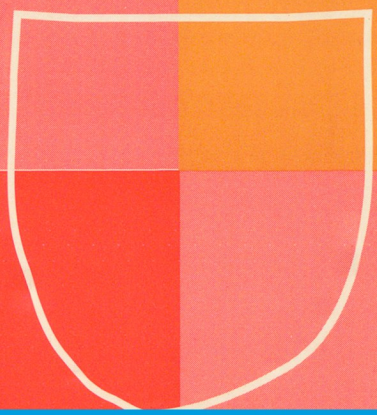
BARN FÖRÄLDRAR ALKOHOL



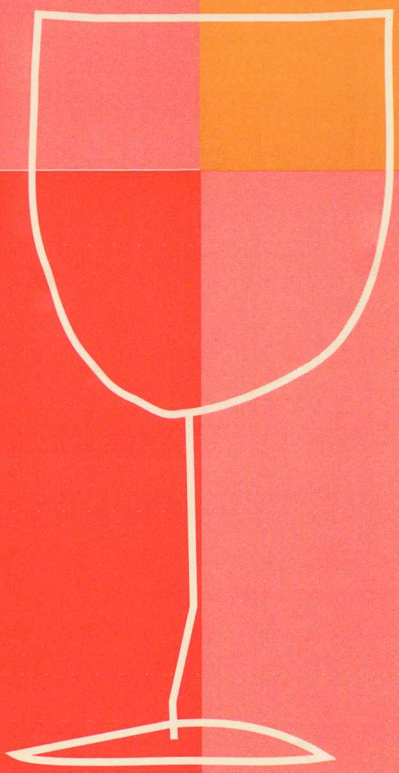
Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

SOU 1994:29

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

BARN FÖRÄLDRAR ALKOHOL



SOU 1994:29

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

Ref KB Occ SOU

Statens offentliga utredningar
1994:29
Socialdepartementet

Barn – Föräldrar – Alkohol

Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen
Stockholm 1994

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

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

Graphic Systems AB, Göteborg 1994

ISBN 91-38-13586-8
ISSN 0375-250X

Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 19 december 1991 bemyndigades statsrådet Bengt Westerberg att tillkalla en parlamentarisk kommission med uppdrag att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a. i ett EG-perspektiv.

Kommissionen har antagit namnet Alkoholpolitiska kommissionen. Kommissionen har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier. Till kommissionen har knutits sakkunniga från Utrikes-, Finans- och Socialdepartementen, Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, experter från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Karolinska Institutets avdelning för socialmedicin samt juridisk expertis. Sammansättningen av kommissionen framgår av betänkandets bilaga 2.

Kommissionen har tidigare avlämnat delbetänkandet Serveringsbestämmelser (SOU 1993:50) med förslag till ändringar i lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD).

Enligt direktiven (dir. 1991:124) ingår i uppdraget att kartlägga och analysera alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd. En särskild expertgrupp tillsattes i mars 1993 för att bereda denna del av kommissionens uppdrag. Följande personer har ingått i gruppen: barnhälsovårdskonsulent Anna-Bodil Bengtsson, Vänersborg, professor Mats Berglund, Malmö, socionom Rita Christensen, Nacka, socionom Margareta Gustafsson, Göteborg, professor Per-Anders Rydelius, Stockholm, forskningsassistent Ulla Zetterlind, Malmö. Per-Anders Rydelius har fungerat som ordförande och Margareta Gustafsson som sekreterare.

Kommissionen får nu avlämna detta delbetänkande, Barn–Föräldrar–Alkohol (SOU 1994:29). I betänkandet redovisas en kunskapsöversikt av missbrukets konsekvenser för de anhöriga, nuläge vad gäller stöd- och behandlingsinsatser samt kommissionens överväganden och förslag i dessa delar.

Kommissionen avslutar sitt arbete genom att – utöver detta delbetänkande – nu överlämna dels sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24), dels delbetänkandena Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge (SOU 1994:25), Att förebygga alkoholproblem (SOU 1994:26), Vård av alkoholmissbrukare (SOU 1994:27) samt Kvinnor och alkohol (SOU 1994:28).

Kommissionen är enig om innehållet i detta delbetänkande.

Stockholm i mars 1994

Ingemar Mundebo

Karin Israelsson *Bert-Inge Karlsson* *Peter Kling*

Owe Larsson *Ulla Orring* *Sverre Palm*

Anita Persson *Gabriel Romanus* *Sten Svensson*

Claes Örtendahl

/Hans Noaksson

Margareta Gustafsson

Johan Hellstrand

Innehållsförteckning

Sammanfattning 11

1 *Inledning* 17
1.1 Kommissionens direktiv 17
1.2 Andra projekt 18
1.3 Expertgruppen 18
1.4 Delbetänkandets syfte 19

2 *Alkoholberoende och dess konsekvenser för den kroppsliga och psykiska hälsan, familjen och yrkeslivet* 21
2.1 Att definiera alkoholberoende 21
2.2 Frekvens av alkoholberoende 22
2.3 Ärftlighet 22
2.4 Dödlighet 22
2.5 Sjuklighet 23
2.6 Förlopp 23
2.7 Arbetsfunktion 24
2.8 Familjen 24
2.8.1 Funktionsstörningar och skador hos den alkoholberoende patienten 25
2.8.2 Funktionsstörningar och skador hos partnern till den alkoholberoende patienten 26
2.8.3 Funktionsstörningar och skador hos barnen till den alkoholberoende patienten 27
2.9 Sammanfattning 29

3 *Föräldraskap och missbruk* 31
3.1 Att bli förälder 31
3.2 Gravida missbrukare 31
3.3 Utvecklingen av föräldraskapet 32
3.3.1 Föräldraskapets förändring över tid 33
3.4 Missbrukets konsekvenser för föräldraskapet 33
3.4.1 Stöd i föräldraskapet 34
3.5 Bedömning av förälderns omvårdnadskapacitet 35
3.6 Föräldrastöd vid separation från barnet 36
3.7 Sammanfattning 37

4 *Anhörigperspektivet* 39
4.1 Inledning 39
4.2 Synen på alkoholistanhöriga 39
4.2.1 Individen 39
4.2.2 Familjen 41
4.3 Överföring av alkoholism mellan generationer 42
4.3.1 Familjekulturens betydelse 42
4.3.2 Rollmodeller och andra former av påverkan 43
4.3.3 Skyddande faktorer för överföring av alkoholism 44
4.4 Missbrukets sociala och ekonomiska konsekvenser för familjen 44
4.4.1 Anhöriga till kvinnlig missbrukare 45
4.4.2 Våld i alkoholistäktenskapet 45
4.4.3 Alkoholistpartners – en högriskgrupp 46
4.5 Familjens betydelse för behandlingsresultat 46
4.5.1 Familjeintervention som preventionsstrategi? 47
4.6 Behandlingsmodeller 47
4.6.1 Familjesjukdomsmodellen 47
4.6.2 Familjesystemmodellen 47
4.6.3 Social inlärningsmodell – beteendemodell 48
4.7 Behandlingstekniker 48
4.7.1 Individuell behandling 48
4.7.2 Parbehandling 49
4.7.3 Äktenskaps- eller familjeterapibehandling 49
4.7.4 Case work 49
4.7.5 Självhjälpsgrupp 49
4.8 Sammanfattning 50

5 *Barn till alkoholiserade föräldrar – en kunskapsöversikt* 51
5.1 Forskningsintresset under den senaste 20-årsperioden 51
5.2 Skadepanoramat – en genomgång av den vetenskapliga litteraturen 53
5.3 Barn till alkoholiserade fäder – ett svenskt pionjärarbete 56
5.3.1 En fallbeskrivning 58
5.4 Undersökningar om missbruksbarns utveckling från barndom till vuxenliv 58
5.5 En hypotes för fortsatt forskning 60
5.6 Sammanfattning 61

6 *Barns reaktioner på missbruk och stödinsatser - några erfarenheter* 63
6.1 Barnens situation 63
6.1.1 Precis som pappa 64
6.2 Ansvar 64
6.3 Besvikelse 66
6.4 Stöd 67

7 *Vuxna barn till alkoholister – erfarenhet från terapigrupper* 69
7.1 Bakgrund 69
7.1.1 Terapigruppens syfte 69
7.2 Uppväxtens kaos 70
7.2.1 Besvikelse och skam 70
7.3 Att skriva om historien 71
7.3.1 Att sluta fred med barndomen 71

8 *Alkoholmottagningarnas stöd till och behandling av vuxna anhöriga och tonårsbarn till alkoholmissbrukare* 73
8.1 Bakgrund 73
8.2 Aktuell undersökning 73
8.3 Resultat 74
8.3.1 Stöd och behandling till vuxna anhöriga och tonårsbarn 74
8.4 Olika typer av anhörigprogram 76
8.4.1 Exempel på anhörigprogram vid universitetssjukhusen 76
8.4.2 Exempel på anhörigprogram i kommunal regi 77
8.4.3 Exempel på öppenvårdsprogram enligt Minnesota-modellen 78
8.4.4 Verksamhet för tonårsbarn till alkoholmissbrukare . . . 78
8.5 Sammanfattning 79

9 *Anhörigstödet – förfrågan till länsstyrelserna* 81
9.1 Ett viktigt område 81
9.2 Redovisning 82
9.2.1 Individuellt stöd 82
9.2.2 Gruppverksamhet 82
9.2.3 Andra stödformer 83
9.2.4 Några iakttagelser 84
9.3 Sammanfattning 84

10 *Verksamheter och insatser för barn till alkoholmissbrukare* 87
10.1 Bakgrund 87
10.2 Direkta insatser för yngre barn 88
10.2.1 Individuella insatser 88
10.2.2 Gruppverksamheter 88
10.2.3 Några synpunkter på gruppverksamheter 91
10.3 Barnen i grupperna 92
10.3.1 Vilka barn deltar? 92
10.3.2 De mest utsatta får inte del av stödet 93
10.4 Föräldrarna 93
10.4.1 Motivationsarbete och aktiv påverkan 94

10.5 Indirekta insatser 94
10.5.1 Några exempel på indirekta insatser 95
10.5.2 Effekter av indirekta insatser 96
10.6 Sammanfattning 96

11 *Personalintervjuer i tio kommuner* 99
11.1 Inledning 99
11.2 Sammanställning av intervjuerna 100
11.2.1 Barnmorskor på mödravårdscentraler 100
11.2.2 Sjuksköterskor på barnavårdscentraler 102
11.2.3 Föreståndare inom barnomsorgen 103
11.2.4 Skolsköterskor 105
11.2.5 Arbetsledare inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg 106
11.3 Sammanfattning 107

12 *Grundutbildning och fortbildning om barn till alkoholmissbrukare* 109
12.1 Grundutbildningar förändras 109
12.1.1 Missbrukskunskap i grundutbildning 109
12.1.2 Anhörigkunskap i grundutbildning 110
12.1.3 Grundutbildningarna och barnen till missbrukare . . . 110
12.2 Fortbildning och vidareutbildning 111
12.2.1 Några exempel på personalfortbildning 111
12.3 Grundutbildning eller fortbildning? 112
12.3.1 IKM - en modell 113
12.4 Sammanfattning 114

13 *Hinder och möjligheter* 115
13.1 Inledning 115
13.2 Strukturrelaterade hinder och möjligheter 115
13.2.1 Kunskap 115
13.2.2 Ekonomi 116
13.2.3 Organisation 117
13.3 Personrelaterade hinder och möjligheter 118
13.4 Några exempel: 120
13.4.1 Hur daghem kan upptäcka och stödja barn med alkoholmissbrukande föräldrar 120
13.4.2 Hur skolan kan upptäcka och stödja barn med alkoholmissbrukande föräldrar 123
13.5 Sammanfattning 125

14 *Lokala handlingsprogram: Barn – föräldrar - alkohol* 127
14.1 Förutsättningar 127
14.2 Utformning 128
14.2.1 Graviditet 128
14.2.2 Småbarns- och förskoleåldern 129
14.2.3 Låg- och mellanstadiet 129
14.2.4 Högstadiet och gymnasieskolan 130
14.3 Sammanfattning 131

15 *Kommissionens förslag* 133
15.1 Anhöriga 133
15.2 Grundutbildning och fortbildning 134
15.3 Samarbete – samverkan 135
15.4 Program – planer 136
15.5 Anhörigsyn 136
15.6 Forskning – utvärdering 137
15.7 Specialisering och samordning 138

Referenser 139

Bilagor:

1 Direktiv 147
2 Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning 155

Sammanfattning

Alkoholpolitiska kommissionen har i uppdrag att göra en bred översyn av den svenska alkoholpolitiken. Enligt direktiven för kommissionens arbete ingår i uppdraget att "kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd".

Bakgrund

Bilden av alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser är inte entydig. Missbruksmönster, barns ålder, stöd i familje- eller vänkrets etc. är några faktorer som kan öka eller minska de påfrestningar som anhöriga utsätts för i missbruksmiljön.

Uppgifter saknas om hur många anhöriga – vuxna och barn – som skadas av att någon i familjen missbrukar. Missbruket är ofta dolt och därför okänt utanför familjen eller den närmaste omgivningen. Att anhöriga som lever med missbrukare påverkas och skadas i större eller mindre grad är vetenskapligt belagt. I synnerhet är konsekvenserna för barnen alarmerande. Forskningsresultat har visat att mer än 10 procent av barnen i Sverige växer upp i missbruksmiljö. Många av dessa barn får allvarliga problem under uppväxten och i vuxen ålder som en följd av missbruket i hemmet.

