessa fall kan fråga om tvångsåtgärder inom socialtjänstens ram aktualiseras. Till detta återkommer vi i avsnitt 13.9.

13.8 Samarbete mellan mödrahälsovården, hälso- och sjukvården i övrigt samt socialtjänsten

Ju tidigare åtgärder vidtas beträffande en kvinna som missbrukar alkohol eller andra droger eller som i övrigt lever ett för det väntade barnet riskfyllt liv desto större är möjligheterna för att hon skall föda ett friskt barn. Det är därför viktigt att de vårdorgan som kan ge kvinnan hjälp och stöd till gagn för det väntade barnet – främst inom mödrahälsovården och socialtjänsten – så snart som möjligt får vetskap om kvinnans situation. En kvinna som t.ex. missbrukar alkohol eller narkotika är ofta känd för socialtjänsten redan innan hon blir gravid. Självfallet underlättas arbetet vid berörd MVC att stödja och behandla kvinnan om MVC – så snart det står klart att kvinnan är gravid – får reda på hennes förhållanden genom socialtjänsten. Likaså är uppgifter om kvinnans personliga förhållan-

den från en psykiatrisk klinik, där kvinnan vårdats, betydelsefulla för MVC när det gäller att ge kvinnan behövlig hjälp. Omvänt kan det också vara värdefullt att social myndighet eller psykiatrisk klinik får uppgifter från MVC om kvinnans personliga förhållanden.

Vid vissa typer av missbruk – särskilt missbruk av heroin – är särskilda insatser i samband med förlossningen av mycket stor betydelse för att hjälpa barnet.⁶ Det är i dessa fall viktigt att förlossningskliniken i god tid före förlossningen får uppgift om kvinnans förhållanden.

Även sedan barnet är fött är det betydelsefullt att t.ex. barnklinik och social myndighet kan lämna varandra uppgifter om barnets förhållanden så att lämpliga behandlingsinsatser kan sättas in.

Den nuvarande sekretesslagen⁷ innebär begränsningar när det gäller myndigheters möjligheter att ge varandra information. Detta gäller inte minst inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Så kan t.ex. en psykiatrisk klinik eller en social myndighet inte lämna ut uppgifter om en kvinnas personliga förhållanden till MVC om inte kvinnan samtycker till det. Inte heller kan anmälan göras i dessa fall med stöd av 71 § SoL eftersom denna bestämmelse endast tar sikte på födda barn.

I många fall kan sannolikt ett samtycke erhållas eftersom de allra flesta gravida kvinnor – som tidigare sagts – torde vara villiga att göra en särskild ansträngning för att inte genom missbruk eller livsföring i övrigt utsätta det väntade barnet för risk att skadas. Frågan är vad som kan göras i sådana fall där kvinnan inte samtycker till att uppgifter om hennes personliga förhållanden lämnas ut. Problemet torde inte vara helt ovanligt eftersom kvinnor med missbruksproblem ofta är misstänksamma mot myndighetspersoner.

Det väntade barnet behandlas alltså i lagstiftningen som en del av kvinnans kropp. Ett öppnande av informationskanalerna mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i fråga om gravida kvinnor till skydd för det väntade barnet skulle kräva ett ändrat synsätt. Det ofödda barnet skulle ses som ett särskilt skyddsvärt rättssubjekt.

Ett annat problem av mera praktisk art är att gravida kvinnor med missbruksproblem kanske skulle dra sig för att med förtroende vända sig till t.ex. MVC om de vet att uppgifter om deras personliga förhållanden kan lämnas ut till andra myndigheter utan deras samtycke.

Enligt vår uppfattning är det angeläget att alla samhällets resurser för att skydda det väntade barnet samverkar. Vi anser att den gravida kvinnans krav på integritet i vissa fall måste efterges om det gäller att

⁶ Se vidare 4.2.3.

⁷ Se närmare 12.4.

skydda ett foster från att skadas. Som anförts ovan torde saken i många fall inte ställas på sin spets. Det bör givetvis också på allt sätt eftersträvas att kvinnan går med på att uppgifter om henne lämnas ut. Uppstår emellertid en intresse motsättning mellan kvinnan och det väntade barnet i detta hänseende bör det väntade barnets intresse av att få födas friskt väga över kvinnans intresse av integritetsskydd. Man torde kunna utgå från att de fall när en gravid kvinna av detta skäl skulle avstå från att uppsöka t.ex. MVC trots allt är mycket få.

Vi föreslår med hänsyn till det anförda ett tillägg till bestämmelsen om undantag från sekretess i 14 kap. 2 § SekrL. Enligt det föreslagna tillägget hindrar sekretess inte att uppgift som omfattas av hälso- och sjukvårds- eller socialsekretess lämnas mellan olika myndigheter och verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten om det behövs för insats till skydd för det väntade barnet. För att inte myndigheten skall handla över kvinnans huvud är det viktigt att kvinnan om möjligt underrättas om att en uppgift kommer att lämnas eller har lämnats ut utan hennes samtycke.

13.9 Fråga om tvångsåtgärder

I vårt uppdrag ingår att ta upp undantagssituationer när en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på ett visst sätt. Vi har i våra allmänna överväganden närmare angett vilka situationer vi anser aktuella i detta sammanhang.

Med utgångspunkten att kvinnan vill sitt barns bästa torde enligt vårt förmenande frivilliga insatser inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ram som regel vara tillräckliga. Man kan emellertid inte helt utesluta fall där kvinnan – trots risker för det väntade barnet – fortsätter sin skadliga livsföring och vägrar att låta sig underkastas behövlig behandling. En situation som här kan tänkas är att kvinnan är inne i ett så allvarligt missbruk att hon inte kan sluta eller minska sin konsumtion. Vidare kan man tänka sig att kvinnan på grund av psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning eventuellt i förening med missbruk är oförmögen att inse eller ta itu med sin situation.

Den lagstiftning som kan bli tillämplig i de fall när vård oberoende av samtycke är aktuell är i första hand LVU, LVM och LSPV.

Dessa lagar utgår – som tidigare nämnts – enbart från den vuxnes eget vårdbehov. Även i de fall ett missbruk medför att någon anses farlig för annans personliga säkerhet kvarstår kravet på att missbrukaren själv skall ha ett överhängande och kvalificerat behov av vård.

Svaren på den förfrågan som vi skickat ut till länsrätterna visar att det är på detta sätt som LVM har tolkats.⁸

Om en gravid kvinna är så beroende av alkohol eller narkotika att hon inte kan sluta trots insikt om riskerna för det väntade barnet kan man som regel utgå från att hon är i trängande behov av vård för egen del för att komma från sitt missbruk. Hon torde till följd av missbruket utsätta sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller också torde det kunna befaras att hon kommer att allvarligt skada sig själv. Förutsättningarna för vård enligt LVM skulle alltså vara uppfyllda i dessa fall.⁹

Enligt uppgift kommer socialberedningen inom en snar framtid att lägga fram förslag om ändringar av LVM. Förslagen rör bl.a. vissa ökade möjligheter till ingripande enligt lagen och en förlängning av vårdtiden. Socialberedningens förslag är uppenbart indirekt ägnade att förstärka skyddet för det väntade barnet.

Om kvinnan inte fyllt 20 år kan även vård enligt LVU i en sådan situation tänkas eftersom hon utsätter sin hälsa och utveckling för allvarlig fara genom missbruk av beroendeframkallande medel.

En kvinna som på grund av psykisk sjukdom är ur stånd att handla i enlighet med det väntade barnets bästa får vanligtvis förutsättas vara ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård eller vara ur stånd att ta vård om sig själv. Därvid kan LSPV bli tillämplig. LSPV är för närvarande föremål för omarbetning inom socialdepartementet.

Det kan emellertid inte uteslutas att situationer förekommer, där kvinnans missbruk inte är så allvarligt att ett ingripande med stöd av LVM, LVU eller LSPV i dess nuvarande lydelse kan komma i fråga men där likväl en fara kan föreligga för det väntade barnets hälsa. Vi har därför övervägt om dessa lagar bör ändras så att ett tvångs-ingripande mot kvinnan skulle kunna ske även vid mindre allvarligt missbruk till skydd för det ofödda barnet. Vi har dock funnit flera skäl som talar emot en sådan lagändring.

Till en början har, när det gäller den hittillsvarande forskningen, inte kunnat påvisas något tröskelvärde vid vilket det inte föreligger några skaderisker för fostret. Det enda man anser sig veta är att ju mer alkohol en kvinna dricker och ju längre missbruket under graviditeten pågår desto större är risken för fosterskador. Och när det gäller narkotika vet man ändå mindre om vilka kvantiteter som kan förorsaka skada hos det väntade barnet.

Det är under dessa förhållanden svårt att i lag ange förutsättningarna för ett ingripande till skydd för det ofödda barnet. En tvångslag förutsätter att kriterierna för ingripande klart kan anges. Om så inte kan ske leder lagen till rättsosäkerhet och kan medföra en otrygghet och rädsla för oberättigade ingripanden.

⁸Se vidare kapitel 12.

⁹Se 12.3.

Vidare bör beaktas att ett tvångsingripande till skydd för fostret som regel måste initieras av de myndigheter vars främsta uppgift är att hjälpa och stödja den gravida kvinnan. Det blir alltså i detta sammanhang i första hand MVC som får anmäla behovet av ett tvångsingripande till länsstyrelsen. Om mödrahälsovården får en sådan skyldighet finns det en påtaglig risk att detta kan skrämja kvinnor i farozonen från att vända sig dit. Detta skulle i sin tur medföra att möjligheterna att hjälpa dessa kvinnor med frivilliga åtgärder skulle kunna minska, vilket skulle vara till stort förfång för den utveckling som synes vara på väg.