Kunskapsläge

Svensk och internationell forskning har gett omfattande kunskaper om alkoholberoendets konsekvenser såväl för missbrukaren själv som för anhöriga. Kapitel 2 belyser alkoholberoendets inverkan på missbrukarens personlighet och sociala funktion samt redovisar en undersökning där samspelet mellan missbrukare, samlevnadspartner och barn studerats under 10 år. En viktig iakttagelse är att om missbruket upphör minskar skadorna avsevärt hos partnern och barnen.

Kapitel 3 diskuterar hur missbruket påverkar förmågan att fungera som förälder. Som regel berörs inte konsekvenserna för föräldraskapet vid behandling av missbrukaren och därmed får inte föräldrarna tillgång till det stöd som omständigheterna kräver för att klara föräldraskapet.

Synen på anhöriga har under åren förändrats. I kapitel 4 sammanfattas utvecklingen utifrån några internationella studier. Risken för psykiska och psykosomatiska symptom hos anhöriga, eget missbruk samt förekomst av våld bekräftas i internationell forskning. Under det senaste decenniet har medveten-

heten om familjebehandlingens betydelse ökat och olika behandlingsmodeller och tekniker involverar numera anhöriga.

Kapitel 5 visar i en kunskapsöversikt de risker som finns och de skador som barn kan drabbas av vid uppväxt i missbruksmiljö. Intresset för barnens situation och missbruksmiljöns effekter på barn har successivt ökat inom flera forskningsområden. Forskningen har bl.a. bekräftat de skador som fostret kan drabbas av om modern missbrukar alkohol under graviditeten. Andra undersökningar, svenska och internationella, visar att barn med alkoholmissbrukande förälder ofta får beteendestörningar, skolproblem, anpassnings- och missbruksproblem etc.

Två avsnitt, kapitel 6 och 7, kompletterar kunskapsöversikten om barn från ett annat perspektiv. Kapitel 6 beskriver barnens reaktioner så som de iakttagits av personal som arbetar med barn till missbrukare medan kapitel 7 förmedlar en terapeuts erfarenhet av hur vuxna kvinnor, uppväxta i alkoholisthem, ser på sin barndom och hur de har det som vuxna.

Kunskapen når inte ut

Trots att kunskap finns om anhörigas situation och problem når den inte ut eller omsätts inte i arbetet av yrkesverksamma som möter missbrukare och anhöriga. Kapitel 8 redovisar intervjuer med företrädare för alkoholmottagningar och alkoholkliniker. Mindre än hälften av de intervjuade uppgav att det var vanligt att de erbjöd anhöriga insatser och en tredjedel av mottagningarna/klinikerna hade särskilda program, anpassade för anhöriga vuxna och tonårsbarn. Även om den öppna missbruksvården önskar arbeta med anhörigproblematik, har insatser inte kunnat erbjudas på grund av bristande resurser och otillräcklig kunskap.

Ett försök att uppskatta omfattningen av anhörigstödet redovisas också i kapitel 9. Länsstyrelsernas sociala enheter har tillfrågats om vilka insatser som erbjuds anhöriga i respektive län. Med beaktande av att tiden var mycket begränsad för att besvara förfrågan gör inte länsstyrelsernas svar anspråk på att ge en fullständig bild av förekomsten av anhörigstöd i länen. Det kan dock noteras att det finns stora skillnader mellan länen. En del län har mycket verksamhet och kommunerna i länet inspirerar och stimulerar synbarligen varandra när det gäller att erbjuda anhöriga stöd medan andra län har få verksamheter för anhöriga i kommunal eller landstingskommunal regi.

Kapitel 10 redovisar verksamheter och insatser för barn till missbrukare, upp till 12–13 års ålder. För dessa yngre barn fanns enligt en inventering vid årsskiftet 1992/1993 ett 10-tal särskilt riktade och anpassade gruppverksamheter i kommunal eller annan regi i landet. Förutom dessa verksamheter som riktar sig direkt till barnen finns flera exempel på utbildningsinsatser för personalgrupper som möter barn i dagligt arbete. Syftet med dessa utbildningsinsatser är att förmedla kunskap om alkohol och alkoholens konsekvenser för barn, göra personalen kunnigare och mera uppmärksam på barnets signaler och ge beredskap att hantera problemet.

Personalintervjuerna i kapitel 11 ger en bild av hur väl personal i olika verksamheter för närvarande förmår upptäcka och stödja barn och vuxna i familjer med missbruk. Sammanlagt har 50 intervjuer genomförts i 10 kommuner. En viktig iakttagelse är att ju mer kunskap personalen har om alkohol och alkoholens konsekvenser, desto mer uppmärksammas barnen. På motsvarande sätt framkommer att ju större kunskapsbristen är, desto större är benägenheten att förneka problemet. Intervjuerna visar också att för många är alkoholmissbruk ett tabubelagt ämne som det är mycket svårt att tala om med barn och föräldrar. De som intervjuades framhöll att de saknade kunskap i ämnet och att samarbete/samverkan måste förbättras mellan olika verksamheter.

Utbildningen är bristfällig

Kunskapsbristen som påtalas i personalintervjuerna är en konsekvens av att grundutbildningar för vård-, omsorgs- och läraryrken endast undantagsvis förmedlar kunskap om missbruk eller missbrukets konsekvenser för anhöriga (kapitel 12). Stora personalgrupper ställs inför problematiken i sitt arbete utan att ha den kunskap som behövs för att förstå problemet, våga arbeta med det eller veta vart det skall hänvisas. Alkoholberoendets konsekvenser uppmärksammas vanligtvis inte i fortbildning eller vidareutbildning och möjligheterna att kompensera kunskapsbristen från grundutbildningen är därmed begränsade.

Hinder och möjligheter

Kunskapsbristen är ett exempel på ett strukturellt hinder för arbete med anhöriga. Avsaknad av resurser och förändringar i organisation är andra hinder som kan försvåra att insatser genomförs. De största hindren är dock de personrelaterade som hänger samman med personals inställning, värderingar, mod att våga uppmärksamma och hantera problemet och önskan och vilja att samarbeta med andra med annan kompetens (kapitel 13). Samtidigt som dessa hinder är stora, inrymmer de också möjligheter. Ett medel för förändring är ökade kunskaper. Det finns flera exempel på att utbildningssatsningar gett mycket goda resultat. Flexibel användning av resurser mellan verksamheter med bättre tillvaratagande av kompetens liksom samverkansgrupper över yrkesgränserna kan också visa goda resultat. Några exempel på hur skola och barnomsorg kan uppmärksamma och stödja barn och föräldrar beskrivs också i kapitel 13.

Kommissionens förslag

Enligt kommissionens mening är det övertygande belagt att alkoholmissbruk i familjen påverkar och skadar familjemedlemmarna. I synnerhet är de skador som barn utsätts för alarmerande. De stödinsatser som för närvarande erbjuds står inte i proportion till problemets omfattning. En anledning är att anhörigproblematiken inte uppmärksammas i tillräcklig grad, en annan är att kunskap saknas om vilka metoder, insatser och åtgärder som bäst tillgodoser behov hos olika målgrupper och dessa målgruppers olika förutsättningar och inställning till stöd och behandling. Avsaknaden av utvärderingar förhindrar jämförelser av resultat och effekter vilket i sin tur påverkar beredskapen för initiativ. Kommissionen anser att det är av största vikt att befintliga verksamheter, insatser och åtgärder beskrivs och utvärderas och att förutsättningar ges för att det i projekt eller på annat sätt tillskapas möjligheter som bidrar till ytterligare utveckling. Det är särskilt angeläget att barnens behov tillgodoses och i första hand bör arbetet vara inställt på utveckling av insatser för en förbättring av barnens situation.

Förslagen till åtgärder i kapitel 15 i detta betänkande kan enligt kommissionens mening tjäna som utgångspunkter och underlag för kraftfulla initiativ rörande de familjesociala konsekvenserna av alkoholmissbruk.

Utgångspunkten har varit att ge förslag som inte kräver stora resurstillskott eller förändringar i organisation. Förslagen visar på vägar att förbättra situationen för anhöriga: kunskapsförmedling i grundutbildningar och i fortbildning; flexibelt utnyttjande av befintliga resurser; kompetenshöjning genom samverkansgrupper och genom att använda specialiserade enheter som kunskapskällor; stimulans av utvärderingsforskning m.m. Handlingsprogram kan vara ett hjälpmedel både för att initiera och senare utveckla arbetet. I kapitel 14 lämnas ett förslag till ett lokalt handlingsprogram rörande barn-föräldrar-alkohol. Programmet, som kan anpassas och förändras efter lokala förutsättningar kan ingå som delprogram i ett övergripande kommunalt alkoholpolitiskt program.

Ansvaret för att anhöriga får det stöd och den hjälp de behöver åvilar kommuner och landsting. I detta ansvar ligger också att personal i olika verksamheter har nödvändig kunskap om problematiken och förutsättningar att hantera den.

För utveckling av kunskap och metoder i större skala, för utvärdering och för spridning av erfarenheter anser kommissionen att det krävs en övergripande, nationell samordning. Detta övergripande ansvar bör, med tanke på att anhörigproblematiken inrymmer en rad olika aspekter, delas mellan Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen.

De viktiga förebyggande aspekterna som inrymmer upplysning, information och breda utbildningsinsatser ingår i Folkhälsoinstitutets ansvarsområde och bör vara en del i institutets preventiva insatser för folkhälsan. Uppgiften att stimulera utvecklingen av behandlingsverksamhet och utbildning av behandlare har däremot Socialstyrelsen ett nationellt ansvar för. Inte minst är utvärderingar av metoder i arbetet och verksamheter för anhöriga angelägna frågor.

Socialstyrelsen har också i sitt tillsynsansvar att följa utvecklingen av anhöriginsatser.

Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet bör inom ramen för tillgängliga resurser stödja verksamheter och projekt för anhöriga och därigenom bidra såväl till kunskapsutveckling som kunskapsspridning inom området.

1 Inledning

1.1 Kommissionens direktiv

Enligt de direktiv som ligger till grund för Alkoholpolitiska kommissionens arbete är en av kommissionens centrala uppgifter att kartlägga alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser. Bakgrunden till detta anges på följande sätt i direktiven:

> Alkoholmissbrukets ekonomiska, sociala och psykologiska följder för missbrukarens familj har bara i mycket begränsad utsträckning varit föremål för forskningens intresse. Det gäller inte minst frågan om vad det innebär för barn att leva med vuxna som har alkoholproblem.
>
> De vuxnas alkoholmissbruk finns med som en av de vanligaste orsakerna till beslut om placering av barn i samhällsvård. Alkoholen spelar emellertid en destruktiv roll i långt fler fall än så. Det är rimligt att anta att det finns ett stort antal barn och ungdomar som far illa i det tysta på grund av föräldrarnas missbruk. Olika studier visar också att alkoholen ofta finns med i bilden vid såväl kvinnomisshandel som barnmisshandel och andra övergrepp mot barn.
>
> En av de allvarligaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil miljö, vilket kan leda till störningar i barnens identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund.
>
> Olika metoder för att stödja missbrukares anhöriga har under senare år börjat utvecklas i flera länder. I Sverige har det t.ex. under 1980-talet skett en utbyggnad av familjebehandling inom institutionsvården. Även inom öppenvården har det familjeinriktade arbetet börjat utvecklas framför allt inom ramen för olika försöks- och utvecklingsprojekt. Det är angeläget att dessa nya vårdformer utvärderas kontinuerligt och att man därvid särskilt beaktar i vilken mån barnens behov tillgodoses.

Kommissionens konkreta uppdrag på detta område är enligt direktiven att "kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd".

1.2 Andra projekt

Frågan om stöd från samhällets sida till utsatta barn är också aktuell i andra sammanhang. Bl.a. pågår vid Socialstyrelsen projektet "Barn i fokus" som är ett brett upplagt åtgärdsprogram med inriktning på individ- och familjeomsorgens arbete med utsatta barn. Vidare diskuteras inom Socialdepartementet för närvarande behovet av utrednings- och försöksverksamhet med integrerad förebyggande verksamhet i anslutning till mödra- och barnhälsovården samt familjerådgivningen i samverkan med socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Avsikten är att ge stöd åt familjer som sviktar, splittrade familjer samt fysiskt och psykiskt utsatta barn.

1.3 Expertgruppen

I mars 1993 tillsattes en särskild expertgrupp om sex personer som skulle bereda kommissionens uppdrag vad gäller missbrukets familjesociala konsekvenser. Till expertgruppen knöts personer med forskarbakgrund eller lång erfarenhet av praktiskt arbete inom sakområdet. Följande personer har ingått:

Anna-Bodil Bengtsson, socionom, barnhälsovårdskonsulent, Barnhälsovården i norra Älvsborg, Vänersborg, med ansvar för utbildning, handledning och konsultation kring utsatta barn och deras familjer.

Mats Berglund, professor i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet, avdelningen för klinisk alkoholforskning, Alkohol- och Narkotikakliniken, Malmö Allmänna Sjukhus.

Rita Christensen, socionom, fil.kand., alkoholrådgivare, Nacka, tidigare ordförande i Riksförbundet för alkoholmottagningar (RAM), författare till boken Missbrukarnas barn.

Margareta Gustafsson, socionom, fil.kand., Göteborg, med erfarenhet från projekt- och utredningsarbete vid Göteborgs socialförvaltning, Svenska Kommunförbundet och Socialstyrelsen bl.a. kring utsatta barn (sekr.).

Per-Anders Rydelius, professor i barn- och ungdomspsykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm, med särskild forskningsaktivitet kring missbruksmiljö och missbrukets effekter på barn (ordf.).

Ulla Zetterlind, socionom, forskningsassistent vid Lunds universitet, avdelningen för klinisk alkoholforskning, Alkohol- och Narkotikakliniken, Malmö Allmänna Sjukhus.

Härutöver har Hans Noaksson och Johan Hellstrand från kommissionens sekretariat medverkat.

1.4 Delbetänkandets syfte

Det delbetänkande som nu utarbetats med expertgruppens rapport som underlag avser *dels* att ge en översikt av de kunskaper som finns kring alkoholmissbrukets konsekvenser för de anhöriga, främst barnen, *dels* att redovisa vilken beredskap samhället har för närvarande vad gäller att identifiera, hjälpa och stödja anhöriga till alkoholmissbrukare, *dels* att ge förslag till nödvändiga och rimliga åtgärder så att såväl barnens som de vuxna anhörigas situation förbättras.

Målgruppen är alltså anhöriga till alkoholmissbrukare, men i första hand är fokus inställt på barnen. Denna intresseavvägning avspeglas också i det sätt på vilket delbetänkandet disponerats.

Denna redovisning är oss veterligen den första i Sverige som har skrivits i avsikt att ge en allsidig belysning av den situation som barn och övriga anhöriga till alkoholmissbrukare befinner sig i. Ambitionen är att den inte bara skall utgöra betänkandetext utan också kunna läsas som en samlad kunskapsöversikt i ämnet.

Slutligen måste påpekas att det av såväl ekonomiska som tidsmässiga skäl inte har varit möjligt att genomföra en vetenskaplig kartläggning av antalet barn som växer upp i Sverige med en missbrukande förälder. Med ledning av tidigare genomförda studier kan dock antas att andelen barn i missbruksmiljö uppgår till mer än 10 procent av samtliga barn i Sverige.

2 Alkoholberoende och dess konsekvenser för den kroppsliga och psykiska hälsan, familjen och yrkeslivet

Kunskapen om de förändringar som sker hos den alkoholberoende individen vad gäller hans psykiska och kroppsliga hälsa och hans förmåga att fungera i familjen och i yrkeslivet är fundamentala för att förstå de förändringar som drabbar familjen i övrigt, dvs. partnern och barnen.

2.1 Att definiera alkoholberoende

För att kunna beskriva skador måste vi tala om vad vi menar med alkoholberoende. I Sverige används ett internationellt system, ICD-9, för att diagnosticera alla sjukdomar, både kroppsliga och psykiska. Alkoholdiagnosen är inte exakt definierad i denna version. I den 10:de revisionen, ICD-10, som kommer att införas i Sverige den 1 januari 1995, har man för första gången definierat diagnosen operationellt. Med operationellt menas att klara kriterier satts upp för vad man menar med alkoholberoende. I ICD-10 krävs att 3 av 6 kriterier är uppfyllda. Kriterierna är A: "Sug" efter alkohol. B: Förlust av kontrollen över alkoholkonsumtionen. C: Tecken på fysiskt beroende (skakningar, återställarbehov). D: Toleransökning. E: Stor del av tiden går åt att dricka alkohol och återhämta sig från konsekvenserna av det. F: Fortsätter att dricka trots fysiska eller psykiska komplikationer.

Man kan alltså mycket väl få diagnosen alkoholberoende utan att ha toleransökning eller tecken på fysiskt beroende. Den moderna diagnostiken betonar förändringar av livsstil som det viktiga, inte förekomsten av beroende. I förarbetena till ICD-10 talas också om att alkoholberoende är ett cluster (samling) av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva faktorer, där alkoholkonsumtionen fått en ökad betydelse på bekostnad av annat, som tidigare hade stor betydelse i individens liv.

2.2 Frekvens av alkoholberoende

Om vi översätter resultaten i de epidemiologiska studierna, som försöker besvara frågan hur vanligt alkoholberoende är, till den nya ICD-10 diagnostiken, bör i Sverige risken för att en man utvecklar alkoholberoende under sitt liv vara 20 procent och att en kvinna utvecklar det ungefär 6 procent. Detta innebär dock inte att man nödvändigtvis är alkoholberoende under resten av sitt liv. I många fall utvecklas ett beroende i samband med att individens liv utsatts för yttre påfrestningar för att gå tillbaka då påfrestningarna minskar.

Den stora epidemiologiska undersökningen i USA, ECA-studien, fann att mer än hälften av dess alkoholberoende individer hade ett beroende som varade mindre än 5 år. Mycket talar för att situationen är likartad i Sverige. Detta måste beaktas när vi försöker uppskatta missbrukets skadeverkningar. När under livet förekom alkoholberoendet? Fanns det barn i hemmet och hur gamla var de? Beroendet kan också vara mycket olika uttalat. En del alkoholberoende individer missbrukar varje dag med ständiga komplikationer medan andra gör det 3 – 4 veckor om året och fungerar väl under mellanperioderna.

2.3 Ärftlighet

Det är klart dokumenterat att genetiska faktorer är av betydelse för uppkomsten av alkoholberoende. Detta har visats i adoptionsstudier och tvillingstudier. En av adoptionsstudierna (Köpenhamnsstudien) visade att 20 procent av de manliga individerna med alkoholberoende fader själva utvecklade alkoholberoende jämfört med 5 procent av de övriga. I en amerikansk tvillingstudie, publicerad i början av 1990-talet, fann man att 60 procent av variansen (skillnaden mellan tvillingarna) hos män förklaras av ärftliga faktorer och 40 procent av omgivningsfaktorer. Motsvarande siffror för kvinnor var 40 procent respektive 60 procent.

Det går inte att exakt ange vad som ärvs. En populär teori med stöd i vetenskapliga studier är att de som genetiskt tål alkohol bäst (mindre berusade, mindre baksmälla) i längden löper störst risk att utveckla alkoholberoende.

2.4 Dödlighet

Dödligheten är fördubblad hos alkoholberoende män i jämförelse med män i den allmänna befolkningen. Risken för alkoholberoende kvinnor att dö i förtid är ungefär lika hög som för alkoholberoende män. Det saknas fortfarande studier som följt alkoholberoende individer genom hela livscykeln men den genomsnittliga livslängden reduceras sannolikt med mellan 5 och 10 år om missbruket ej upphör. Överdödligheten minskar däremot kraftigt om missbruket upphör. 40–50 procent av den ökade dödligheten orsakas av våldsamma dödsorsaker där självmordet dominerar. Fler alkoholberoende individer dör varje år i självmord än det totala antalet trafikoffer i Sverige. Olyckshändelser, framför allt fall, och trafikolyckor är också kraftigt ökade.

10–15 procent av den ökade dödligheten beror på sjukdomar, som är relaterade till alkoholens direkt skadliga effekter på kroppen, framför allt skrumplever och alkoholrelaterad cancer. Kvinnliga missbrukare har en större risk att utveckla skrumplever än manliga missbrukare.

35–50 procent av den ökade dödligheten beror på faktorer, som har med den alkoholberoende individens livsstil att göra. Här dominerar hjärtinfarkt följd av cancer- och lungsjukdomar. 4 av 5 alkoholmissbrukare är också rökare. Rökningen förklarar en stor del av denna överdödlighet, men andra faktorer såsom matvanor är också av betydelse.

2.5 Sjuklighet

Alkoholberoende medför också en ökad sjuklighet. Sjukligheten förklaras delvis av samma orsaker som den ökade dödligheten. Akuta skador som frakturer, sen- och muskelskador är vanliga på grund av olycksfall i samband med alkoholberusning. Symptom från mag-tarmkanalen med gastrit, magsår och leverpåverkan är frekventa. Senare kommer komplikationer från hjärta och lungor orsakade indirekt av alkoholen via livsstilen.

Vad som har beaktats mindre, men som är viktigt ur skadesynpunkt, är de psykiska konsekvenserna av alkoholmissbruk. Depressioner och ångesttillstånd är vanliga som sekundära komplikationer. Av personer som söker sjukvården för alkoholproblem har merparten vid något tillfälle haft någon form av psykisk störning, som varit så uttalad att den uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos enligt operationellt definierade kriterier (DSM-III). Dessa psykiska störningar är betydelsefulla för uppkomsten av de skador som uppstår i familjen.

Hos 4 av 5 manliga individer med alkoholberoende är den psykiska störningen sekundär till missbruket, medan den är det i endast 1 fall av 3 hos kvinnliga missbrukare. Detta förklarar vikten av ett särskilt omhändertagande av kvinnliga missbrukare på särskilda kvinnomottagningar, där behovet av ett kvalificerat psykiskt omhändertagande kan tillgodoses.

Ett tillstånd som vanligtvis ej leder till döden, men som ofta medför ett svårt handikapp är Wernicke-Korsakoff's syndrom. Detta orsakas av vitamin B_1-brist och leder till en svår minnesstörning ("evig blackout") och apati. I en fjärdedel av fallen krävs långvarig institutionsvård. Detta tillstånd är vanligare än man tidigare varit medveten om. I flera undersökningar har en frekvens på 1–2 procent av samtliga avlidna rapporterats.

2.6 Förlopp

Vi vet mest om förloppet hos individer med alkoholberoende som söker behandling. Kortsiktigt upphör omkring en tredjedel med sitt missbruk, en tredjedel minskar avsevärt missbruket och en tredjedel fortsätter som tidigare. Det långsiktiga förloppet är dock betydligt gynnsammare. Under en 20-årsperiod

upphör successivt allt fler med sitt missbruk. Sättet att lösa problemet är olika i olika åldersgrupper. Unga missbrukare finner ofta en ny stabil partner och bryter upp från sin gamla miljö, medelålders missbrukare bryter ofta sitt missbruk i samband med påtryckningar från familj och arbetsplats, medan de som är över 50 år ej längre kan missbruka på grund av att kroppen alltmer säger ifrån, både med komplikationer och med minskat positivt rusupplevande.

Många vetenskapliga undersökningar visar att patienter som får behandling har ett bättre förlopp än de som inte får behandling. Hos patienter med intakt social funktion är metoder som inkluderar partnern framgångsrika. För mer utslagna missbrukare är det viktigt med inslag av social träning och stöd. Farmakologisk behandling av "alkoholsuget" har de senaste åren visat sig alltmer framgångsrik och kommer troligtvis att bli en rutinbehandling under slutet av 1990-talet.

2.7 Arbetsfunktion

Alkoholmissbruket påverkar kraftigt individens arbetsfunktion genom nedsatt arbetsprestation, ökad sjukskrivning och förtidspensionering. Detta har stora ekonomiska konsekvenser. I Johnsons ekonomiska beräkningar av alkoholmissbrukets konsekvenser – "100 miljarder kostar supen" – utgör ungefär hälften av alla kostnader olika typer av nedsatt arbetsfunktion.

2.8 Familjen

Alkoholmissbrukets konsekvenser för familjen är kanske de allra mest betydelsefulla. Våra kunskaper är här sämre än inom tidigare områden. En del studier av sambandet mellan individens alkoholmissbruk och konsekvenserna för familjen har dock genomförts. De flesta studierna har rört konsekvenserna för barn och anhöriga. Dessa resultat redovisas i kapitel 4 och 5 i detta betänkande.

Nylander och Rydelius studerade barn till alkoholberoende män från goda och dåliga sociala förhållanden och kunde visa att skadorna på barnen blev lika omfattande. Mekanismerna tycks således ha att göra med missbruket i sig och ej den sociala miljön.

En studie har med ett longitudinellt perspektiv studerat samspelet mellan missbrukarens karaktäristika och skador hos anhöriga och barn, nämligen Moos, Finneys och Kronkites studie från USA, som 1990 presenterades i boken "Alcoholism treatment. Context, Process and Outcome." (Oxford University Press).

Studien utgick från en grupp behandlade individer med alkoholberoende, som undersöktes vid behandlingstillfället och efter 6 månader. Vid 2-årsuppföljningen inkluderades också familjen i studien.

Totalt undersöktes 113 familjer. I 88 fall var missbrukaren man och i 25 fall kvinna. 74 procent var 40 år eller äldre, 88 procent var vita, 68 procent hade

mer än 9 års utbildning och 19 procent hade examen från "college". 43 procent hade vid något tidigare tillfälle under de senaste 3 åren vårdats på sjukhus för alkoholproblem.

8 år senare, dvs. 10 år efter första undersökningen, genomfördes en ny efterundersökning. 20 missbrukare hade avlidit. Moos och medarbetare lyckades undersöka 82 av de 93 som fortfarande var i livet, dvs. 88 procent, liksom deras partners.

2.8.1 Funktionsstörningar och skador hos den alkoholberoende patienten

2-årsuppföljningen

Alkoholkonsumtion: De alkoholberoende patienterna delades upp i två grupper beroende på förloppet, förbättrade respektive oförbättrade. 55 patienter bedömdes som förbättrade enligt operationellt definierade kriterier och de övriga 58 bedömdes som oförbättrade.

Psykisk och fysisk hälsa: De förbättrade patienterna skilde sig inte nämnvärt från kontrollerna medan de oförbättrade var i ett betydligt sämre tillstånd. Detta gällde för depression och ångest, för olika kroppsliga symptom och för självförtroende och självkänsla. I genomsnitt svarade de oförbättrade patienterna positivt på 4 av 7 frågor om depression medan kontrollgruppen och de förbättrade svarade ja på 1,6 frågor. Skillnaden var ungefär lika stor för övriga områden.

Arbete och familj: 60 procent av både förbättrade patienter och kontroller arbetade heltid jämfört med bara 38 procent av de oförbättrade patienterna. De förbättrade patienterna och kontrollerna tog ungefär lika stor del i familjeaktiviteterna medan de oförbättrade deltog mindre. I de två första grupperna genomförde patienten eller kontrollen självständigt 39 procent av familjens aktiviteter medan de oförbättrade patienterna gjorde det i 30 procent.

Bland de förbättrade patienterna fungerade familjen som helhet lika bra eller till och med något bättre i vissa avsnitt än kontrollfamiljerna medan de oförbättrade patienternas familjer fungerade sämre med dålig sammanhållning och mycket konflikter. Familjesituationen var inte överraskande sämst hos de som missbrukade mest.