Vi vill i detta sammanhang också fästa uppmärksamheten på vad vi tidigare anfört om resultatet av den informations- och hjälpverksamhet från MVC och andra vårdorgan som under senare år uppnåtts. Enligt vår mening finns det all anledning att i stället för att utöka möjligheterna till tvångsåtgärder – som i så fall skulle beröra ett mycket begränsat antal kvinnor – satsa mer på de frivilliga och uppsökande åtgärderna samt på metodutveckling. Även om vi är medvetna om att vi på denna väg inte kan lösa alla de problem som förekommer i sammanhanget anser vi dock att detta är den bästa vägen att nå ett så gott resultat som över huvud taget är möjligt. Att skapa ett absolut säkert skydd för det ofödda barnet torde inte vara möjligt.

Vi har alltså stannat för att inte föreslå någon ändring i de tvångslagar vi för närvarande har på området. Det kan tilläggas att samtliga dessa lagar som ovan nämnts är föremål för översyn på annat håll och att frågan om ändring av dessa lagar med hänsyn till det ofödda barnet följaktligen kan övervägas i sådant sammanhang.

En annan situation där ett tvångsingripande till skydd för det väntade barnet skulle kunna diskuteras är om en kvinna vägrar att underkasta sig själv eller fostret erforderlig medicinsk behandling för att skydda det väntade barnet. Till denna fråga återkommer vi i nästa betänkande när vi kommer in på frågor om fosterdiagnostik.

I nu förevarande sammanhang skall slutligen diskuteras behovet av och möjligheterna att skapa ett skydd för det väntade barnet genom ändring av bestämmelserna om anmälningsskyldighet enligt 71 § SoL.

Bestämmelsen, som närmare har redovisats under avsnitt 12.3 ovan, gäller alltså för närvarande endast födda barn. Frågan är om det finns ett behov av att införa en anmälningsplikt även i fall när man får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till skydd även för ett ofött barn.

Vi har ovan¹⁰ föreslagit en lättnad av sekretessen myndigheter

¹⁰Se 13.8.

emellan när det gäller insatser till skydd för det väntade barnet. Förslaget innebär en möjlighet – men inte skyldighet – att informera andra myndigheter om den gravida missbrukande kvinnans situation. En ändring i 71 § SoL till skydd för det väntade barnet skulle medföra en plikt för myndigheter och där anställda att anmäla kvinnans förhållanden.

En anmälningsskyldighet innebär enligt vårt förmenande en större integritetskränkning än en lättnad i sekretessen. Myndighetens plikt att anmäla missförhållanden skulle sannolikt försvåra möjligheterna till ett eftersträvänsvärt samarbete mellan myndigheten och kvinnan. Risken för att kvinnan skulle undandra sig hjälp och stöd från myndigheten är troligen större om myndigheten är skyldig att göra anmälan än om myndigheten har rätt att lämna ut uppgifter. Härtill kommer samma gränsdragningssvårigheter som ovan beskrivits i fråga om ingripande med stöd av LVM, LVU eller LSPV direkt för att skydda ett foster.

På anförda skäl anser vi att den lättnad i sekretessen som vi föreslagit är den i sammanhanget mest ändamålsenliga åtgärden.

13.10 Något om sociala insatser efter barnets födelse

Barn som föds med skador till följd av att modern missbrukat alkohol eller andra droger är särskilt sårbara. För att barnet skall kunna utvecklas enligt sina förutsättningar ställs särskilda krav på en trygg och stabil uppväxtmiljö. Ofta har en kvinna som missbrukat under graviditeten små möjligheter att erbjuda barnet en lämplig miljö. För dessa barn är det av vikt att de snabbt kommer under kvalificerad vård, företrädesvis i familjehem. Sådan vård torde med hänsyn till barnets särskilda behov oftast få planeras på lång sikt.

För kvinnor som lyckats avbryta sitt missbruk under graviditeten är prognosen för att hon skall kunna ta hand om barnet gynnsammare.

Det är dock av vikt att samhället i sådana fall särskilt uppmärksammar kvinnans och barnets behov av stöd och hjälp inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ram. Socialtjänsten skall ju – som anförts tidigare – med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som visat tecken till en ogynnsam utveckling (12 § SoL). Det gäller att ha beredskap både för att förhindra ett återfall i missbruk och för att i förekommande fall skydda barnet. Även barnklinikerna har en viktig roll i detta arbete.

13.11 Forskning

Under senare år har intresset ökat för forskning i fråga om fosterskador till följd av moderns missbruk under graviditeten. Sålunda har ett flertal undersökningar i ämnet publicerats såväl i Sverige som i utlandet, främst i USA. Undersökningarna ger en relativt god bild av vilka skador som kan uppkomma vid allvarligt missbruk under längre tid. Däremot har ännu inte kunnat fastställas om det finns någon tröskelnivå, dvs. om det krävs en viss mängd alkohol eller andra droger för att fostret skall skadas. När det gäller alkohol finns det misstankar om att även måttliga mängder kan ge upphov till CNS-störningar i form av koncentrationssvårigheter. Dessa misstankar har emellertid ännu inte kunnat bekräftas.

Det är tänkbart att kvinnans livsföring i övrigt under graviditeten kan förstärka risken för missbruksskador hos fostret. Det är t.ex. fastlagt att rökning, dålig kost m.m. i sig påverkar fostret. Om och hur dessa faktorer samverkar med alkohol eller andra droger vet man emellertid ännu inte mycket om.

Forskningen i fråga om läkemedelspåverkan på fostret befinner sig ännu i ett inledningsskede. Även beträffande frågan om och i vilken mån läkemedel och alkohol samverkar är kunskaperna i dag mycket begränsade.

Vi finner det angeläget att forskningen i fråga om uppkomsten av fosterskador till följd av yttre faktorer fortsätter och fördjupas. Som särskilt angeläget framstår att om möjligt få klarlagt om även mindre mängder alkohol eller tillfälliga rus under graviditeten kan innebära fara för fostret.

På senare år har i landet bedrivits olika socialt inriktade projekt för att få kunskap om hur man skall kunna hjälpa och stödja gravida kvinnor med missbruksproblem. Det är angeläget att dessa projekt följs upp och utvecklas. För detta har landstingskommunerna och socialstyrelsen det primära ansvaret.

I vår utredning har framkommit att behandlingsforskning när det gäller kvinnlig alkoholism i stort sett saknas. Det är av stor vikt för att minimera skaderisken för foster till missbrukande kvinnor att även sådan forskning kommer till stånd.

14 Specialmotivering

Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

14 kap. 2 §

Första och andra styckena överensstämmer med gällande rätt.

Som ett *nytt tredje stycke* har tillkommit en bestämmelse som innebär att myndigheter och olika verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan hinder av sekretessen inom dessa områden har möjlighet att lämna ut uppgifter sinsemellan om det behövs för att skydda ett ofött barn. Bestämmelsen är i första hand avsedd att underlätta samarbetet mellan myndigheter som närmast har att göra med gravida kvinnor nämligen inom mödrahälsovård, socialtjänst, barnhälsovård och vuxenpsykiatri. Även skolhälsovården kan spela en roll i detta sammanhang.

Bestämmelsen är ett undantag från det sekretesskydd som den enskilde åtnjuter enligt sekretesslagen. Den bör alltså användas med urskillning och varsamhet. Endast i situationer där det framstår som direkt påkallat att förbättra skyddet för det väntade barnet bör bestämmelsen utnyttjas. En förutsättning är att kvinnan direkt motsätter sig att uppgiften om hennes personliga förhållanden lämnas ut eller att saken brådskar så att det inte finns tid att inhämta hennes samtycke. Samtycke från kvinnan skall alltså alltid i första hand eftersträvas.

Om uppgiften lämnats ut utan den gravida kvinnans samtycke, är det viktigt att kvinnan i möjligaste mån i efterhand underrättas om detta. Det bör alltså i princip inte förekomma att myndigheterna handlar över huvudet på kvinnan.

Fjärde och femte styckena överensstämmer med nuvarande tredje och fjärde styckena.

Sjätte och sjunde styckena motsvarar med redaktionella ändringar nuvarande femte och sjätte styckena.

Särskilda yttranden

a) av sakkunniga Ingrid Ursing och Kristina Widgren

Enligt tilläggsdirektiven skulle utredningen kartlägga de fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på ett visst sätt. Kommittén skulle därvid analysera de problem som är förknippade med en lagstiftning till skydd för fostrets intressen i sådana fall.

Vi delar utredningens uppfattning att information och hjälpinsatser i frivilliga former är de metoder som i första hand kan hjälpa en kvinna att bryta sitt missbruk. Den utveckling av detta arbete som skett under de senaste åren har varit mycket positiv. Frågan är emellertid om också andra åtgärder kan bidra till att öka skyddet för det väntade barnet eller om den optimala effekten nås genom information och frivilliga insatser. Enligt direktiven har utredningen också haft att analysera de problem som är förknippade med en lagstiftning till skydd för fostrets intresse i dessa fall, dvs. vilka förrespektive nackdelar som är förknippade med olika tänkbara åtgärder i detta sammanhang. Vi anser att utredningen borde haft ett bättre underlag för de ställningstaganden som görs.

Frivilliga insatser kan ske både inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ram. Den tvångslagstiftning som kan bli aktuell är främst LVM, men också i viss mån LVU och LSPV. De aktuella tvångslagarna tar sikte på moderns eget behov av vård och eventuell fara för hennes hälsa. Ingen av lagarna tar hänsyn till skador på fostret. Åtgärder av den karaktär som det s.k. mellantvånget enligt 8 a § LVU är kan bara beslutas för personer under 20 år.

Socialutskottet har visserligen uttalat när det gäller LVM att det ofta måste anses föreligga en fara för att kvinnans egen psykiska hälsa kan skadas om hon genom att inte kunna hejda sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador. Det är emellertid osäkert vilken betydelse detta uttalande haft i praktiken.