Sättet att handskas med konflikter i familjen skilde sig inte heller mellan de förbättrade patienterna och kontrollerna medan man i de oförbättrade familjerna oftare aktivt undvek konflikter och att ta itu med problem.

Ungefär hälften av patienterna lyckades således sluta missbruka under 2-årsperioden. De förbättrade patienterna mådde psykiskt och fysiskt lika bra som icke missbrukare och familjen som helhet fungerade bra. De icke förbättrade patienterna däremot mådde sämre psykiskt och fysiskt och fungerade också sämre i arbete och familjeliv.

10-årsuppföljningen

Efter ytterligare 8 år, dvs. vid 10-årsuppföljningen hade 20 patienter och 2 kontroller avlidit.

Alkoholkonsumtion: 82 av de 93 överlevande kunde undersökas, vilket är en uppföljningsfrekvens på 88 procent. Av dessa var 47 (57 %) förbättrade och 36 (43 %) oförbättrade. Bedömningen gällde de senaste 2 åren av 10-årsperioden och samma kriterier som vid 2-årsuppföljningen användes.

Av de som var förbättrade vid 2-årsuppföljningen var 77 procent förbättrade också vid 10-årsuppföljningen, medan 23 procent var oförbättrade. Av de oförbättrade vid 2-årsuppföljningen hade 33 procent förbättrats vid 10-årsuppföljningen, medan 67 procent fortsatte att vara oförbättrade.

Psykisk och fysisk hälsa: Liksom vid 2-årsuppföljningen skilde de förbättrade patienterna sig inte åt vad gällde depression och ångest. De oförbättrade patienterna rapporterade betydligt fler symptom.

Arbete och familj: De förbättrade patienterna skilde sig inte från kontrollerna. I vissa fall fungerade de bättre vad gäller familjen som helhet jämfört med kontrollerna. De oförbättrade patienternas familjefunktion och sociala funktion var sämre. Det hade dock inte skett någon ytterligare försämring jämfört med 2-årsuppföljningen.

2.8.2 Funktionsstörningar och skador hos partnern till den alkoholberoende patienten

2-årsuppföljningen

104 av 113 partners till alkoholberoende patienter kunde intervjuas, 83 kvinnor och 21 män. Det fanns ingen skillnad mellan manliga och kvinnliga partners vad gällde störningar i anpassningsmönstret varför dessa rapporteras sammanslagna. Undersökningsmetoden som användes var samma som för alkoholmissbrukaren.

Vad gällde de psykiska symptomen skilde sig inte partners till förbättrade missbrukare från kontroller på ett negativt sätt. Det fanns t.o.m. samband i motsatt riktning. De rapporterade bl.a. mindre depressiva symptom. Partners till de oförbättrade missbrukarna hade mer depressiva symptom än partners till de förbättrade missbrukarna. Däremot förelåg inga signifikanta skillnader i förhållande till kontrollerna.

10-årsuppföljningen

19 av de 83 äktenskapen hade slutat med skilsmässa (23 %). 39 procent hade slutat med skilsmässa vad gäller de oförbättrade patienterna i jämförelse med 9 procent av de förbättrade patienterna och 9 procent av kontrollerna.

Samband mellan partnerns depressiva symptom och övriga variabler vid 2-årsuppföljningen: Det fanns klara samband mellan partnerns depression och missbrukarens karaktäristika. Statistiskt sett bidrog missbrukarens karaktäristika till 18 procent av hela den depressiva bilden, medan partnerns egen bakgrund och initiala funktionsnivå var något mindre betydelsefull (16 %). På samma sätt var sättet att hantera missbruksproblemet av betydelse. Detta förklarade 11 procent av partnerns depression. Familjens sätt att fungera som familj förklarade 12 procent av partnerns depressionsbild.

Samband mellan depression och andra variabler vid 10-årsuppföljningen: Sambandet mellan partnerns depression och missbrukarens karaktäristika är mer uttalat vid 10-årsuppföljningen och förklarar 32 procent av hela sambandet. Lika stor del förklaras av hur hela familjen fungerar, medan sättet att hantera själva missbruksproblemet får mindre betydelse (9 %).

Det är av stort intresse att studera de faktorer vid 2-årsuppföljningen som förutsåg graden av depression vid 10-årsuppföljningen. De faktorer som minskar risken för senare depressiv utveckling är dels att partnern aktivt kan ta upp missbruksproblemet med missbrukaren. En annan viktig faktor är att familjens sammanhållning är god. Faktorer som medför att risken för depression är större är dels att den anhörige undviker att ta upp missbruksproblemet, dels att familjens samverkansmönster karaktäriseras av konflikter. Om barnen mår dåligt vid 2-årsuppföljningen ökar också risken för att partnern skall utveckla en depression vid 10-årsuppföljningen.

2.8.3 Funktionsstörningar och skador hos barnen till den alkoholberoende patienten

2-årsuppföljningen

Familjer med förbättrade missbrukare hade totalt 28 barn och familjer till oförbättrade missbrukare 23 barn. Dessa jämfördes med barnen i kontrollfamiljerna. Bedömningen av barnens hälsa var beroende av moderns rapport om barnens hälsa. I genomsnitt fanns 2 barn i varje familj. Medelåldern var 14 år för barn till förbättrade missbrukare och 11 år i de två övriga grupperna.

Barnen till oförbättrade patienter uppvisade en kraftig ökning av psykiska och fysiska problem jämfört med kontroller och med barn till förbättrade missbrukare. 44 procent hade depressiva symptom jämfört med 20 procent för kontrollerna. Motsvarande siffror för ångest var likadeles 44 respektive 20 procent medan 17 respektive 3 procent hade mardrömmar. Matproblem hade 22 procent respektive 9 procent och kroppsliga symptom förekom i 22 respektive 9 procent. Barnen till de förbättrade missbrukarna skilde sig däremot inte i förhållande till kontrollfamiljerna.

Samband mellan barnens emotionella problem och övriga variabler: Barnens emotionella problem var beroende av missbrukarens sätt att fungera (25 % av variansen), men också beroende av partnerns sätt att fungera (21 % av variansen) och hur familjen som helhet fungerade (14 % av variansen).

Om man analyserar olika faktorers betydelse och styrka för utvecklandet av emotionella problem hos barnen är dessa hos *missbrukaren*: depression (0,41), missbruksproblem (0,38), ångestsymptom (0,35), fysiska symptom (0,25), arbetsfunktion (0,24) och aktivt undvikande att ta upp alkoholproblemet (0,23); hos *partnern*: att undvika ta upp alkoholproblemet (0,35) och depression (0,33); hos *familjen som helhet:* avsaknaden av stöd (0,27), bråk i familjen (0,26), yttre påfrestande händelser (0,26) och dåligt samarbete mellan makarna (0,20).

Riskfaktorer: På basen av de beräkningar som gjorts ovan togs riskfaktorer fram. Dessa riskfaktorer skulle vara så oberoende av varandra som möjligt. Följande 4 riskfaktorer användes:
A) missbruksproblem hos föräldrarna, B) depression hos föräldrarna, C) dåligt stöd i familjen och D) undvikande att taga upp alkoholproblemet. Antalet barn med psykiska symptom ökade med antalet riskfaktorer. Om inga riskfaktorer förelåg fanns inga barn med problem, om 1 riskfaktor förelåg hade 28 procent av barnen problem och om 2 eller fler riskfaktorer förelåg hade 46 procent av barnen problem.

Positiva faktorer: Förebyggande faktorer var om ingen av föräldrarna utvecklade depression, om familjen hade god sammanhållning eller om någon av familjemedlemmarna aktivt kunde ta upp alkoholproblemet. Förelåg inga positiva faktorer hade 50 procent av barnen emotionella problem, förelåg 1 faktor hade 15 procent av barnen emotionella problem, förelåg 2 faktorer endast 8 procent och förelåg alla faktorerna hade inget av barnen emotionella problem.

Det unika med denna studie är att man studerar samspelet mellan missbrukare, partner och barn i en longitudinell undersökning under 10 år. Genom denna uppläggning av studien är det möjligt att få en uppfattning om betydelsen av och storleken på olika faktorers påverkan på skademönstret hos familjemedlemmarna. Studien gör det också möjligt att analysera missbruket och den psykiska hälsan i förhållande till påfrestningarna i familjen, hur olika familjemedlemmar försöker lösa problemen liksom hur familjen som helhet fungerar.

En viktig iakttagelse är att om missbruket upphör förbättras såväl missbrukarens eget sätt att fungera som hans partners och barnens. Skador hos övriga familjemedlemmar kan således gå tillbaka efter lyckad behandling.

Barnets emotionella problem hänger ihop med missbrukets intensitet men också med partnerns sätt att reagera med depression osv. liksom på vilket sätt man försöker lösa alkoholproblemet och vilket stöd familjen som helhet kan ge barnen även vid ett pågående missbruk. Moos och medarbetare kan också påvisa de positiva faktorerna: stöd, aktiva försök att lösa alkoholproblemet och avsaknad av depression som reaktionssätt.

2.9 Sammanfattning

Risken att utveckla alkoholberoende är betydande med frekvenser på 20 procent hos män och 6 procent hos kvinnor. Diagnostiken är huvudsakligen baserad på förändringar av sättet att leva (livsstil) där alkohol fått en oproportionerligt stor del. Många utvecklar alkoholberoende under en del av sitt liv i samband med olika livskriser. Alkoholberoende är kopplat till en kraftigt ökad dödlighet och till psykiska och fysiska komplikationer. Den leder också i en ökad omfattning till skilsmässa och sociala komplikationer liksom att missbruket leder till störningar av partnerns och barnens psykiska hälsa. Partnerns symptom är mer uttalade efter lång tids missbruk.

En stor grupp alkoholberoende individer (ungefär hälften i Moos och medarbetares studie) upphör med sitt missbruk, vilket medför att skador hos partnern och barnen kraftigt minskar. Det är också möjligt att påvisa både riskfaktorer och faktorer som förhindrar att psykiska skador hos partner och barn utvecklas. De skyddande faktorerna har med familjens allmänna funktionsnivå och stöd att göra liksom förmågan att kunna ta upp alkoholproblemet direkt med missbrukaren.

Allt detta talar för att en optimism, vad gäller behandling och andra stödåtgärder, är motiverad både för missbrukaren, hans/hennes partner och barnen.

3 Föräldraskap och missbruk

3.1 Att bli förälder

Graviditeten är ur ett psykologiskt och socialt perspektiv början på processen att växa till förälder. Graviditeten kan ses som en kris- och mognadsprocess som alla blivande föräldrar går igenom och där yttre och inre omständigheter och tidigare livsbetingelser kan underlätta eller försvåra. Ett pågående eller nyligen avslutat eget missbruk påverkar i hög grad skeendet. Det innebär också speciella svårigheter att som blivande förälder vara vuxet barn till missbrukare.

"Barnet blir till när mamma kan föreställa sig det" säger DW Winnicot. Det kan handla om det "verkliga barnet" som finns i magen, det "föreställda barnet" som man tror att det är och ser ut eller "fantasibarnet" som kan vara gott eller ont, farligt eller sjukt osv.

Graviditeten kan psykologiskt indelas i tre stadier med tre månader i varje:

- sammansmältning - att acceptera barnet som en fysisk del av sig själv,
- gradvis differentiering av barnet – att börja se barnet som en separat individ, vilket ofta startar med de första fosterrörelserna,
- successiv psykisk separation från barnet – allt större nyfikenhet på barnet.

"En av mina huvudidéer är att den bästa moderliga omsorgen kommer ur naturlig självtillit" (Winnicott, 1983). Både mödrar och fäder hittar sitt eget sätt att bli och vara förälder genom att stå i kontakt med sina egna barnkänslor och återuppleva vad som hände dem som barn. Att växa till förälder innebär också att ta ställning till de egna föräldrarnas föräldraskap. I hög grad används deras föräldraskap som modell, antingen man önskar det eller inte eller med Winnicots slutsats: "Det är i barndomen vi lär oss att vara föräldrar". Många av de föräldrar, som idag är missbrukare eller partners till missbrukare är själva barn till missbrukare med allt vad detta innebär.

3.2 Gravida missbrukare

"Gemensamt för de gravida kvinnorna med missbruksproblem är att de är lätta att motivera till hjälp och vård. Graviditeten är ofta i sig en motivation till att försöka leva utan droger, men utan täta kontakter och massivt stöd är det svårt att nå ett för barn och föräldrar bra resultat" (Familjesociala enheten, Huddinge sjukhus).

För alla blivande föräldrar innebär graviditeten blandade känslor av glädje och hopp, oro och rädsla inför framtiden. Den gravida missbrukarens ambivalens

pendlar ofta mellan större ytterligheter än hos en gravid som inte missbrukar. Graviditeten innebär både en chans att ändra sitt liv, att få något att kämpa för, att hitta en ny identitet som förälder och en risk att ha skadat fostret, att inte klara av att ta hand om sitt barn eller att inte tillåtas ta hand om det.

Möjligheten ligger i att utgå från kvinnans önskan att föda ett friskt barn. Bemötandet från personalen inom mödrahälsovården är oftast avgörande för om kvinnan skall våga avbryta sitt missbruk och starta den psykologiska och sociala förberedelsen att bli förälder. Massivt psykosocialt stöd under graviditeten och en noggrann planering för föräldrar och barn är nödvändigt. Bedömningen av föräldraförmågan måste också göras redan under graviditeten.

3.3 Utvecklingen av föräldraskapet

Synen på barnet och speciellt det späda barnet har successivt förändrats under åren. Därmed har också synen på föräldern och samspelet barn-föräldrar förändrats. I början på 1900-talet sågs spädbarnet som en biologisk varelse som genomgick en lagbunden utveckling där miljön inte hade särskilt stor påverkan. *Klassisk psykoanalytisk teori* betonade miljöns betydelse genom att ta med modern som behovstillfredsställande partner. *Objektrelationsteorin* förändrade perspektivet ytterligare och framhöll betydelsen av barnets första relation. Moderns roll blev avgörande för en sund mental utveckling hos barnet. *Anknytnings- och bindningsteorierna* betonade vikten av den ömsesidiga anknytningen mellan mor och barn och såg den som den avgörande faktorn och förutsättningen för barnets fortsatta utveckling. *Systemteorierna* har senare bidragit med viktig kunskap om hur familjemönster och familjesystem påverkar både barn och föräldrar.

De senaste årens *spädbarnsforskning* har visat att det nyfödda barnet redan under de första minuterna efter födelsen har en stor kapacitet till samspel med båda föräldrarna, dvs. även med fadern om han är aktiv i kontakten med barnet från början. Hörsel, syn, lukt, smak och rörelse samverkar redan vid födelsen för att direkt kunna användas i kontakten med föräldrarna. Med alla sina förmågor underlättar det nyfödda barnet för föräldrarna att börja dialogen och samspelet med barnet. Varje spädbarn har sitt reaktionsmönster och sin särart. När barnet inte får vad det behöver i samspelet med andra reagerar det överdrivet utifrån sin grundläggande personlighet. Barnet "gör mer av det de redan gör", dvs. det livliga och aktiva barnet blir hyperaktivt och det lugna barnet blir passivt. Vilka konsekvenserna blir för barnen beror sedan på vem de möter i samspelet.

Samspelet (relationen) med i första hand föräldrarna är grunden för den fortsatta utvecklingen hos barnet. Att bli bekräftad och få veta att "du duger" är en förutsättning för att barnet skall våga gå vidare i utvecklingen genom åldrarna. På motsvarande sätt måste föräldrarna få bekräftelse på att de duger. Denna process över tid kan allvarligt störas av t.ex. alkoholmissbruk i familjen.

3.3.1 Föräldraskapets förändring över tid

Under barnets uppväxttid måste föräldraskapet förändras och anpassas efter barnets utveckling och i samspel med barnet. Utvecklingen och samspelet störs alltid av missbruket men konsekvenserna för barnet blir olika beroende på barnets ålder.

Föräldrauppgifterna är olika under barnets uppväxt. Kort kan de beskrivas med Erik H Erikssons teori om utvecklingsfaser som utgångspunkt. I varje fas finns, enligt Eriksson, en kris, som kan lösas konstruktivt med fördjupad utveckling och integration som följd eller leda till stagnation och svårigheter att gå vidare i utvecklingen.

- 0 – 1,5 år (tillit – misstro)
  Föräldern skall kunna ge omsorg, kärlek, kroppskontakt och kontinuitet för att barnet skall få tillit till vuxna och till sig själv.
- 1,5 – 3 år (autonomi – tvivel)
  Föräldern skall klara att både ge frihet och uppmuntra barnet att ge sig ut i världen och att låta barnet "återvända". Föräldern skall också stå ut med att barnet testar gränser, hantera konflikter med barnet, sätta ramar för självständigheten, stå ut med barnets sorg och ge barnet språket som möjlighet att bearbeta erfarenheter.
- 3 – 5 år (initiativ – skuld)
  Föräldern skall fortsätta att stödja, sätta gränser, inte låta sig stötas bort, låta världen vidgas för barnet och lära barnet att vara en av tre.
- 5 – 11 år (duglighet – underlägsenhet)
  Föräldern skall finnas bakom barnet, fortsätta sätta gränser, stödja, uppmuntra och bry sig om och låta världen vidgas ytterligare för barnet.
- 12 – 20 år (identitet – splittring)
  Föräldern skall stötta, ställa krav, sätta gränser, skydda, finnas bakom och stå ut med att bli lämnad.

3.4 Missbrukets konsekvenser för föräldraskapet

Missbruk i familjen stör förmågan till och växandet i föräldraskapet. Det gäller oavsett om en eller båda föräldrarna har missbruksproblem, om det handlar om missbruk under helgerna, i perioder eller om det är ett kroniskt missbruk liksom om missbruket är kombinerat med omogenhet, psykiska problem och personlighetsförändringar, även intermittent. Både den missbrukande föräldern och en nykter partner har svårigheter att vara en tillräckligt bra förälder.

Föräldraskapet kräver både fysisk och psykisk tillgänglighet. Ett aktivt missbruk kan liknas vid att ha en "påse över huvudet" som hindrar föräldern att både "se" och samspela med barnet. Under nyktra perioder inträder skuldkänslorna. Skulden över att man gjort sitt barn illa kan på ett likartat sätt innebära att man inte "ser" barnet liksom att skulden kan väcka aggressivitet mot barnet. Missbruket förhindrar förälderns tilltro till sig själv, till partnern och till omgivningen.

Vid missbruk i familjen belastas föräldraskapet också av ett förnekande bl.a. av att barnen påverkas av förälderns missbruk. Andra belastningar som en följd av missbruket kan vara att till varje pris skydda familjehemligheten, oförmåga att se barnens behov, personlighetsförvandling, oberäknelighet och inkonsekvens, konflikter mellan föräldrarna och ibland våld och sexuella övergrepp.

Många föräldrar i familjer med missbruk är själva barn till missbrukare. De saknar därmed modeller för ett tillfredsställande föräldraskap och de bär med sig sina egna svåra upplevelser från barndomen. Deras egen bakgrund gör att de ibland har en stark rädsla för att själva bli föräldrar. Bristen på socialt nätverk och familjehemligheten kring missbruket hindrar dessa vuxna barn till missbrukare att som föräldrar få det stöd och de kunskaper de behöver för att vara "tillräckligt bra föräldrar". Samma hinder kan också finnas för de vuxna barn till missbrukare som inte har eget missbruk eller lever med en missbrukare.

3.4.1 Stöd i föräldraskapet

Alla föräldrar behöver stöd i sitt föräldraskap. De flesta får det genom släkt och vänner och genom att vända sig till t.ex. mödra- och barnavårdscentraler eller till barnomsorgen. Föräldrarna i familjer med missbruk saknar eller vågar oftast inte använda sig varken av det informella eller det formella nätverket. Rädslan för att bli ifrågasatt som förälder eller att barnen skall omhändertas är ett effektivt hinder. Föräldrar i familjer med alkoholmissbruk blir därmed mycket ensamma i sitt föräldraskap.

Av tradition har verksamheter för missbruksvård och vuxenpsykiatri behandlat missbrukare utan att på allvar beröra föräldraskapet och barnens situation. Föräldern kan förneka missbrukets konsekvenser för barnen och föräldraskapet. Det krävs därför ofta ett varsamt motivationsarbete utan konfrontation för att föräldern skall våga se barnen och sitt eget föräldraskap.

Behandlaren kan också förneka missbrukets konsekvenser. Detta kan bero på brister i kunskap kring barn-föräldraskap-missbruk men också på svårigheterna att som personal i realiteten våga se barn fara illa av föräldrars missbruk.

Utgångspunkten för stöd i föräldraskapet är att alla föräldrar vill sitt barns bästa och vill vara goda föräldrar men att förutsättningarna för detta skiftar. Ett stödarbete måste därför utgå från den positiva kraften i föräldraskapet och syfta till att stärka föräldrarna genom att ge dem bättre redskap att klara av sitt föräldraskap. Samtidigt får man inte underlåta att bedöma de svårigheter som finns och så objektivt som möjligt värdera förälderns omvårdnadskapacitet.

Alla de verksamheter, som möter föräldrar i familjer med missbruk (såväl missbrukande som nykter förälder), måste erbjuda möjligheter till och rutiner för samtal kring föräldraskapet och barnen. Här har mödra- och barnhälsovården, som möter 99 procent av alla blivande och nyblivna föräldrar, en central roll bl.a. genom föräldrautbildningen. Denna måste dock anpassas för dessa föräldrars behov och situation och ibland bedrivas individuellt för att föräldrarna skall (våga) ta del av den. Instanser som vanligen möter missbrukare, t.ex.

individ- och familjeomsorg och alkoholmottagningar, har hittills sällan arbetat medvetet med föräldrastöd. Om inte särskilda insatser görs riskerar de föräldrar som behöver mest stöd i sitt föräldraskap att få minst stöd.

Kunskap om familjemönster, föräldraskap och barnens situation i missbruksfamiljer måste finnas i alla verksamheter som når barn eller vuxna. Både barn och vuxna söker efter hjälp "där de finns", på de platser och i de verksamheter dit de naturligt söker sig. Framför allt letar de efter någon människa som de kan känna förtroende för. Kanske kan denna person inte alltid vara den som kan ge bästa hjälpen men han eller hon kan vara den varsamme förmedlaren till någon annan och vara en modell för att det finns hjälp att få. Detta kräver att personal känner till övriga resurser för barn och vuxna och framför allt att man har tilltro också till andras möjligheter och kompetens. För att detta skall bli möjligt krävs fortbildningsinsatser och kontinuerlig handledning.

Utgångspunkt för samtal med föräldrarna bör vara att uppmuntra den "goda föräldern". Som personal kan man alltid utgå från att föräldern vill sitt barns bästa men att missbruket eller skulden hindrar föräldern att "se barnet".

Några viktiga teman i stödsamtal kring föräldraskapet är bl.a.

- det allmängiltiga och normala i att både misslyckas och lyckas som förälder,
- vardagslivet och ritualerna i familjen,
- förälderns brist på insikt och förnekandet av missbrukets konsekvenser för barnet,
- skulden inför barnen som försvårar för föräldern att se barnet och som hindrar barnet att se sin förälder,
- allmänna kunskaper om barns utveckling,
- att olika barn i en syskonskara har olika behov,
- att man är viktig som mamma eller pappa,
- föräldraansvaret,
- oron för barnens framtid.

3.5 Bedömning av förälderns omvårdnadskapacitet

Det finns en övertro på att om bara föräldrar slutar med sitt missbruk så blir de "tillräckligt bra föräldrar". Det är odiskutabelt att ett aktivt missbruk omöjliggör ett gott föräldraskap men det finns därför ingen självklar koppling mellan nykterhet och gott föräldraskap. Föräldrars omvårdnadskapacitet och samspelet mellan barn och föräldrar måste bedömas oberoende av missbruket.

Viktiga föräldrafunktioner att bedöma är enligt Kari Killén (1991):

- förmåga att uppfatta barnet/barnen adekvat och nyanserat,
- förmåga till rimliga förväntningar på de beroende- och känslomässiga behov barnet kan tillfredsställa,
- förmåga till rimliga förväntningar och krav utifrån barnets ålder och utveckling,
- förmåga att engagera sig positivt i samspel med barnet,
- förmåga till inlevelse, empati, med barnet,
- förmåga att prioritera barnets grundläggande behov framför egna,
- förmåga att bära egen smärta och frustration utan att avreagera sig på barnet.

I bedömningen av omvårdnadskapaciteten ligger ytterligare en viktig aspekt, nämligen samspelet och anknytningen mellan barn och föräldrar.

Förekomsten av grundläggande personlighetsproblem, omogenhet eller fortgående personlighetsförändring på grund av missbruket påverkar föräldrafunktionerna och omvårdnadsförmågan. Att själv ha blivit avvisad och inte accepterad av sina föräldrar är en speciellt allvarlig belastning i det egna föräldraskapet. Yttre sociala faktorer som brist på nätverk, destruktivt nätverk, kriser av olika slag etc. påverkar också och kan allvarligt inverka på föräldraskapet.

3.6 Föräldrastöd vid separation från barnet

Trots stöd- och behandlingsinsatser till föräldrar och barn är omhändertagande och placering av barn ibland nödvändigt. För föräldrarna innebär detta ännu en bekräftelse på att de inte duger och de behöver hjälp i den svåra separationsprocessen. I första hand måste det vara den personal som svarar för omhändertagandet av barnet som också ansvarar för stödet till föräldrarna. De behöver t.ex. hjälp att sörja förlusten av barnet för att på sikt kunna utveckla en ny roll till barnet. Föräldrarnas behov av omsorg och någon att dela bekymmer med behöver också tillgodoses.

Så långt det överhuvudtaget är möjligt bör föräldrarna engageras i placeringen av barnet, både med hänsyn till föräldrarna själva och med hänsyn till barnet. Det är inte ovanligt att föräldrarna till en början är negativa till att samarbeta rörande placering. För barnets skull är det dock av största vikt att arbeta på att hjälpa föräldrarna att medverka eftersom barnet därmed får tillåtelse av föräldern att flytta och ta emot familjehemsföräldrarnas omsorg. För barnets självbild är det väsentligt att föräldern på detta sätt visar att han/hon bryr sig om barnet. Stödet till – och återupprättandet av – föräldern måste fortsätta även efter det att barnet är placerat. Det är nödvändigt för förälderns egen skull och i ännu högre grad för att barnet skall kunna släppa sitt ansvar för sin missbrukande förälder.

3.7 Sammanfattning

Graviditeten är ur ett psykologiskt och socialt perspektiv början på processen att växa till förälder. I samspel med barnet utvecklas sedan föräldraskapet. Under uppväxten måste föräldraskapet anpassas efter barnets behov. Missbruk i familjen stör denna process.

Alla föräldrar behöver stöd i sitt föräldraskap. Missbruk kan försvåra eller förhindra att föräldrar får del av det nödvändiga stödet. Såväl föräldrarna som "behandlaren" kan förneka missbrukets konsekvenser för barnet och föräldraskapet.