Enligt den enkät utredningen gjort har antalet barn med skador på grund av moderns missbruk sjunkit väsentligt de senaste åren. Fortfarande föds dock ett visst antal barn varje år med sådana skador. Mot den bakgrunden hade utredningen bort undersöka hur socialförvaltningarna handlägger ärenden med gravida missbrukare och har handlagt ärenden där barnet fötts med skador. En sådan utredning hade kunnat ge svar på frågan om de frivilliga och förebyggande insatserna är tillräckliga för att ge de väntade barnen bästa skydd eller om också andra insatser kan ge ett ännu bättre skydd. Först därefter kan man analysera de problem som är förknippade med en eventuell lagstiftning till skydd för fostret. De resonemang som nu finns riskerar utan en sådan undersökning att bli alltför teoretiska.

b) av experterna Siri Häggmark, Linnéa Hörlén och Karin Israelsson

Åtgärder vid missbruk m.m. under graviditet

Utredningen har enligt direktiven bl.a. haft uppdraget att göra en kartläggning av de fall då en gravid kvinna befinner sig i en sådan situation att hon kan tänkas förbise eller inte inse riskerna för det väntade barnet av att hon handlar eller underlåter att handla på ett visst sätt. Utredningen borde därvid enligt direktiven analysera de problem som är förknippade med en lagstiftning till skydd för fostrets intressen i sådana fall.

Utredningen har funnit att man främst bör informera gravida kvinnor om den fara för det väntade barnet som bruk av alkohol eller andra droger medför. För dem som missbrukar rekommenderas hjälpinsatser utan tvångsinslag.

Vi delar utredningens uppfattning om vilka åtgärder som främst bör vidtas i förebyggande och hjälpande syfte. Det är också vad som nu sker med goda resultat. Men man kan inte bortse ifrån att de möjligheter som står till buds att förmå gravida kvinnor med missbruksproblem till en sund livsföring kan visa sig otillräckliga. Då uppstår frågan om en lagstiftning vore möjlig som direkt tar sikte på fostrets skydd.

Det hade varit värdefullt med en kartläggning av socialförvaltningarnas handläggning av ärenden med gravida kvinnors missbruk och ärenden där barnet fötts med skador. En utredning i frågan skulle kunna ge svar på om de frivilliga och förebyggande insatserna är tillräckliga för att ge de väntade barnen bästa skydd.

Underlag saknas för närvarande för en analys av de problem som

är förknippade med en eventuell lagstiftning till skydd för fostret. Vi utgår emellertid ifrån att spørsmålet om ett övergripande rättsskydd för det ofödda barnet aktualiseras i det fortsatta utredningsarbetet.

Bilaga 1

Undersökningar angående barn med alkohol- och narkotikaskador

1. Barn med alkoholskador till följd av missbruk under graviditeten

I Göteborg har man i en s.k. "case study" retrospektivt undersökt samtliga barn till 15 alkoholiserade kvinnor.¹ Kvinnorna hade sammanlagt 52 barn, varav 48 barn levde vid undersökningstillfället. De var då mellan sex månader och 25 år gamla. Närmare hälften av barnen (20 av 44 barn) visade beteendestörningar i så hög grad att de hade uttalade skolsvårigheter, kort minne samt koncentrations- och perceptionsstörningar. Sex barn hade utseende karakteristiskt för FAS. Sju barn uppvisade missbildningar. Tre barn hade organiska hjärtfel. Flera mödrar hade onormalt liten viktökning under graviditeten. Barnens genomsnittliga födelsevikt justerad för graviditetslängden var vidare mycket lägre än genomsnittet för svenska barn. 19 barn (37 %) vägde vid förlossningen 2 500 gr. eller mindre. Barnens längd och huvudomfång vid födelsen var också reducerade. Tillväxten efter födelsen förbättrades inte. Snarare skedde ytterligare försämring jämfört med normalkurvor. Vid den fortsatta tillväxten släpade vikten efter mer än längden och huvudomfånget.

En jämförelse har gjorts med vad som är känt om barn till mödrar som utsatts för extrem svält under graviditeten.² Dessa barn visade sänkning av födelsevikten medan däremot längd och huvudomfång var normala. Till skillnad från barn till alkoholiserade mödrar hade dessa barn efter födelsen en tillväxt till normala värden och normal begåvningsnivå. Man observerade också att barnen uppvisade allvarligare symptom ju fler äldre syskon de hade och ju längre tid moderns missbruk pågått. Ett undantag var en kvinna som efter etablerat alkoholmissbruk fött tre skadade barn men sedan blivit medlem i länkarna och slutat missbruka alkohol. Hennes fjärde barn hade normal vikt, tillväxt och utveckling.

¹ *R Olegård*: Sambandet mellan alkohol och fosterskador. Alkohol och Narkotika 1978:2, s.10.

² *M Aronsson et al*: Konsekvenserna av alkohol som miljöfaktor för det växande fostret och barnet. Läkartidningen nr 9, 1981, s. 789 ff.

En prospektiv studie har gjorts omfattande ca 1/3 av alla förlossningar i Göteborg under tiden maj 1977 till november 1978.³ Man fann på detta sätt 28 graviditeter till kvinnor med alkoholism. 21 barn föddes levande. Av dessa hade sju barn FAS och ytterligare sju tydliga skador. Man hade då i fem fall fått kvinnan nykter efter vecka 5-12 och i åtta fall efter vecka 20-25. De återstående åtta kvinnorna fortsatte att dricka under hela graviditeten. Barnen till mödrarna i första gruppen hade normal födelsevikt medan den var sänkt för den andra och framför allt för den tredje gruppen. Det fanns alltså ett klart samband mellan graden av tillväxthämning och hur länge modern fortsatte med missbruket. I alla tre grupper uppvisade dock barnen EEG-rubbningar. Hur dessa störningar kommer att påverka barnens utveckling kan ännu inte bedömas. En uppföljning av barnen pågår.

Som en fortsättning på den ovan beskrivna undersökningen i Göteborg gick man igenom socialakterna för de redan undersökta 15 mödrarna och deras barn samt ytterligare 15 alkoholiserade mödrar med barn. Antalet barn var 99. Man fann därvid att 70 % av barnen hade blivit omhändertagna för samhällsvård. Samhällsvårdsbesluten hade ofta kommit sent efter flera tillfälliga placeringar i familjehem och barnhem. 41 av barnen hade både begåvningshandikapp och hjärnskadesymptom. 31 barn hade antingen begåvningshandikapp eller hjärnskadesymptom. Dessa störningar var oberoende av placeringsalternativ. Alla barn med alkoholskador som växt upp i det biologiska hemmet visade sig dock ha även psyko-sociala problem. Bland de barn som placerats i fosterhem före sex månaders ålder fanns inga med psyko-sociala problem även om de hade andra skador. De barn som hade alkoholrelaterade skador var således i behov att tidigt få en trygg miljö fysiskt och psykiskt för att inte störas ytterligare i sin utveckling.

Vid Karolinska institutet i Stockholm har man undersökt barnen till samtliga kvinnor under 50 år vårdade vid Karolinska sjukhusets alkoholklirik åren 1973 och 1974 och en lika stor kontrollgrupp.⁴ Fyra kvinnor som även missbrukade läkemedel undantogs. Kvinnorna i kontrollgruppen var födda samma dag som kvinnorna i undersökningsgruppen. Undersökningsgruppen, som bestod av 92 kvinnor, hade 134 barn och kontrollgruppen 170. Syftet med undersökningen var att göra en systematisk studie över barn till en väldefinierad grupp av kvinnor med alkoholproblem relaterade till en kontrollgrupp. Studien byggde på antagandet att kvinnor som vårdas för alkoholproblem har större sannolikhet för hög alkohol-

³ R. Olegård *et al*: Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Acta Paediatr. Scand. Suppl. 275, 1979.

⁴ Claes Hollstedt: Alcohol and the developing organism, Experimental and Clinical studies, Stockholm 1981.

konsumtion under graviditeten än andra kvinnor. Man kände inte till kontrollgruppens alkoholvanor.

Undersökningsgruppens barn indelades i barn födda före och efter etablerad regelbunden alkoholkonsumtion, 103 barn respektive 31 barn. Etablerad regelbunden alkoholkonsumtion definierades som att dricka alkohol minst fyra till fem gånger per månad. De barn som var födda efter etablerad konsumtion hade lägre födelsevikt (19,4 % mindre än 2 500 gr.), var kortare och hade mindre huvudomfång än kontrollgruppens. Det framkom ett direkt samband mellan uppgiven konsumtion (uppgiven vid intagning på alkoholklirik) och graden av barnets tillväxthämning. Frekvensen missbildningar var förhöjd hos undersökningsgruppens barn. Något barn med utseende typiskt för FAS observerades inte. Man anser att undersökningen visade att hos barn till kvinnor som vårdats på alkoholklirik finns en uttalad överrepresentation av tillväxthämning under fosterlivet och av missbildningar.

På Huddinge sjukhus pågår en prospektiv studie av barn som exponerats för olika mängder alkohol under fosterstadiet.⁵ Barnen har indelats i tre grupper utifrån den alkoholkonsumtion som mödrarna uppgett vid första besöket på mödravårdscentralen. Totalt ingår 80 barn i undersökningen. Det hittillsvarande resultatet av undersökningen visar att barn vars mödrar inte kunnat avbryta sitt missbruk under graviditeten hade lägre födelsevikt, försämrad tillväxt och utseendemässiga avvikelser. Vidare hade dessa barn vid två års ålder försenad språkutveckling samt i ökad omfattning beteendestörningar framför allt hyperaktivitet och koncentrations-svårigheter.

I Göteborg vid Östra sjukhuset har det gjorts en epidemisk undersökning i syfte att få fram utbredning och fördelning av grav och lätt mental retardation och att försöka klarlägga orsakerna till denna. Man har därvid gått igenom alla barn i Göteborg 1978, födda mellan 1966 och 1970. Av 24 498 barn var 91 (0,4 %) lätt mentalt retarderade (IQ mellan 70–50) och 73 (0,3 %) gravt mentalt retarderade (IQ under 50). Av de 91 lätt mentalt retarderade barnen hade sju barn (8 %) FAS, sex fullständigt och ett partiellt. Man fann också ett barn med fullständigt FAS i gruppen IQ 71-75. Bland de gravt retarderade barnen fanns däremot inget med FAS.