Ett aktivt missbruk omöjliggör ett gott föräldraskap. Däremot finns det ingen självklar koppling mellan nykterhet och gott föräldraskap. Förälderns omvårdnadskapacitet och samspelet mellan barn och föräldrar måste alltid bedömas oberoende av missbruket.

Om en separation mellan barn och föräldrar blir nödvändig krävs ett medvetet arbete med föräldrastöd såväl under placeringsfasen som senare. Detta är nödvändigt för både barn och föräldrar.

4 Anhörigperspektivet

4.1 Inledning

Internationellt har under de senaste åren familjens roll för hur missbruket utvecklas och vilka konsekvenser det får för missbrukarens familj rönt stort intresse. Flera omfattande litteraturstudier har publicerats. I det följande lämnas en kortfattad översikt över vad som är känt inom området med tonvikt på utvecklingen de senaste åren.

4.2 Synen på alkoholistanhöriga

4.2.1 Individen

Personlighetsperspektivet

Från 1930-talet och fram till 1960-talet fokuserades forskningen om anhöriga till alkoholister enbart på alkoholisthustrun. Alkoholisthustrun ansågs ha en psykopatologisk personlighet med beroendekonflikter och komplexa behov som gjorde att hon valde en man som var alkoholist eller någon med en personlighetstyp, mottaglig för alkoholism. I de fall alkoholisten förbättrades kom hustruns egen emotionella störning till uttryck. Forskare ansåg att alkoholisthustrun hade ett så stort behov av att någon var beroende av henne att hon valde en man, som omöjligt kunde svara upp till hennes behov. Hon dominerade äktenskapet genom att ta över funktioner, som alkoholistmaken på grund av sitt missbruk inte kunde klara. Hon anklagade sedan mannen för att inte kunna möta hennes behov. Wahlan (1953), utvecklade detta perspektiv ytterligare genom att beskriva 4 olika typer av alkoholisthustrur, *kontrollerande* (Controlling Catherine), *självbestraffande* (Suffering Susan), *osäker/vacklande* (Wavering Winnifred) och *bestraffande* (Punitiv Polly). Denna indelning fick ett stort genomslag, även bland allmänheten, både i USA och i Sverige.

Stressperspektivet

En kontrasterande synpunkt presenterades i arbeten av Joan Jackson (1954, 1958 och 1962). Jackson var skeptisk till den pågående karaktäristiken av alkoholisthustrun, som innehöll en mängd personlighetstyper samt att kvinnan antogs ha en dysfunktion som grundats tidigt och före äktenskapet. Hon menade att de typer som beskrivits av Wahlan och andra var utlösta av kvinnans aktuella situation och således stressutlöst. Jackson fokuserade på familjen som

helhet och beskrev 6 olika stadier i den anpassningsprocess som alkoholistfamiljen genomgår:

1. Försök att förneka problemet.
2. Försök att eliminera problemet.
3. Upplösning – oordning – kaos.
4. Försök att reorganisera trots problemet.
5. Reorganisation av en del av familjen.
6. Tillfrisknande och reorganisation av familjen.

Coping-perspektivet

James & Goldman (1971) försökte att integrera Jacksons utvecklingsstadier av familjeanpassning i 5 stilar av coping-beteende, dvs. det sätt som anhöriga bemöter alkoholistens missbruk och missbrukssituationen.

1. Försvarande av familjeintressen.
2. Undandragande i äktenskapet.
3. Attack.
4. Utagerande.
5. Beskyddande av alkoholisten.

Resultatet av deras studie stödde Jacksons teori att hustruns beteende och fortsatta coping-stil kunde orsakas av ett pågående drickande hos alkoholisten i stället för att hustruns personlighet orsakade mannens fortsatta missbruk.

Clifford (1960) identifierade olikheter i attityder och beteenden hos kvinnor vars män hade slutat missbruka alkohol respektive kvinnor vars män fortsatt att missbruka. Han studerade sex områden:

1. Effekten på familjen.
2. Hustruns accepterande av personligt ansvar.
3. Hustruns attityder och känslor inför ett möjligt tillfrisknande hos mannen.
4. Hur hustrun fungerade socialt .
5. Social status.
6. Hustruns uppfattning om sin oumbärlighet för alkoholistens välfärd.

Clifford fann att kvinnor, vars män slutat dricka alkohol, visade mer omsorg och uppmärksamhet när det gällde barnens psykologiska och sociala behov än kvinnor vars män hade fortsatt att dricka alkohol. Den första gruppen var mer aktivt agerande när det gällde att få mannen att sluta dricka. De var mer känsliga för statusförlust och kritik samt mer förlägna och besvärade över missbruket och familjens instabilitet än kvinnorna i den andra gruppen. I båda grupperna hade kvinnorna växt upp med en missbrukande förälder, oftast fadern.

Någon specifik "alkoholisthustrupersonlighet" har inte kunnat observeras av senare tids forskare. De flesta anser numera att det utmärkande för alkoholisthustrur är att de kontinuerligt eller periodvis lever under stark spänning.

Coping-perspektivet, som behandlar anhörigas sätt att svara på alkoholisten och missbruket, har vidareutvecklats av bl.a. Orford et al. (1975), James & Goldman (1971) och Moos et al. (1990). Forskningen har inriktats på att få fram exempel på vanliga coping-mekanismer hos anhöriga samt att identifiera "dåliga" respektive "bra" coping-stilar, som kan påverka alkoholistens möjlighet till nykterhet. Att lära anhöriga använda sig av effektiva coping-metoder skulle kunna reducera alkoholistens drickande. Olika coping-stilar redovisas nedan i avsnitt 4.6.

4.2.2 Familjen

Under 1980-talet har intresset ökat för forskning kring familjens roll och betydelse vid behandling av missbruk. Intresset har också varit stort när det gäller åtgärder för att förebygga missbruksproblem.

Både i klinisk verksamhet och i forskning har man visat på betydelsen av att erbjuda stöd och hjälp till hela familjen vid missbruk. Eftersom missbruket ofta är lika påfrestande för familjemedlemmarna som för missbrukaren själv påverkar det även familjemedlemmarnas hälsa. Såväl partners som föräldrar och barn är riskgrupper för psykosomatiska sjukdomar, ångest och andra psykologiska problem (Orford, 1984).

Sättet att konfrontera/hantera en kris avgörs av en familjs livsstil. Valmöjligheter, roller, kommunikation och kulturell tillhörighet är viktiga faktorer. När en familj konfronteras med en kris är familjens fortsatta utveckling beroende av vilka resurser som finns att tillgå.

Alkoholkonsumtion och äktenskapsfunktion

Olika faktorer kan öka gensvaret vid familjebehandling. Alkoholister från en positiv familjemiljö, som inbegriper sammanhållning och fritidsaktiviteter, uppvisar bättre behandlingsresultat än de som kommer från miljöer med mera konfliktladdningar och kontrollerande (Moos, Bromet, Tsu & Moos, 1979). Fortsatta undersökningar har visat att alkoholister som rapporterade mer problem relaterade till kärnfamiljen, t.ex. spända och konfliktfyllda familjerelationer eller svårigheter relaterade till interaktionen med fadern, hade tendens till sämre behandlingsresultat (Vanicelli, Gingerich & Rydbeck, 1983).

Familjer med en aktiv eller återställd alkoholist kan ibland uppvisa mycket avvikande familjemönster med t.ex. omvända förhållanden i familjens hierarki. Så har t.ex. alkoholistfamiljen det största antalet mor-barn koalitioner dvs. modern har barnet som bundsförvant. Detta kan betyda ett ökat vuxenansvar för barnet vilket kan försvåra för barnet att ha en naturlig kontakt med fadern. För fadern kan det innebära att han mer eller mindre utesluts ur familjegemenskapen. Detta är en viktig iakttagelse vid insatt familjeterapi. Ett annat exempel är att en missbrukande partner kan störa sin icke missbrukande partners roll, liksom andra familjemedlemmars, i den generella familjeinteraktionen. Den icke missbrukande partnerns funktion spelar en viktig roll i alkoholistens tillfrisknande (Orford et al. 1975).

Familjeanpassning och rehabilitering av alkoholisten

I missbruksfamiljer sker ofta en anpassning till missbruket hos familjemedlemmarna på grund av att de i mesta möjliga mån vill undvika negativa konsekvenser. Alkoholistfamiljer tenderar genom anpassningen till missbruket att bli isolerade. Familjen upplever sig som annorlunda, skäms över missbruket, känner rädsla för katastrofer, t.ex. i form av att alkoholisten skall skada sig själv eller orsaka skada på hemmet.

Pattison har i en artikel (1979) beskrivit nätverkets betydelse när det gäller reducering av stress och ångest. Han fann att ett gott socialt nätverk kan reducera stress och förhindra att stress omvandlas till ångest, medan ett dåligt fungerande socialt nätverk kan verka direkt uppehållande på symptomen.

Livsstressorer och coping-respons

Anhöriga till missbrukare har på grund av missbruket ofta en dåligt fungerande kommunikation med så kallade negativa coping-mekanismer, t.ex. att dra sig undan, klandra, tolerera eller till och med skydda alkoholisten (Orford, 1986). I andra fall finns en konstruktivt stödjande miljö som gör att alkoholisten förbättras genom att stressorer, dvs. yttre påfrestningar som kan leda till återfall, dämpas. Genom att hjälpa familjen till en ändrad kommunikationsstil, t.ex. genom att få familjen att samverka till ett bra behandlingsresultat och skapa tillit med hjälp av effektiva coping-responser, kan familjen ha en möjlighet att bättre handskas med stressfaktorer som kan påverkas. Att lära missbrukare och anhöriga nya coping-färdigheter leder ofta till att de kan förbättra sin livskvalitet och minska de negativa stressorerna (O'Farrell & Cutter, 1984).

Barnens situation i alkoholistfamiljer kan bättre förstås om man tar hänsyn till hur den icke missbrukande föräldern fungerar liksom hur familjen som helhet fungerar.

4.3 Överföring av alkoholism mellan generationer

4.3.1 Familjekulturens betydelse

Familjen är grunden i den sociala delen av samhället och har stor påverkan och inflytande på den sociala utvecklingen liksom på alkoholdebuten. Det är troligt att det är i familjen som barnen först kommer i kontakt med alkohol. Enligt Goodwin (1984) och Schuckit (1987) är det flera gånger vanligare att barn till alkoholister utvecklar alkoholism jämfört med andra barn.

Det finns starka teoretiska och empiriska bevis för hur viktig föräldra/barn–relationen och socialisationen hos familjen är, när det gäller att utveckla beteenden som alkoholmissbruk, droganvändning och brottslighet. Det är ett samspel mellan predisposition för att utveckla vissa typer av alkoholism och famil-

jens attityder till och förväntningar kring alkohol. Vuxna blir rollmodeller för varierande typer av dryckesmönster. Föräldra/barn – relationen spelar också en viktig roll när det gäller val av vänner och kamrater i uppväxtåren och i vuxenlivet eftersom både normala och patologiska barn/föräldraband ofta bibehålls genom vuxenlivet (Maccoby & Martin).

Enligt Jessor & Jessor (1977) är dryckesbeteende inlärt och har fått sin form genom normer och förväntningar hos en större kultur och genom de särskilda erfarenheter som en ung person har fått i det dagliga livet.

De flesta ungdomars drickande är inte legalt sanktionerat och alkoholmissbruk bland tonåringar betraktas som ett allvarligt socialt problem. Omfattningen av ungdomsdrickandet är inte förvånande med tanke på att majoriteten vuxna – förebilderna – också dricker alkohol och ett signifikant antal dricker mycket (Hilton, 1988).

4.3.2 Rollmodeller och andra former av påverkan

Ur ett socialt inlärningsperspektiv socialiseras tonåringar av sina föräldrar och andra personer som fungerar som modeller, dvs. vuxna som finns i samma sociokulturella sammanhang. Kandel (1978, 1983) framhåller imitationen som särskilt betydelsefull när det gäller överföring av missbruk. Unga människor skapar, utifrån rollmodeller av andra betydelsefulla personer, sina egna dryckesbeteenden. När det gäller att förutsäga ungdomsmissbruk anser Kandel att drogbeteendet hos föräldrar och kamrater är mycket mer betydande än drogrelaterade attityder och värderingar. Harburg, Davis och Caplan (1982) har på samma sätt visat att ungdomar tenderar att imitera föräldrarnas dryckesmönster, särskilt den förälder som är av samma kön.

Enligt Barnes, Farrel och Cairns (1986) blir barn till helnyktra föräldrar i hög grad helnyktra själva. Men helnyktra föräldrar kan också få högkonsumentbarn. En förklaring till detta kan vara att det handlar om ungdomar som revolterar mot strikt föräldrakontroll och är i konflikt med positiva kamratgrupper och samhällsnormer.

Både föräldra- och ungdomsdrickande kan härröra från ett antal olika familjefaktorer som inkluderar kvaliteten i familjekontakten och kritiska familjelivshändelser lika väl som socialisation, äldre syskon, umgänge och kamratgrupper. Barber (1987) menar att kvaliteten på föräldrarnas äktenskapliga relation har en direkt effekt på ungdomars självkänsla och en indirekt effekt när det gäller föräldrastöd. Andra forskare framhåller olika faktorer som samhörighet, flexibilitet och en klar kommunikation som betydelsefulla eller med andra ord om det i familjen finns överdriven inblandning, insnärjning och/eller bristande engagemang. Andra viktiga påverkansfaktorer är de resurser familjen har när det gäller att förändra roller och ritualer i förhållande till olika situationer, stress och utvecklingsförändringar (Olson et al., 1983). Kommunikationens klarhet, dvs. graden av tvetydig eller paradoxal kommunikation anses också viktig (Broderich & Pulliam-Krager, 1979).

Viktiga händelser i familjelivet, äktenskaplig konflikt, skilsmässa, död, ekonomiska problem är också faktorer som förknippas med ökat drickande (Lisansky, Straus & Colby, 1985; Moos & Moos, 1984). Familjer som fungerar dåligt i olika sammanhang och i synnerhet i situationer som kräver anpassning, har ofta en tendens att missbruka alkohol för att kunna handskas med kritiska familjehändelser. Detta får givetvis konsekvenser för bl.a. stöd till och kontroll av barnen.

Gautman (1978) jämförde familjeinteraktionsmönster hos familjer med normala, emotionellt störda och drogmissbrukande ungdomar. Den "normala familjen" hade tydligare kommunikation, mer samarbete, mer beslutstagande, större sensitivitet bland familjemedlemmarna och mindre "svarta får-beteende".

Wohlin, Benneth, Noonan, Teitelbaum (1980) visade att barn i alkoholistfamiljer löper större risk att bli alkoholister om familjeritualer t.ex. middagstider, kvällsritualer, lov, veckoslut, ledighet och besök bryts under perioder av hårt missbruk. Familjeritualerna beskrivs av dessa forskare som en symbolisk form av kommunikation.

4.3.3 Skyddande faktorer för överföring av alkoholism

Ritualer stabiliserar familjelivet genom att klassifiera förväntade roller, skapa band inom och utom familjen och definiera regler, så att alla familjemedlemmar vet att "det är på det här sättet som vår familj fungerar." I Goodwins undersökning (1973) av 68 vuxna, gifta barn från 30 alkoholisthem, med åtminstone en alkoholmissbrukande familjemedlem, visade det sig att beträffande kön överförs alkoholism mest till söner till alkoholmissbrukare. Faktorer som *skyddar* från alkoholmissbruk är enligt ovanstående undersökning:

- hög medvetenhet om ärftliga faktorer,
- att vara "andra barn",
- att komma från en familj med bestämda ritualer,
- att vara gift med en partner från en icke missbrukande familj.

Mycket kontakt med den missbrukande ursprungsfamiljen innebar ökad risk för alkoholism. Med hög medvetenhet om ärftligheten och etablerande av ett annat liv krävs en ny inriktning på livet och en tro på att det är möjligt att följa och hålla fast vid denna inriktning. Samtidigt krävs en realistisk syn på graden att lyckas för att inte "falla samman" eller ge upp vid svårigheter.

4.4 Missbrukets sociala och ekonomiska konsekvenser för familjen

Anhöriga till alkoholmissbrukare beskriver ofta hur de under lång tid tvingas leva med svåra problem med osäker ekonomi, social förnedring, minskning av sociala kontakter, bråk, försämrat samliv, otrohet, dominans och svartsjuka etc. Trots att mycket tyder på att partners till aktivt missbrukande alkoholister ofta

upplever nämnda svårigheter har mycket få studier varit inriktade på området. Det är också brist på forskning rörande manliga partners till kvinnliga missbrukare trots att en del rapporter från England och USA visat att kvinnliga alkoholister utgör en tredjedel av alla alkoholister. Enstaka studier hävdar att manliga partners upplever lika mycket svårigheter i alkoholistäktenskap som kvinnliga partners till manliga missbrukare.

4.4.1 Anhöriga till kvinnliga missbrukare

Det finns litet forskning rörande anhöriga till kvinnliga missbrukare. Det är egentligen bara den manliga partnern som har studerats i ett fåtal studier. Jellinek (1960) skriver att kvinnliga alkoholister upptäcks senare än manliga alkoholister. När kvinnan dricker hemma, blir dock familjen förr eller senare medveten om problemet medan hon fortfarande kan uppehålla en fasad gentemot vänner och samhället i övrigt.

Lisansky (1958) har i en undersökning jämfört kvinnliga och manliga alkoholister. 87 procent av de alkoholiserade kvinnorna var gifta mot 80 procent av männen. När det gällde de kvinnliga alkoholisterna var också maken ofta missbrukare av alkohol och de hade fler skilsmässor och fler dödsfall i sina familjer (Lisansky, 1958; Dahlgren, 1979; Noel & Mc Crady, 1982). Det var vanligare att kvinnor hade börjat dricka alkohol och utveckla alkoholproblem under äktenskapet än att de börjat dricka före äktenskapet. Fox (1956) visade att icke missbrukande partners till kvinnliga missbrukare inte accepterade hustruns dryckesmönster i lika hög grad som kvinnliga partners accepterade mannens dryckesvanor. De icke missbrukande männen var mer benägna att lämna den alkoholiserade kvinnan. Jacob & Bremer (1985) fann i sin undersökning att 50 procent av de alkoholmissbrukande kvinnorna i undersökningsmaterialet var gifta med alkoholiserade män, medan endast 10 procent av de alkoholiserade männen levde med en missbrukande partner. Konsekvenser av kvinnors missbruk beskrivs också i kommissionens delbetänkande KVINNOR OCH ALKOHOL (SOU 1994:28).

4.4.2 Våld i alkoholistäktenskapet

Många forskare har beskrivit större frekvens av våld i missbruksfamiljer än i övriga familjer. Booze-Allen och Hamilton (1974) rapporterade att 10 procent av barnen i deras studie utsatts för någon form av våldsövergrepp och 45 procent av hustrur till alkoholmissbrukare i Orfords et al undersökning (1975) rapporterade erfarenheter av våld i familjen.

Velleman (1987) undersökte vuxna barn till alkoholmissbrukare i England samt en kontrollgrupp av barn till icke-alkoholister. 67 procent av alkoholistbarnen uppgav förekomst av våld mellan föräldrarna jämfört med 7 procent i kontrollgruppen. När det gäller allvarligt föräldravåld var siffrorna 29 procent respektive 7 procent och för våld förekommande en gång per månad 27 procent respektive 5 procent. På frågor om våld mellan föräldrarna, som

pågått under minst tre år under barndomen, hade 49 procent av alkoholistbarnen upplevt det jämfört med sex procent i kontrollgruppen.

Thor Norström (1993) har i en rapport till Alkoholpolitiska kommissionen redovisat sambanden mellan totalkonsumtion och familjevåld. Analyser av data för hela riket och för Stockholm visar att en liters ökning av alkoholkonsumtionen per capita och år leder, enligt Norström, till ca tre procents ökning av den polisrapporterade kvinnomisshandeln. Några säkra samband mellan förändringar av alkoholkonsumtion och frekvens av barnmisshandel kunde inte fastslås och analysen försvåras av stora mörkertal. Alkoholen beräknas orsaka ca 40 procent av misshandeln totalt, 15 procent av all kvinnomisshandel i riket och 30 procent av kvinnomisshandeln i Stockholm.

Ovanstående undersökning visar att många misshandlare är berusade vid brottets begående men långt ifrån alla. Detta är också erfarenheter som delas av kvinnojourerna i landet.

4.4.3 Alkoholistpartners – en högriskgrupp

Under många år har forskare i USA och England betraktat anhöriga till alkoholmissbrukare som en högriskgrupp för att själva utveckla störningar och problem. Bortsett från de problem som tidigare nämnts, har forskare funnit att partners till missbrukare utvecklar en relativt hög grad av ångest, psykiska och psykosomatiska symtom (Baily, 1967; Orford, 1976). Symptomen förekommer mer frekvent när partnern lever med en aktiv alkoholist än när missbruket minskar eller upphör eller om partnern lämnar alkoholisten (Baily, 1967). En tjeckoslovakisk studie (Student & Matova, 1969) visar att bland 40 alkoholisthustrur klagade 35 över störningar som utvecklats under äktenskapet. Huvudsymptomen var ångest, insomningsproblem, gråt, ökad känslighet, irritabilitet, sorg, huvudvärk, ointresse av sex, trötthet, tankar på självmord, viktnedgång samt aptitförlust. Dessutom fann man en hög grad av kroniska gynekologiska besvär, högt blodtryck och allergi. Intensiteten i hustruns symptom var beroende av graden av dysfunktion/missbruk hos alkoholisten i familjeliv och samliv.

4.5 Familjens betydelse för behandlingsresultat

Många alkoholister har omfattande familjeproblem med stora konflikter, äktenskaplig söndring, störd kommunikation och rolldysfunktion (Jacob & Seilhamer, 1987; O'Farrell & Birchler, 1989). Alkoholmissbruk leder ofta till äktenskaps- och familjedisharmoni, skilsmässa och misshandel av partner eller barn. Å andra sidan vet man att äktenskaps- och familjefaktorer spelar en viktig roll vid utveckling och befästande av alkoholproblem. Det finns växande kliniska och forskningsmässiga bevis på det ömsesidiga förhållandet mellan äktenskaplig interaktion och missbruk av alkohol. En positiv familjekontakt är t.ex. förenad med bättre behandlingsresultat (Finney, Moos & Newborn, 1980).

Svår alkoholism kan skapa svårbestämbara anpassningsmönster för ett par eller en familj för att underlätta känslor av affekt eller reglera distans eller närhet mellan familjemedlemmarna. Även om en missbrukare slutat dricka kan äktenskaps- och familjekonflikter leda till återfall. (Maisto, O'Farrell, Connors, McKay & Pelcovitz, 1988; Marlatt och Gordon, 1985). Under senare år har man alltmer uppmärksammat betydelsen av att arbeta med hela familjen för att motivera missbrukaren till förändring och rehabilitering.

4.5.1 Familjeintervention som preventionsstrategi?

Yates (1988) har utarbetat ett experimentellt program designat för att hjälpa familjemedlemmar att identifiera missbruket och försöka få med alkoholisten i behandling på ett tidigt stadium av sitt missbruk. Ungefär hälften av de 30 missbrukarna i undersökningen hade inte tidigare erhållit någon form av intervention för sina dryckesproblem. För många av missbrukarna var det familjeorienterade programmet lyckosamt så till vida att dryckesproblemet inte utvecklades längre än till det initiala stadiet.

4.6 Behandlingsmodeller

4.6.1 Familjesjukdomsmodellen

Familjesjukdomsmodellen bygger på Anonyma alkoholisters (AA) synsätt att alkoholisten lider av ett kemiskt beroende. Synsättet är grundläggande för behandlingsprogram enligt Minnesota-modellen.

Att vara kemiskt beroende är att ha en kronisk sjukdom som i framskridet stadium leder till döden. Sjukdomen är också förenad med känslomässiga, etiska, andliga, sociala och fysiska aspekter.

Enligt familjesjukdomsmodellen ses alkoholmissbruket som en sjukdom, som drabbar hela familjen. Hos familjemedlemmarna består sjukdomen av de anpassningsstrategier och de reaktioner som de använder sig av för att skydda sig själva och för att hjälpa alkoholisten samt i att familjemedlemmarna övertar de rollfunktioner som alkoholisten inte kan ta på grund av missbruket.

4.6.2 Familjesystemmodellen

Familjesystemmodellen bygger på ett systemteoretiskt synsätt. Familjen betraktas som en enhet där det finns ett ömsesidigt beroende mellan individerna i systemet, dvs. användningen av alkohol kan fylla en funktion för familjen. Komplexa feed-backmönster antas reglera familjens jämvikt och detta innebär att enkla modeller för orsak-verkan inte kan användas för att förstå familjeinteraktionen (Storm Haugland, 1993).

Steinglass och hans medarbetares arbeten har haft stor betydelse för förståelse av alkoholistfamiljer. I familjesystemmodellen är missbrukets funktion för

upprätthållande av jämvikt i familjesystemet en central punkt. Familjemedlemmarna uppträder enligt bestämda, förutsägbara mönster utifrån försök att etablera stabilitet eller jämvikt i familjen. Familjesystembehandling innebär en rad olika tekniker för att påverka interaktionen, hjälpa familjen att återfinna roller, omgruppera allianser och förändra mönster i familjens kommunikation. Att förstå förändringar i familjeinteraktionsbeteende när alkoholisten dricker är avgörande i terapin.

4.6.3 Social inlärningsmodell – beteendemodell

Ett flertal forskare har sedan mitten av 1970-talet intresserat sig för en beteendemodell med utveckling av coping-metodik för behandling av alkoholmissbruk. Modellen innebär att anhöriga kan lära sig effektiva coping-metoder, dvs. att handskas mer effektivt med missbrukaren och hans missbruk.

Orford et al (1975, 1992) har utarbetat en 8-faldig coping-typologi baserad på undersökning av 50 nära alkoholistanhöriga utan egna alkoholproblem. De olika coping-typerna är följande: Emotionell coping (+emotionell reaktion); passiv-inaktiv coping; undvikande coping; tolererande coping; kontrollerande coping; stöd; konfrontation; självständighet. Effektiva coping-responser när det gäller alkoholmissbruk är t.ex. att tala med alkoholmissbrukaren samt stöd från och självständighet hos partnern. Mindre effektiva coping-metoder anses tolerans, kontroll, emotionell och undvikande coping vara.

Ökade och stärkta familjeresurser, när det gäller att använda effektiv coping, kan leda till positiva förändringar av stressfyllda livsomständigheter och negativ coping ökar sannolikheten för återfall i missbruk.

4.7 Behandlingstekniker

Olika terapitekniker används vid behandling av alkoholistfamiljer eller enskilda anhöriga till alkoholister. Nedan följer en kortfattad beskrivning av några terapi- och behandlingsmetoder.

4.7.1 Individuell behandling

Individuell behandling av partnern kan vara en effektiv metod särskilt i de fall missbrukaren inte är motiverad till behandling. Förutom den lättnad behandlingen kan medföra för partnern är det belagt att missbrukarens motivation för vård ökar om partnern behandlas. Enligt Smith (1969) kan anhörigas val av individuell terapi bero på bristande eller dålig kontakt med missbrukaren.