I USA har gjorts en studie på 1 529 slumpvis utvalda kvinnor för att utröna alkoholhaltens inverkan på fostret.⁶ Kvinnorna intervjuades när det var i femte månaden av graviditeten. Vid födelsen undersöktes 82 barn som fötts av mödrar som konsumerat alkohol

⁵ G Larsson *et al*: A prospective study of children fetally exposed to variable amounts of alcohol.

⁶ J. Graham: Current issues in alcohol teratogenesis. Abstracts from the symposium "The fetus as a Patient – diagnosis and therapy". Jerusalem 1985.

under graviditeten. Vid fyra års ålder undersöktes 75 av dessa barn på nytt tillsammans med 130 ytterligare barn från samma studie. Resultatet visade att 11 barn hade alkoholskador vid födelsen. Vid fyraårskontrollen påvisade 8 av dessa barn fortfarande skador. Undersökningen bekräftade också slutsatsen i de svenska undersökningarna att ju mer alkohol kvinnan konsumerade under graviditeten desto större var risken för skador på fostret.

Av undersökningarna om alkoholskadade barn har man i Göteborg dragit slutsatsen att ju mer alkohol en kvinna dricker under graviditeten och ju längre missbruket pågår desto större är risken för fosterskador. I samtliga fall där man konstaterat fullständigt FAS i Göteborg har kvinnan under graviditeten konsumerat mer än 20 cl starksprit om dagen. De flesta alkoholmissbrukande kvinnor är också storrökare och äter dåligt. Detta förstärker skadesymptomen hos fostret och gör det svårare att veta vilka skador som härrör från alkohol och vilka skador som har andra orsaker. Forskningen visar att ju tidigare en kvinna slutar att missbruka alkohol desto gynnsammare är det för fostret.

I USA har en uppföljande studie gjorts av barn som redan från början av 1970-talet uppvisade FAS.⁷ Studien visar bl.a. följande. Graden av intellektuell utveckling sammanhängde i hög grad med graden av tillväxthämning och kroppslig avvikelse. Även om barnets uppväxtmiljö var god kunde detta inte kompensera de alkoholskador som barnet fått under fosterstadiet. Dock kunde påvisas förbättringar vad gällde barnets sociala och känslomässiga utveckling om det fick växa upp under stabila och trygga förhållanden.

Samma slutsatser som i den amerikanska undersökningen har dragits i en svensk studie gjord i Göteborg.⁸

2. Barn med narkotikaskador till följd av missbruk under graviditeten

I Stockholm har gjorts en undersökning av amfetaminmissbrukande kvinnor och deras barn.⁹ Syftet med denna undersökning var att undersöka den amfetaminmissbrukande kvinnans psykosociala bakgrund, hennes missbrukskarriär, hennes förberedelse för och möjlighet att ta emot barnet, de sociala myndigheternas åtgärder för att hjälpa missbruksfamiljen, den sociala situationen för dessa barn under första året och deras psykiska utveckling samt dödlighet före och efter födelsen.

⁷ A. Pythowicz et al: *Natural history of the fetal alcohol syndrome: A 10-year follow-up of eleven patients. The Lancet, July 13, 1985*

⁸ M. Aronsson: *Children of alcoholic mothers, Göteborg 1984.*

⁹ G Larsson: *The Amphetamine Addicted Mother and Her Child. Acta Paediatr. Scand. Suppl. 278, 1980.*

Undersökningen omfattade 69 amfetaminmissbrukande kvinnor som fick 71 barn inom en 19 månaders period. Kvinnorna indelades i två grupper. Grupp I bestod av 17 kvinnor som enligt egen uppgift upphörde med missbruket då de blev medvetna om att de var gravida (under första tredjedelen av graviditeten). Grupp II bestod av 52 kvinnor som fortsatte med missbruket under hela graviditeten. Förutom amfetamin brukade såvitt man kände till tre kvinnor i grupp I och 17 kvinnor i grupp II även alkohol under graviditeten. Man kunde inte uppskatta omfattningen av deras alkoholkonsumtion med någon större säkerhet.

Fyra kvinnor i grupp II födde sina barn hemma eller på väg till sjukhuset. I grupp II var två barn dödfödda och två dog inom sju dagar. Detta medförde att spädbarnsdödligheten i grupp II blev 7,5 %, vilket skall jämföras med under en procent för befolkningen i allmänhet i Sverige.

I grupp I dog ett barn med missbildningar och "vattenskalle" efter tre veckor. I grupp II fanns en förhöjd andel för tidigt födda barn (dvs. graviditetstid kortare än 37 veckor). Fyra barn vilkas mödrar missbrukat även alkohol samt ytterligare två barn hade låg vikt för tiden. Övriga barn hade i förhållande till graviditetslängden normal vikt, längd och huvudomfång. Fyra barn hade svåra missbildningar (ett i grupp I och tre i grupp II). Vad man visste hade en av dessa barns mödrar missbrukat alkohol.

Ett antal barn var extremt slöa under första levnadsveckan. Sex fullgångna barn i grupp II måste sondmatas. Den extrema slöheten ansågs kunna vara ett abstinenssymptom.

I grupp I fick samtliga mödrar behålla vården om sina barn. I grupp II placerades 26 % av barnen i familjehem (13 st). Fyra mödrar placerades med barnen på institution. De övriga hade barnen med sig hem från BB. De barn ur grupp II som inte direkt placerades i familjehem (36 st) blev föremål för ett flertal olika åtgärder av de sociala myndigheterna. Efter ett år var tolv av dessa barn placerade i familjehem och åtta hade övervakning. Sju av barnen hade omplacerats mellan fyra och sex gånger. Alla barn som direkt placerades i familjehem utom ett hade normal fysisk och psykisk utveckling. Av de övriga barnen i grupp II visade 28 % (10 st) tecken på emotionella störningar vid ett års ålder.

I Århus i Danmark har 50 heroinmissbrukande kvinnor och deras barn undersökts.¹⁰ Resultatet av kvinnornas 140 graviditeter blev att 48 fullt utvecklade barn föddes, 31 barn var för tidigt födda eller små för åldern och 2 var dödfödda. 12 spontana och 45 legala aborter samt 2 illegala aborter förekom. Andelen dödfödda barn och

¹⁰ I. Mark: Addicted mothers. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 285 årg. 62, 1980, s. 353.

spontana aborter (2+12) ansågs förvånansvärt hög för danska förhållanden. Den mest slående iakttagelsen ansågs emellertid vara den stora andelen för tidigt födda barn och barn med låg födelsevikt.

Behandlingsteamet för gravida missbrukare vid Huddinge sjukhus har undersökt 11 graviditeter där kvinnan varit opiatmissbrukare.¹¹ Tre av mödrarna missbrukade heroin under hela graviditeten och de övriga behandlades med metadon. Barnen, som i ökad utsträckning föddes för tidigt med undervikt som följd, uppvisade abstinenssymptom vid födelsen men inga kroppsliga avvikelser eller missbildningar i övrigt.

En uppföljning¹² av barn, vars mödrar under graviditeten missbrukade heroin och/eller behandlades med metadon gav följande resultat. Barn, vars mödrar använt heroin eller metadon, hade vid födelsen en reducerad tillväxt som främst drabbade längd, vikt och huvudomfång. Tillväxthämningen ansågs inte bara bero på för tidig födsel utan bedömdes även vara en direkt orsak av opiater. Detta har också visats i djurförsök. Av barnen till missbrukande kvinnor utvecklade 50-57 procent abstinenssymptom i nyföddhetsperioden. Den kroppsliga tillväxten hos barnen var sämre än normalt även efter födelsen. Till skillnad från barn med FAS har dock de narkotikaexponerade barnen normal tillväxt av huvudomfång och vikt efter födelsen. Någon statistiskt säkerställd påverkan på den psykomotoriska utvecklingen kunde inte konstateras. Inte heller har man funnit att den psykologiska eller intellektuella utvecklingen skulle vara påverkad. Även i detta hänseende skiljer sig alltså de narkotikaexponerade barnen från barn med FAS. En likhet med FAS-barn förelåg emellertid i fråga om en ökad frekvens av beteendestörningar framför allt hyperaktivitet oberoende av uppväxtmiljö.

De undersökningsresultat man kommit fram till vid Huddinge sjukhus överensstämmer med resultatet av utländska undersökningar.¹³

I USA har studier gjorts angående effekterna på fostret av att modern under graviditeten missbrukar kokain. Enligt en undersökning som omfattade 23 kokainmissbrukande gravida kvinnor ökar risken för spontana aborter vid kokainanvändning. Vidare kunde förmärkas nedsatt aktivitet hos barnet och koncentrationssvårigheter.

¹¹ *G Larsson et al*: Heroinmissbruk under graviditeten – risker, klinisk bild och behandlingsförslag. *Läkartidningen* Vol. 78 No 28-29 1981 s. 2620- 2625.

¹² *A-B Bohlin et al*: Abstinenssymptom och beteendestörningar hos barn vars mödrar tagit heroin/metadon under graviditeten. *Läkartidningen* Vol. 82 No 32-33 1985 s. 2697-2700.

¹³ Se bl.a. *Tove S Rosen et al*: Children of methadone-maintained mothers – Follow-up to 18 months of age. *Pediatrics* Vol. 101 No 2 August 1982 s. 192-196.

ter i nyföddhetsperioden, dvs. under den första levnadsmånaden.¹⁴

Enligt en annan amerikansk undersökning,¹⁵ som omfattade 8 barn framkom inte några särskilda skador som kunde härledas från drogmissbruket under graviditeten.

Man har dock i USA, där kokainmissbruket är utbrett, alltmer börjat misstänka att koordinationsproblem, synsvårigheter och tillväxthämningar hos barn är symptom som kan ha sin orsak i kokainmissbruk under graviditeten.¹⁶ Några vetenskapliga undersökningar som fastställer detta samband finns dock ännu inte.

¹⁴ *Ira J Chasnoff*: Cocaine use in pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, Sept. 12, 1985.

¹⁵ *John D Madden et al*: Maternal Cocaine Abuse and Effect on the Newborn. *Pediatrics* Vol. 77 No 2 Febr. 1986.

¹⁶ Cocaine Babies. *Time Magazine*, Jan. 20, 1986.

Enkät till barnklinikerna

I det följande görs en siffermässig sammanställning av den enkät som utredningen skickade ut till landets samtliga 50 barnkliniker under hösten och vintern 1985/86. En sammanfattning och analys av enkäten återfinns i avsnitt 10.1.

Hur många barn födda vid landets kvinnokliniker under tiden den 1 januari 1983 – den 31 december 1984 var barn till alkoholmissbrukande mödrar?

Allmänna sjukhuset, Malmö	4
Borås	14
Falun	3
Gävle	1
Helsingborg	7
Huddinge	37
Hudiksvall	20
Jönköping	13
Kalmar	3
Karlstad	10
Linköping	12
Lund	2
Sachsska barnsjukhuset	ca 20
S:t Görans sjukhus	4
Västervik	10
Örnsköldsvik	ca 5
Östra Sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	33
Östersund	2
	<hr/>
	200

Hur många av dessa barn hade fetalt alkoholsyndrom med känt missbruk hos modern?

A) Hur många barn hade fullständigt syndrom?

Akademiska, Uppsala	4
Gällivare	1
Helsingborg	2
Hudiksvall	3
Kristianstad	1
S:t Görans sjukhus	3
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	3
Östersund	1
	<hr/>
	18

B) Hur många barn hade partiellt syndrom?

Akademiska, Uppsala	8
Allmänna sjukhuset, Malmö	4
Eskilstuna	2
Falun	3
Gävle	1
Helsingborg	2
Huddinge	1
Hudiksvall	2
Jönköping	2
Kalmar	1
Kristianstad	2
Kärnsjukhuset, Skövde	2
Linköping	1
Lund	2
Sachsska barnsjukhuset	2
Vänersborg	2
Ystad	1
Östersund	1
Östra Sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	2
	<hr/>
	41

Hur många barn hade misstänkta fetala alkoholeffekter utan att något säkert påvisat alkoholmissbruk hos modern under graviditeten förelåg?

Gällivare	2-3
Hudiksvall	1
Kalmar	1
Karlstad	2
Karolinska	1
Kristianstad	1
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	4
Östersund	1
	—
	14

Hade några av dessa barns mödrar under graviditeten brukat eller missbrukat "tabletter" dvs. psykofarma, sömnmedel, analgetika, anti epileptika, waran eller antihistaminer (även ordinarie mediciner)?

Akademiska, Uppsala	alla med fullständigt och de flesta med partiellt FAS (4+8)	
Allmänna sjukhuset, Malmö		4
Helsingborg		2
Huddinge		5
Hudiksvall		2
Linköping		12
Lund		1
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg		3
Östersund		1
		—
		ca 42

Hur många barn har under tiden 1 januari 1983 – den 31 december 1984 fötts till mödrar som missbrukat heroin under graviditeten?

Akademiska, Uppsala	2
Allmänna sjukhuset, Malmö	2
Danderyd	2
Helsingborg	1
Huddinge	10 (varav 2 metadon)
S:t Görans sjukhus	1 (även amfetamin)
	—
	18

Hur många barn har under tiden den 1 januari 1983 – den 31 december 1984 fötts till mödrar som missbrukat amfetamin under graviditeten?

Akademiska, Uppsala	1 (bland- missbrukare)
Allmänna sjukhuset, Malmö	5
Helsingborg	1
Huddinge	12
Hudiksvall	1 (bland- missbrukare)
Sachsska barnsjukhuset	2
S:t Görans sjukhus	1 (även heroin)
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	4
	<hr/>
	27

Hur många av barnen till mödrar som missbrukat alkohol under graviditeten har diagnostiserats

A) vid födelsen	
Akademiska, Uppsala	4
Gävle	1
Helsingborg	7
Huddinge	1
Hudiksvall	1
Jönköping	2
Kristianstad	1
Linköping	1
Lund	1
S:t Görans sjukhus	4
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	3
Östersund	1
	<hr/>
	27

B) inom ett år efter födelsen	
Allmänna sjukhuset, Malmö	4
Falun	3
Hudiksvall	2
Kalmar	1
Kristianstad	3
Kärnsjukhuset, Skövde	2
Lund	1

Vänersborg	2
Ystad	1
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	2
Östersund	1
	<hr/>
	22

C) senare än ett år efter födelsen

Gällivare	1
Hudiksvall	2
	<hr/>
	3

Hur många av barnen till mödrar som missbrukat heroin under graviditeten har diagnostiserats

A) vid födelsen

Akademiska sjukhuset, Uppsala	2 (före födelsen)
Allmänna sjukhuset, Malmö	2
Danderyd	2
Helsingborg	1
Huddinge	10 (före födelsen)
S:t Görans sjukhus	1
	<hr/>
	18

B) efter födelsen
inga fall*Hur många av barnen till mödrar som missbrukat amfetamin under graviditeten har diagnostiserats*

A) vid födelsen

Akademiska, Uppsala	1 (före födelsen)
Allmänna sjukhuset, Malmö	5
Helsingborg	1
Huddinge	12 (före födelsen)
Sachsska barnsjukhuset	2
S:t Görans sjukhus	1
	<hr/>
	22

a) inom ett år efter födelsen

Hudiksvall	1
------------	---

Hos hur många av barnen till mödrar som missbrukat alkohol under graviditeten har man funnit

A) tillväxthämning

Allmänna sjukhuset, Malmö	4
Falun	3
Gävle	1
Helsingborg	4
Huddinge	3
Hudiksvall	4
Jönköping	4
Kalmar	1
Kristianstad	4
Kärnsjukhuset, Skövde	2
Linköping	1
Lund	1
Sachsska barnsjukhuset	2
S:t Görans sjukhus	4
Vänersborg	2
Ystad	1
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	4
Östersund	2
	<hr/>
	47

B) missbildningar/dysmorfologiska avvikelser

Allmänna sjukhuset, Malmö	4 (samma barn som under A)
Falun	3 ("")
Gävle	1 ("")
Helsingborg	2
Huddinge	1
Hudiksvall	2
Jönköping	2
Kristianstad	2
Kärnsjukhuset, Skövde	2 (samma barn som under A)
Linköping	1
Lund	1 (samma barn som under A)
Sachsska barnsjukhuset	2 ("")
S:t Görans sjukhus	4 ("")
Ystad	1 ("")
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	4
Östersund	1
	<hr/>
	33

C) abstinens	
Jönköping	1
Helsingborg	2
Kristianstad	1
Lund	1 (samma barn som under A)
Östra sjukhuets och Sahlgrenska, Göteborg	4
	<hr/>
	9

D) andra störningar i centrala nervsystemets funktion	
Hudiksvall	2
Kalmar	2
Kristianstad	2
Lund	1 (samma barn som under A)
Vänersborg	1
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	5
	<hr/>
	13

Hos hur många av barnen till mödrar som missbrukat heroin under graviditeten har man funnit

A) tillväxthämning	
Huddinge	3
B) missbildningar/dysmorfologiska avvikelser inget fall	
C) abstinens	
Akademiska, Uppsala	2
Helsingborg	1
Huddinge	10
	<hr/>
	13

D) andra störningar i centrala nervsystemets funktion	
Allmänna sjukhuset, Malmö	2

Hos hur många av barnen till mödrar som missbrukat amfetamin under graviditeten har man funnit

A) tillväxthämning	
Akademiska, Uppsala	1
Helsingborg	1
Huddinge	3
Hudiksvall	1
	<hr/>
	6

B) missbildningar/dysmorfologiska avvikelser
 inget fall

C) abstinens	
Helsingborg	1
Huddinge	1
Sachsska barnsjukhuset	2
Östra sjukhuset, Göteborg	2
	<hr/>
	6

D) andra störningar i centrala nervsystemets funktion
 Hudiksvall 1

Var befinner sig för närvarande barnen som fötts under den aktuella tidsperioden med skador till följd av moderns missbruk av alkohol eller narkotika under graviditeten?

A) i föräldrahemmet	
Akademiska, Uppsala	2
Falun	3
Gällivare	1
Helsingborg	4
Kalmar	1
Kärnsjukhuset, Skövde	2
Linköping	1
Lund	1
S:t Görans sjukhus	3
Ystad	1
Vänersborg	2
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	2
Östersund	2
	<hr/>
	25

B) i familjehem

Allmänna sjukhuset, Malmö	1
Helsingborg	4
Jönköping	2
S:t Görans sjukhus	1
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	2
	<hr/>
	10

C) i adoptivhem

Akademiska, Uppsala	3
Östra sjukhuset och Sahlgrenska, Göteborg	1
	<hr/>
	4

D) på institutet
inget fall.

Bilaga 3

Förfrågan till landstingskommunerna

I det följande lämnas en sammanfattande redogörelse för den skriftliga förfrågan som vi skickade ut till landets samtliga landsting (samt Göteborgs och Malmö kommuner).

Den fråga vi ställde var om de erfarenheter som erhöles under FA-projektet¹ lett till något handlingsprogram eller andra åtgärder från landstingens sida.

I 10.3 lämnas en sammanfattning och analys av enkätsvaren.

Stockholms läns landsting

Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting och socialförvaltningen i Stockholms kommun antog i början av 1982 ett gemensamt handlingsprogram för gravida missbrukare. I handlingsprogrammet ingick bl.a. gemensam utbildning för de båda huvudmännens personal. Utbildningen pågick från mars 1982 till oktober 1983.

En slutrapport Genomförd gemensam utbildning enligt "Handlingsprogrammet för gravida missbrukande kvinnor" (Stockholms kommun) utgavs i mars 1984. I rapporten drogs bland annat följande slutsatser. Det tar lång tid att utveckla ett samarbete mellan barnmorska och socialsekreterare. Det är viktigt med personalkontinuitet särskilt inom mödrahälsovården. Genom en utvecklad metodik i fråga om hur graviditet och alkohol skall hanteras samt genom inskrivningssamtal och andra samtal med de blivande föräldrarna där representanter från både socialtjänst och mödrahälsovård deltar kan man ge gravida kvinnor med missbruksproblem eller i riskzonen för detta ett adekvat stöd under graviditeten.

Sedan flera år bedriver landstinget ett alkoholförebyggande arbete bland gravida kvinnor. Med utgångspunkt från ett nyligen avslutat pilotprojekt kommer från hösten 1986 en satsning att göras i hela länet med start i centrala sjukvårdsdistriktet. Projektets syfte är att i länet utveckla ett samarbete med socialtjänsten om alkohol och graviditet kring följande övergripande mål:

¹ Angående FA-projektet, se 9.1.

färre alkoholskadade barn
mindre missbruk bland gravida kvinnor
tidigt upptäcka gravida kvinnor som är alkoholmissbrukare.

Tanken är att arbetet med alkohol och graviditet efter en tidsbegränsad extrainsats skall bli en del av mödravårdens normala verksamhet. Satsningen bygger på ett samarbetsprojekt som bedrivs mellan socialtjänsten och sjukvården. Projektet innehåller dels insatser riktade direkt till barnmorskorna, t.ex. utbildning för att bättre kunna upptäcka missbruk och "ta hand om" missbrukande gravida, dels insatser för att förbättra samverkan med socialsekreterarna i kommunerna.

Östergötlands läns landsting

Under år 1984 genomfördes ett antal fortbildningar i föräldrautbildning. Kursen utgick från redan befintliga föräldrautbildningar som bearbetats och kompletterats med alkoholproblem. Kurserna vände sig till all personal inom MVC, BB och BVC.

Södermanlands läns landsting

Redan år 1980 genomfördes på initiativ av barnhälsovården fortbildningsdagar för personal inom mödra- och barnhälsovården m.fl. om alkohol och fosterskador. Ytterligare konferenser och fortbildningsdagar har senare genomförts både vad avser fakta och metodfrågor. I dag är FA-arbetet en del i arbetet inom mödra- och barnhälsovården, på vissa håll mycket aktivt och på andra ställen i mindre omfattning. Kunskapen och medvetenheten beträffande alkohol under graviditet och barns uppväxttid har dock ökat.

För närvarande görs inga extra insatser beträffande FA-arbetet utan det får pågå i nuvarande omfattning under en tid. Ytterligare insatser kan bli aktuella eventuellt 1987 eller 1988.

Västernorrlands läns landsting

Landstinget och Kommunförbundets länsavdelning fastställde år 1982 ett drogpolitiskt program som bl.a. innehåller åtgärder omfattande informations- och utbildningsinsatser angående missbruksfrågor bland blivande föräldrar. Projektet genomfördes under ca 2 år och har i början av år 1986 avslutats som projekt. Det fortsatta arbetet sker nu i samarbete med hälsoplanerare inom respektive primärvårdsområde.

Drogfrågan har en framskjuten plats i två samarbetsprojekt som pågår som drivs i samverkan med länskolnämnden och går ut på att stimulera samtlig skolpersonal att arbeta tillsammans med eleverna med hälsofrågor.

”Friskvård på arbetsplatsen” är ett samarbete med LO som pågår under några år och har till syfte att göra LO:s medlemmar medvetna om vad man själv kan göra för att behålla en god hälsa.

Erfarenheterna som erhöles under FA-projektet har inte lett till något speciellt handlingsprogram. Däremot har landstinget fastställt ett program för 90-talets hälso- och sjukvård i Västernorrland, *Hälsan framför allt*, där ett av målen är en minskning av alkoholkonsumtionen i länet med 30 % fram till 1995.

I länet har bildats en arbetsgrupp för drogfrågor bestående av representanter från offentliga myndigheter och organisationslivet. Gruppens syfte är att bl.a. noga följa utvecklingen på drogområdet, samordna insatser och verka som opinionsbildare.

Jönköpings läns landsting

I anslutning till APU:s (alkoholpolitiska utredningen) förslag tog landstinget inledningsvis initiativ till två kampanjer. Först genomfördes ett pilotprojekt Nässjö Nobbar Nubben under åren 1978–81 i Nässjö kommun. Sedan följdes detta projekt upp med en Länskampanj Mot Alkohol under åren 1981–82.

I dessa två kampanjer utvecklades olika aktiviteter för att uppmärksamma sambandet mellan alkohol- (drog-) skador och graviditet. Det genomfördes ett antal temadagar för berörda personalgrupper inom landstinget och kommunerna. Vidare togs det fram en del lokalt material på temat Föräldrar – Alkohol. I ett senare skede utvecklades också ett pedagogiskt hjälpmedel till barnmorskorna som fortfarande används. Nyligen har tagits initiativ till att ytterligare utveckla detta pedagogiska hjälpmedel.

Under senare år har, från tid till annan, genomförts en del utbildning för berörda personalgrupper. Inom landstinget arbetas kontinuerligt med informatörsutbildning i ämnet ”samlevnad och sexualitet” där olika missbruksfrågor helt naturligt är med i programmet.

Något särskilt handlingsprogram för FA-arbetet har inte tagits fram. Erfarenheterna av FA-projektet har dock tagits till vara i befintliga aktiviteter inom området Föräldrar och alkohol.

Gotlands kommun

Gotlands kommun har under tiden januari 1983 – december 1985 haft en central FA-grupp med representanter från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Gruppen har ordnat studiedagar, spritt information, initierat samarbete i distrikten och diskuterat förslag till konkreta arbetsformer mellan myndigheter när det gäller barn och missbrukande föräldrar. Gruppen är numera formellt upplöst,

men ansvaret för fortsatt information och att följa upp nya rön, idéer etc har fördelats på personer inom socialtjänsten och sjukvården.

I varje distrikt finns samarbetsgrupper mellan primärvård och socialtjänst. I dessa grupper har FA-frågor diskuterats, bl.a. efter gemensamma studiedagar. Samarbetet har fungerat väl i vissa grupper och haltat i andra. Utveckling av metoder och samarbete bygger mycket på att samma personer träffas ofta, vilket har försvårats av byten på tjänster och geografiska avstånd.

Konkret i arbetet bedöms FA-projektet ha bidragit till att dels ha förändrat opinionen till drickande hos blivande mammor dels till en ökad beredskap och handlingsförmåga bland personalen att ingripa och ta upp missbruk hos föräldrar. Blivande föräldrar känner till att alkohol kan skada fostret och sjuk- och hälsovårdspersonal att alkohol och graviditet inte hör ihop. Frågor om alkoholkonsumtion tas regelmässigt upp vid det första samtalet om graviditeten vid MVC. Får sjuk- och hälsovården kännedom om att en gravid kvinna har alkoholproblem (via henne själv eller andra) så kallas hon till täta kontroller. Socialsekreterare föreslås medverka till täta kontroller och medverka vid samtalen (om föräldern samtycker). Andra insatser kan erbjudas, t.ex. kontakt med kommunens öppenvårdsmottagning. Det är förmodligen fortfarande svårt att upptäcka missbruk om den blivande mamman inte själv säger något – speciellt dolt missbruk, då sociala förhållanden i övrigt är ordnade.

Något handlingsprogram har inte utarbetats från kommunens sida. Förutom de speciella insatser som behövs för att skydda fostret mot alkohol är problem och samarbetsfrågor likartade som i andra fall där barn riskerar att fara illa i hemmet.

Hallands läns landsting

Med anledning av FA-projektet anordnades år 1983 en halv temadag för personal (även läkarna) på mödravårdscentralerna.

I arbetet med föräldrautbildningen sker successivt en förskjutning mot mer tid åt riskpatienter och över huvud taget mot drog- och socialproblematikfrågor i stället för de mer "traditionella" frågorna kring graviditet och föräldraskap.

Något fastställt vård- eller handlingsprogram i fråga om graviditet och drogmissbruk finns för närvarande inte inom landstinget.

En arbetsgrupp inom Svensk Gynekologisk Förening arbetar för närvarande med en översyn av basprogrammet för mödrahälsovård och därmed också med information om tobak och alkohol under graviditet.

Blekinge läns landsting

För landstinget har FA-projektet inneburit följande.

Lokal utbildning har ägt rum för berörd personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, främst barnmorskor och socialsekreterare. I utbildningen har tyngdpunkten legat på kunskaper om alkoholens skadeverkningar, kännedom om varandras arbetsområden, att känna igen och tolka olika hjälpbehov, kunskaper och samhällets möjligheter till hjälp, stöd och behandling samt utveckling till samarbete.

En behandlingsplan för gravida missbrukare har upprättats. I behandlingsplanen, som arbetats fram och godkänts av socialförvaltningarna i samtliga kommuner, primärvården, kvinnokliniken, barnkliniken och vuxenpsykiatrin, har bl.a. ansvarsfrågan klargjorts mellan mödra- och barnhälsovård, BB och socialtjänsten.

Göteborgs och Bohus läns landsting

Inom landstinget har utarbetats ett handlingsprogram om förebyggande åtgärder på alkoholområdet. Programmet innehåller åtgärder som skall bilda underlag för det förebyggande arbetet med alkoholfrågan under femårsperioden 1986–1990. Meningen är åtgärdsprogrammet skall kontinuerligt följas upp, utvärderas och förnyas.

Skaraborgs läns landsting

I samarbete med Svenska Kommunförbundets länsavdelning har landstinget – med utgångspunkt i landstingsförbundets erfarenheter av FA-projektet – anordnat en tvådagars fortbildning för personal inom landstingets primärvård och primärkommunens socialtjänst. Fortbildningen, som bedrivits lokalt och med lokala föreläsare, har omfattade totalt ungefär 300 personer i 17 kommuner.

Älvsborgs läns landsting

FA-projektet bedrivs inom mödra- och barnhälsovården i Älvsborgs läns södra sjukvårdsdistrikt år 1982. De under projektet utarbetade metoderna har efter projektets slut i stort sett integrerats i det dagliga arbetet.

Parallellt med projektarbetets genomförande pågick en omfattande utvärdering. Tre kompletterande utvärderingsstudier har gjorts. Dessa är dokumenterade i Rapporten Personal, Rapporten Fortbildning och Rapporten Föräldrar. En uppföljande studie av den sistnämnda rapporten utförs för närvarande inom mödrahälsovården. Syftet med undersökningen är att få en bild av hur föräldrarna uppfattar mödrahälsovårdens verksamhet totalt och speciellt beträffande alkohol och tobak. Vidare syftar undersökningen till att ta reda

på om samtalen på MVC haft någon betydelse för föräldrarnas inställning till alkohol och tobak. Undersökningen syftar också till att ta reda på om samtalen på MVC haft någon betydelse för föräldrarnas inställning till alkohol och tobak.

Kristianstads läns landsting

Kristianstads läns landsting anordnade 1982 och 1983 två kurser för barnmorskor och BVC-personal om missbruk och graviditet. Förutom den rena informationen om alkoholens skadeverkningar under graviditet lades stor vikt vid samtalsträning. Efter kurserna har de flesta barnmorskor i länet vid inskrivningssamtalet haft en öppen intervju med de blivande föräldrarna och då avrått helt från alkohol under graviditeten. Barnmorskorna i länet hade vidare i november 1986 en studiedag som uppföljning till ovanstående kurser.

Västmanlands läns landsting

I Västmanlands län påbörjades år 1984 en regionvis utbildning av all personal inom mödra- och hälsovården, delvis i samarbete med kommunens socialtjänst. Under våren 1985 hade all personal genomgått denna utbildning. I april 1986 skickades en enkät ut till samtliga 17 gruppleddare i FA-utbildningen.

En sammanställning av enkäten håller på att färdigställas.

Syftet med utbildningen var att ge personalen inom mödra- och barnhälsovården förutsättningar att våga ta upp frågan om alkohol och andra beroendeframkallande medel på ett aktivt sätt med blivande och nyblivna föräldrar. Utbildningen syftade även till att ge stimulans till att förbättra samarbetet mödra- och barnhälsovård och socialförvaltning vad gäller missbrukare och blivande mödrar i riskzonen.

Kronobergs läns landsting

Hälsoupplýsningen i Kronobergs läns landsting har sedan 1983 arbetat med att få barnmorskor på MVC att offensivt fråga och upplysa om drogbruk i samband med graviditet. Samarbetet har gått till så att landstinget har inbjudit till temadagar med föreläsare från andra landsting. Bl.a. har kurator och barnmorska från Huddinge inbjudits och talat om sina arbetssätt och erfarenheter. Landstinget har också visat olika videotaper i detta ämne som belyser hur man kan gå tillväga när personalen möter olika blivande föräldrar. En barnmorska från en av MVC har också avsatt tid för att vara med vid dessa visningar för att leda diskussioner och svara på frågor.

Malmöhus läns landsting

I anslutning till socialdepartementets presentation av FA-projektet i april 1983 bildade man i landstinget två arbetsgrupper i syfte att planera, organisera och genomföra utbildning av personal inom socialtjänsten och primärvården i alkohol- och missbruksfrågor. De båda grupperna arbetar i var sin del av landstingsområdet, nämligen den norra respektive den södra delen och har lite olika sammansättning. I bägge grupper ingår dock bl.a. socialtjänsten och respektive mödra- och barnhälsovårdsöverläkare.

Arbetsgrupperna har sedan tagit fram utbildningsprogram som de genomför för socialtjänstens och landstingets personal tillsammans i varje enskilt primärvårdsdistrikt. Denna utbildning pågår fortfarande och man arbetar kontinuerligt med utbildningsprogrammen för att få dem så bra som möjligt så att de svarar mot kursdeltagarnas önsknings och behov och de krav som ställs på dem i dessa frågor.

Det fanns redan erfarenhet av organiserad personalutbildning i alkoholfrågor inom mödrahälsovården. Speciellt i den södra delen hade man sedan 1979 haft regelbundna utbildningsdagar i projektet "Vänta barn utan alkohol" och de som arbetade med den utbildningen har nu också ingått i de ovan nämnda arbetsgrupperna.

Vissa inom mödra- och barnhälsovården framhåller att projekten i anslutning till FA-projektet mer eller mindre har ökat samarbetet med socialtjänsten, alltså något som man fått "på köpet". Andra beklagar dock att socialtjänsten inte har kunnat uppehålla entusiasmen på grund av, som man bedömer det, bristande resurser.

På landstingsmötet i november 1985 beslutade man att i budget- och verksamhetsplanen för 1986-1988 i det hälsopolitiska arbetet prioritera bland annat psykisk hälsa inklusive åtgärder mot alkoholmissbruk. Detta beslut togs mot bakgrund av kunskaper om de föreliggande hälsoproblemen inom landstingsområdet.

I mars 1986 beslutades så om ett alkoholpolitiskt program.

Gävleborgs läns landsting

Landstingsförbundet initierade i början av 1980-talet projektet "Föräldrar och alkohol". Gävleborgs läns landsting bedrev lokalt inget särskilt projekt med anledning av de planer som landstingsförbundet arbetade fram. Däremot genomfördes studiedagar m.m. om graviditet och alkohol för personal/resurspersoner som kommer i kontakt med dessa frågeställningar. Avsikten var att dessa studiedagar skulle följas upp genom lokala initiativ. I exempelvis Söderhamns kommun fortsatte en mindre grupp att arbeta med problemen i form av studiecirklar. I flertalet kommuner har emellertid inget ytterligare skett i anslutning till projektet.

Något senare startade ett missbruksprojekt mellan Gävle kommun och Gävle sjukvårdsdistrikt. Ett antal arbetsgrupper bildades och en av dessa grupper studerade graviditet och missbruksproblemet. Förslag till åtgärder m.m. sammanställdes i ett vårdprogram. I anslutning till missbruksprojektet ordnades ett flertal studiedagar och temadagar.

Genom en särskild samarbetsgrupp mellan landstinget och länets kommuner (X-KOLA) har dessutom utarbetats ett handlingsprogram i alkohol- och narkotikafrågor. Avsikten är att handlingsprogrammet skall vidareutvecklas lokalt.

Göteborgs kommun

I linje med intentionerna i FA-projektet har Gbg:s sjukvårdsförvaltning inrättat en särskild kuratorstjänst med uppgift att spåra missbrukande och högkonsumerande kvinnor under graviditet. I samverkan med mödrhälsovård, kvinnoklinik, barnhälsovård, vuxenpsykiatri och socialtjänst har ett handlingsprogram utarbetats.

Sammanfattningsvis anförs följande i handlingsprogrammet.

Samtliga gravida bör få en saklig alkoholinformation med upplysning om skaderisker för kvinnan och barnet av personal på MVC. En alkoholanamnes med hjälp av frågeformuläret "10 frågor" bör utföras. Identifierade högkonsumerare och kvinnor i riskzonen bör i första hand få stöd, vård och behandling inom mödravården. Psykologiskt, medicinskt och socialt stöd skall ges i nära samverkan med socialtjänst och olika institutioner för alkoholproblem. Mödravården bör intensifiera kontakter mellan barnhälsovården – socialtjänsten – psykiatri – BB – barnkliniken för diskussion av gemensamma behandlingsprinciper och för ömsesidig information.

BVC skall genom upprepade alkoholinformationer både enskilt och i grupp förmå småbarnsföräldrar att avsevärt minska skadlig alkoholkonsumtion. Barnhälsovården bör genom olika stödåtgärder och behandlingsinsatser motverka att barnen far illa i missbruksfamiljer. Samarbete med kommunens olika verksamheter för barn och med socialtjänsten är en förutsättning.

I komplicerade missbruksärenden skall samarbete etableras med de för kvinnliga missbrukare speciella enheter som finns eller kommer att etableras inom varje distrikt. Den förebyggande vården skall i dessa ärenden även arbeta i kontakt med andra adekvata verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

För övergripande frågor och utveckling av förändringsarbetet med missbruksfrågor inom den förebyggande vården bör en referensgrupp skapas.

Handlingsprogrammet är ännu inte formellt antaget av de olika förvaltningarna eller av Göteborgs kommuns hälsovård.

Summary

Terms of reference

By decision of December 3, 1981 the Government appointed a special examiner to investigate the matter of artificial insemination and in vitro fertilization.

As special examiner the Government appointed Mr Tor Sverne, the parliamentary Commissioner for the Judiciary and the Civil Administration. To assist the examiner in an advisory capacity the Government appointed Professor Holsten Fagerberg, Department Councillor Lars Hultstrand, Chief Physician Ingrid Ursing, Department Manager Kristina Widgren and Department Manager Anders Thunved. To assist the examiner in an expert capacity the Government appointed Child Psychologist Inga Gustafsson, Professor Marc Bygdeman, Professor Ragnar Holte, Member of Parliament Lilly Bergander, Siri Häggmark, Karin Israelsson, high school teacher Linnéa Hörlén and Ass. Professors Gunilla Larsson and Ragnar Olegård. Judge of the District Court, Göran Ewerlöf was appointed Secretary.

The Committee adopted the name "The Insemination Committee".

In its first report (published in September 1983, SOU 1983:42) the Committee made a proposal on legislation and regulations concerning artificial insemination. The proposal has led to a new law on artificial insemination which came into force on March 1, 1985.

In its second report (published in February 1985, SOU 1985:5) the Committee addressed questions of an ethical, juridical, medical and psycho-social nature concerning fertilization outside the body, in vitro fertilization, IVF, and surrogate motherhood.

In this report the Committee which has now adopted the name "The Committee of the Unborn Child" brings up for consideration questions on the protection of the unborn child in such situations where the woman exposes the fetus to the risks of injury due to the woman's abuse of alcohol, narcotics, etc.

At a later stage, the Committee will address certain other questions regarding the protection of unborn children and fetal diagnostics.

Background

The suspicion that alcohol can have an injurious effect on the fetus has a long history. Already in the Bible this suspicion is given expression. A warning to Samson's mother can be found in the Old Testament: "Behold thou shalt conceive and bear a son: and now drink no wine or strong drink (Judges 13:7). In similar fashion, the laws of ancient Carthage forbade bridal couples to drink on their wedding night.

Many years later, in 1834, a report to the British House of Commons, described some infants born to alcoholic mothers as having "a starved, shrivelled and imperfect look". Ballantyne's 1904 "Manual of Antenatal Pathology and Hygiene" stated that alcohol affects pregnancy "by causing abortion, premature labor and by weakening the infant by disease or deformity".

Not until the 1970's research was initiated in this field in earnest. In recent years, an increasing number of research reports have been published. Also these indicate that abuse during pregnancy of narcotics, excess consumption of certain medicaments (primarily psychodrugs) and smoking may cause injury to the fetus.

Effects on the expected child of abuse etc during pregnancy.

If a woman abuses alcohol during the pregnancy injuries may be caused to the fetus. These injuries are generally divided into three groups, i.e. 1) growth retardation 2) central nervous system involvement and 3) characteristic facial dysmorphism. If a child displays symptoms of all these injury groups it is said to suffer from fetal alcohol syndrome (FAS). If a child show symptoms of one or two of the unjury groups the expression partial alcohol syndrome is used. FAS has been described in children of mothers who have during the pregnancy consumed practically daily a quantity of 20-30 cl of strong alcohol or a corresponding alcohol volume in beer or wine. The risk that a child will incur FAS after such a consumption has been estimated at 20-50 percent. What effect a more modest alcohol consumption or excess consumption of alcohol on some single occasion can have on the fetus is less certain, however. Researchers find it on the other hand reasonable to assume that also lower consumption level may in cases of regular consumption have an unfavourable effect on the development of the fetus, primarily its growth, although no treshold level under which no injurious effects whatsoever will be inflicted on the fetus has been determined.

Also when the woman engages in abuse of narcotics during the pregnancy various kinds of injuries may be caused to the fetus.

Children of women who have abused *heroin* during pregnancy often show abstinence symptoms when born. They may also display

behavioural deviations, primarily in the form of hyperactivity and learning and perception disturbances. If the woman has undergone methadone therapy during pregnancy the child sometimes displays a corresponding symptom pattern.

Children of women who have abused *amphetamine* during pregnancy are markedly inactive during the time immediately after the delivery. There is also an increased frequency in this category of prematurely born children and mortality in conjunction with delivery among children of amphetamine abusers.

As regards abuse of cocaine and cannabis during pregnancy there are as yet no reliable research results available.

Findings in recent research indicate that an excess consumption of certain psychodrugs during the pregnancy may also cause injuries to the fetus of the same type as from abuse of alcohol.

If a woman smokes excessively during the pregnancy the risk increases for giving birth to an underweight child. This applies also in cases when the woman is exposed to passive smoking, for instance by the child's father. This exposes e.g. an underweight child to a certain increased risk of death or brain injuries in conjunction with delivery. Certain studies also indicate that a child whose mother has smoked excessively during pregnancy runs the risk of being negatively influenced psychically as well as mentally.

There is also research indicating that if an alcoholabusing pregnant woman smokes, this increases the risk of fetal injuries.

In the mid 1970's the number of children born annually in Sweden with complete or partial FAS was estimated to be 100-400.

A questionnaire survey made by the Committee at all pediatric clinics in Sweden indicates that the number of children suffering from such alcohol injuries has decreased substantially since then, and as a result it is currently not more than some 50 children per annum in this group. This trend is confirmed by studies made abroad. In the opinion of the Committee this positive development can primarily be ascribed to a new awareness among pregnant women and personnel in the public Health Service and the Social Welfare Service about the risks of fetal injuries caused by abuse of alcohol and/or drugs during the pregnancy. The extensive information i.a. in massmedia and schools in recent years has probably contributed effectively to this awareness.

The committee's considerations

Information to the public

It is a reasonable assumption that every pregnant woman wishes to give birth to a healthy child. The pregnancy should consequently be a

very favourable period when it comes to making women motivated to abstain from alcohol, narcotics and other drugs injurious to the fetus and to otherwise observe a suitable way of life. For the majority of women who intend to have children or who are already pregnant it is in most cases sufficient to give them factual information on the risks to the expected child of consuming alcohol and other drugs, in order to persuade the woman to abstain from such consumption.

An important element in the general information is advise to young people who will be parents in a few years. Information of the danger of using narcotics during pregnancy should consequently be given in the upper classes of the elementary school and then in the upper secondary school. Such information is given already today to a certain extent.

Other important channels of general information on the subject are the maternity centers, the public parent education programs and the advisory service on contraceptives as well as the special youth welfare centers.

Information should also be imparted to the father to-be who has an important task to fulfill with regard to making the woman abstain from drugs during the pregnancy.

With regard to psychodrugs it should primarily be the task of doctors and the pharmacies to inform on the risks of fetal injuries if during the pregnancy the woman engages in excess consumption of such drugs.

With regard to smoking during pregnancy information should be given the parents to-be in the same way as when drugs are concerned.

Special activities

Largely all pregnant mothers are sooner or later in contact with the maternity health service which consequently holds a central position in preventing or counteracting the incidence of fetal injuries due to abuse as referred to above.

Also personnel in the primary health service and in adult psychiatric nursing as well as at the women's clinics plays an important role when it comes to giving pregnant abusers assistance and support.

The Committee recommends that reference groups be set up – regionally or by county council area – and given the overriding responsibility for instruction, guidance, methods development and consultation. These groups should be composed in a way to permit pediatric, obstetric and psychiatric expertis to be represented.

Also the social welfare service plays an important role when it comes to preventing or counteracting abuse injuries during pregnan-

cy. In addition to support and assistance of social and economic nature, admittance to nursing homes or private family homes may be the alternative to be recommended for the woman concerned and also the father-to-be.

Cooperation between the maternity health service, the public health service in general, and the social welfare services

The Committee finds it of special importance that the aggregate resources of the community be employed in order to protect the expected child in a situation where the pregnant woman is an abuser. At present, the Official Secrets Act prevents a free information flow between the authorities and public functions which could be in contact with the woman during the pregnancy. The Committee recommends a change in this Act which could bring about the possibility for authorities and public functions in the health services and social welfare services to convey, without being prevented from it by the law, information to each other, should this be needed in order to protect the unborn child.

The question of coercive measures

With regard to the question of coercive intervention the Committee has contemplated whether the present coercive enactments - the Act on Care of Abusers in Certain cases (LVM), the Act with Special Provisions on the Care of Young Individuals (LVU), and the Act on Providing of Institutional Psychiatric Care in Certain Cases (LSPV) - should be amended in order to enable a coercive intervention against a woman to be made in order to protect the unborn child. The Committee has, however, arrived at the conclusion that such an extension of the present legislation should not be effected. As ground for this the Committee has i.a. pointed to the circumstance that it is difficult to at present lay down conclusive criteria for an intervention, seeing that one can not know if also small quantities of alcohol or other drugs, may constitute a risk to the fetus.

The Committee moreover adduces that there is a risk that such an amendment of the law should entail that women in the risk zone would not dare to contact e.g. the maternity center which would primarily be the authority to initiate a coercive intervention.

The Committee for this reason finds that there is valid reason to, instead of extending the preconditions for coercive intervention - which would in such case only involve a minor number of women - invest more in voluntary and visiting activities.

The Committee has also contemplated extending the reporting liability of the authorities to the social welfare committees concerning children in the risk zone to apply also to unborn children. On the

same grounds as in the case of coercive intervention, the Committee has, however, found that such an extension of the reporting liability should not be ordered.

Research

The Committee finds it important that the research in this field be continued and pursued in depth. The Committee finds it particularly important to obtain information if also small quantities of alcohol may constitute a risk to the fetus. In the Committee's opinion also research concerning the treatment of female alcohol abusers should be initiated.

Statens offentliga utredningar 1987

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Otillbörlig efterbildning.[1]
Dödsboäggande och samägande av jordbruksfastighet m.m.[2]
Folkstyrelsens villkor.[6]
Barnets rätt.[7]
Skydd för det väntade barnet.[11]

Utrikesdepartementet

Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet.[8]

Försvarsdepartementet

Det svenska totalförsvaret inför 90-talet.[9]

Finansdepartementet

Långtidsutredningen '87.[3]
Indrivningslag.[10]

Civildepartementet

En ny kyrkolag m.m. Del 1.[4]
En ny kyrkolag m.m. Del 2.[5]

Statens offentliga utredningar 1987

Kronologisk förteckning

1. Otillbörlig efterbildning. Ju.
2. Dödsboärande och samägande av jordbruksfastighet m.m. Ju.
3. Långtidsutredningen '87. Fi.
4. En ny kyrkolag. Del 1. C.
5. En ny kyrkolag. Del 2. C.
6. Folkstyrelsens villkor. Ju.
7. Barnets rätt. Ju.
8. Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. Ud.
9. Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. Fö.
10. Indrivningslag. Fi.
11. Skydd för det väntade barnet. Ju.



ALLMÄNNA FÖRLAGET

ISBN 91-38-09590-4
ISSN 0375-250X