Individuell behandling av alkoholmissbrukaren och partnern var för sig har också beskrivits i forskningslitteraturen. Behandlingen bör då inledas samtidigt för alkoholisten och partnern. Vissa forskare anser att individuell terapi ibland kan vara lämplig som en inledande behandling, särskilt om konsekvenserna av missbruket varit mycket svåra. De tekniker som mest beskrivits är psykodynamisk, psykoanalytisk eller beteendeinriktad terapi.

4.7.2 Parbehandling

Behandlingen kan involvera flera par samtidigt i grupp. Vid pargruppbehandling brukar fokus ofta vara mera inriktat på konflikt/problemlösning, interaktion och kommunikation, än på drickandet i sig.

Strukturen på pargrupper har varierat från" öppna" öppenvårdsgrupper (dvs. nya par kan kontinuerligt tas in i gruppen) eller "slutna" öppenvårdsgrupper (dvs. samma par träffas ett visst antal gånger i gruppbehandling). Behandlingen kan variera, t.ex. behandling en gång/vecka eller, som beskrivits i vissa artiklar, intensiva 4-dagars pargruppbehandling varje månad under en tid.

4.7.3 Äktenskaps- eller familjeterapibehandling

Behandlingen kan inriktas på alkoholisten och partnern eller hela kärnfamiljen men ibland även på medlemmar från ursprungsfamiljen som föräldrar, syskon eller far- och morföräldrar. I de forskningsrapporter som beskrivit familjeterapibehandling av alkoholistfamiljer är de mest förekommande terapiteknikerna systemteoretiskt inriktad familjeterapi och beteendeinriktad familjeterapi.

Några förklaringar till intresset för familjeterapi i alkoholistfamiljer är:

- alkoholistens bättre respons på behandlingen när andra familjemedlemmar (särskilt partnern) deltar,
- andra problemområden som också kräver behandling kan belysas t.ex. kommunikation, föräldrafrågor, sexuella problem,
- behandlingen är ett gemensamt mål för medlemmarna i familjen. För alkoholistens framtida nykterhet är det viktigt att familjen arbetar gemensamt på en förändring av familjemönstret. Även om alkoholisten inte blir totalt nykter kan vinster göras genom högre kvalitet i kommunikation, arbete och föräldraskap.

4.7.4 Case work

I denna behandlingsform, beskriven av Bailey (1968), Cohen & Kruse (1971), används både psykoanalytiska teorier och sociologiska stressteorier i en flexibel blandning. Här lägger man även stor vikt vid modifiering eller avlägsnande av även utifrån kommande stressituationer, t.ex. socio-ekonomiska svårigheter. Även tränings- och undervisningsinslag beskrivs i programmet.

4.7.5 Självhjälpsgrupp

Al-Anon är en självhjälpsgrupp, där anhöriga och vänner till alkoholister kan deltaga i grupp. Inom Al-Anon ses alkoholismen som en familjesjukdom, dvs. även familjemedlemmarna anses vara sjuka. Behandlingen bygger på AA:s (Anonyma Alkoholister) 12-stegsprogram. De 12 stegen består av ett logiskt, stegvis framåtskridande, personligt rehabiliteringsprogram för den anhöriges eget tillfrisknande från medberoendet i missbruket till en beteendeförändring.

Gruppens program bygger i hög grad på möjligheten till kommunikation med andra i samma eller liknande situation. För barnen finns Al-Ateen (tonårsbarn till alkoholister) samt i vissa fall Al-Atoth (yngre barn till alkoholister).

I Sverige finns även *Länkarnas* självhjälpsprogram, som innefattar 7 steg för nykterhet liknande AA:s 12 steg. Hos vissa Länkföreningar förekommer också familjestödsprogram.

4.8 Sammanfattning

Synen på anhöriga till alkoholmissbrukare har under åren förändrats från ett individuellt, psykopatologiskt perspektiv till ett stress- och coping-perspektiv.

Alkoholmissbrukares partners är som alla andra med den skillnaden att de på grund av missbruket tidvis lever under stark spänning och stress. Inom forskningslitteraturen uppmärksammas den risk som finns för anhöriga att utveckla egna psykiska och psykosomatiska symtom och eget missbruk. Forskare har särskilt påpekat vikten av att barn till alkoholmissbrukare erbjuds behandling i förebyggande syfte för att undvika psykiska problem och överföring av missbruk mellan generationer. Modern forskning har också undersökt vilka faktorer som kan vara skyddande, när det gäller överföring av alkoholmissbruk. Viktiga skyddande faktorer är hög medvetenhet om risk för att utveckla alkoholism samt t.ex. att bibehålla familjeritualer.

Från 1980-talet har medvetenheten ökat om familjebehandlingen och dess betydelse både när det gäller den anhöriges hälsa och alkoholmissbrukarens varaktiga förbättring. Forskare från ett stort antal länder har konsekvent argumenterat för att behandlande instanser skall involvera familjen i behandlingen av alkoholmissbrukaren. Det anses viktigt i familjebehandlingen att hjälpa familjemedlemmarna till att förändra roller och mönster samt att förbättra kommunikationen i familjen för att minska stressen och förbättra sammanhållningen. Detta anses särskilt viktigt med tanke på barnens utveckling.

Genom att lära familjemedlemmarna att använda mer effektiv coping-respons på missbruket kan risken för återfall hos missbrukaren minska. Slutligen påpekas att familjestöd och familjebehandling är viktig, även sedan alkoholmissbrukaren blivit varaktigt nykter, för att familjen skall kunna finna ett fungerande levnadssätt.

5 Barn till alkoholiserade föräldrar - en kunskapsöversikt

5.1 Forskningsintresset under den senaste 20-årsperioden

Under den senaste 20-årsperioden har antalet vetenskapliga artiklar som berör situationen för barn till missbrukande föräldrar successivt ökat. Intresset för detta speciella problemområde framgår också av de översiktsartiklar som presenterades under 1970-talet (1, 2, 3, 4, 5) och där argument för fortsatt forskning lades fram.

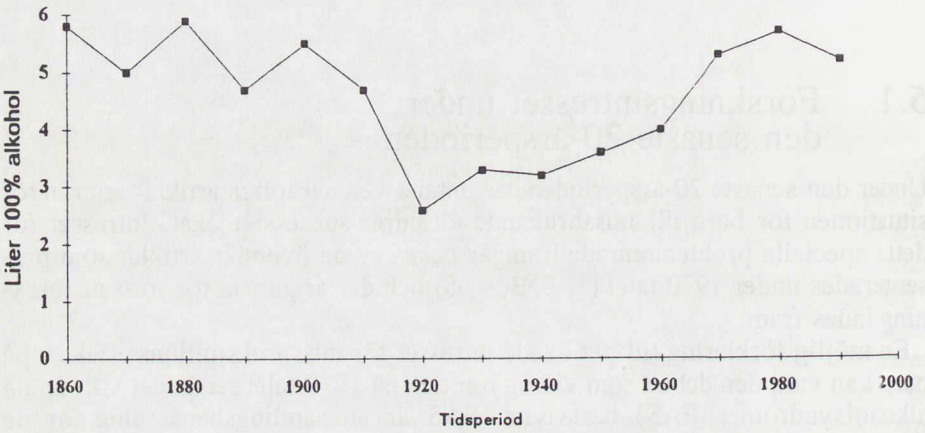
En möjlig förklaring till det ökade intresset för missbruksmiljöns effekter på barn kan vara den debatt som vidtog i mitten på 1970-talet sedan det s.k. fetala alkoholsyndromet (FAS) beskrivits. FAS är en samlingsbenämning för de skador som fostret kan få om modern missbrukar alkohol under graviditeten. I FAS ingår bl.a. att födas med låg födelselsevikt, att ha begåvningshandikapp, ansikts- och skelettmissbildningar samt skador på synnerv och ögats funktion (6).

En annan möjlig förklaring till intresset kan vara att alkoholkonsumtionen successivt ökat runt om i världen alltsedan det andra världskrigets slut. En sådan ökning tycks ha skett inte bara i den västliga civilisationen utan också inom det tidigare östblocket, i Sydamerika och även i Asien och Japan. I Sverige kan alkoholkonsumtionens förändring över tid beskrivas genom den alkoholstatistik som finns alltsedan 1850-talets slut. Förändringen i den av samhället kända alkoholkonsumtionen i femårsintervall från 1860 - 1990 sammanfattas i figur 1.

Det vetenskapliga intresset att beskriva alkoholens skadeeffekter i befolkningen tycks följa en liknande utveckling. Stort intresse, många artiklar och en likartad bild av skadepanoramat i befolkningen har funnits vid hög genomsnittlig alkoholkonsumtion både i historisk och i modern tid. Det är därför rimligt att tänka sig att det ökade intresset för missbruksbarnens situation i Sverige idag beror på att denna grupp av barn faktiskt har ökat i antal och att deras hjälpbehov aktualiseras nu, eftersom alkoholkonsumtionen i det svenska samhället under den senaste 20-årsperioden liknar den som förelåg under slutet av 1800-talet då alkoholens skadeeffekter debatterades flitigt. Det kan här nämnas att Svenska Läkaresällskapet under 1890-talet tillsatte en särskild kommitté med uppdraget att utreda alkoholens skadeeffekter på barnet.

Figur 1

Alkoholförsäljningen i Sverige under åren 1861 -1990 i liter 100 % alkohol. Fem års medeltal. Skadliga effekter beskrivna i befolkningen.



Skadliga effekter beskrivna bland befolkningen:

Alkoholism bland män, kvinnor, barn och ungdom. Skadliga effekter även på småbarn.

Alkoholism endast "bland vissa män".

Alkoholism bland män, kvinnor, barn och ungdom. Skadliga effekter på fostret "återupptäckta".

Även om detta varit mindre känt i den allmänna debatten jämfört med riskerna för FAS har emellertid också andra aspekter på situationen för barn till alkoholmissbrukande föräldrar beskrivits under den senaste 20-årsperioden. Hit hör risken för vanvård och barnmisshandel, risken för barnet att utveckla tidiga beteendestörningar liksom problem senare i vuxenlivet och den ärftliga (7) risken för barn till alkoholmissbrukande föräldrar att oftare än andra barn utveckla eget alkoholmissbruk.

5.2 Skadepanoramat - en genomgång av den vetenskapliga litteraturen

Med syftet att beskriva den vetenskapliga dokumentationen om situationen för barn till missbrukande föräldrar har en retrospektiv (tillbakablickande) databaserad litteratursökning genomförts i den internationella litteraturdatabasen Medlars för åren 1940 - 1965, 1966 - 1970, 1971 - 1974 och från 1974 och framåt genom en prospektiv (framåtblickande) stående sökkombination i Medline. Kompletterande sökningar, i bl.a. Psychological Abstracts och manuellt, har givit ytterligare information.

Forskning kring barn från alkoholiserade hem har redovisats från många olika ämnesområden både inom medicinen och inom beteendevetenskaperna. Inom medicinen finns redovisningar exempelvis från psykiatri, rättspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, pediatrik, internmedicin, rättsmedicin, neurofysiologi, neurokemi och medicinsk genetik. Inom beteendevetenskaperna redovisas forskning bl.a. från ämnena psykologi, pedagogik, kriminologi, sociologi och socialt behandlingsarbete.

Intresse för denna forskning förekommer också i många olika länder spridda över hela världen. Vetenskapliga artiklar skrivna på exempelvis engelska, franska, italienska, japanska, polska, ryska, spanska, tyska och tjeckoslovakiska har publicerats förutom artiklar på de skandinaviska språken.

Det kan emellertid också konstateras att forskare ofta genomfört litteratursökningar huvudsakligen inom sitt eget språkområde. Som exempel kan nämnas att brittiska och amerikanska översiktsartiklar vanligen endast har tagit ställning till vetenskapliga artiklar skrivna på engelska och amerikanska men ej redovisat viktiga arbeten skrivna på tyska, franska eller de östeuropeiska språken. Möjligen kan detta vara förklaringen till att FAS, anses "upptäckt" i USA av Ulleland, Jones och Smith åren 1970 - 1973 (8, 9) fastän en fransk forskargrupp beskrev detta redan 1968 på franska i artikeln "Les Enfants de parents alcoholiques. Anomalies observée. Apropos de 127 cas" (10). En liknande risk diskuterades faktiskt redan i en sovjetrysk artikel från 1965 (11). Tendensen att endast redovisa vetenskapliga artiklar från det egna språkområdet i översiktsartiklar är sannolikt också förklaringen till att en intressant polsk longitudinell, prospektiv undersökning med start på 1950-talet (12) sällan citeras. Med longitudinell, prospektiv metodik menas att de i undersökningen ingående barnen undersöktes vid ett första tillfälle som små och därefter på nytt 10 år senare (longitudinellt) med en framåtblickande (prospektiv) teknik; motsatsen är att endast undersöka vid ett tillfälle exempelvis barn från alkoholisthem i vuxen ålder och i efterhand (tillbakablickande, retrospektiv teknik) fråga dem om barndomsupplevelser. Denna polska undersökning, som är väl upplagd och genomförd, beskriver den psykosociala utvecklingen och risken för avvikelser i denna för barn från alkoholisthem jämfört med barn från icke alkoholisthem. Resultaten visar kommande svårigheter för alkoholmissbrukares barn.

Fastän huvudintresset för forskning kring barn till alkoholister under tiden 1970 - 1993 huvudsakligen har varit relaterad till två intresseområden, den

framtida utvecklingen för barn med FAS samt risken för barn till alkoholiserade föräldrar att själva utveckla alkoholism, så har, som nämnts ovan, också andra konsekvenser av missbruksmiljön diskuterats. Alkoholism hos föräldrar har beskrivits som möjliga orsaker till psykisk ohälsa och/eller till asocialt beteende hos deras barn (13, 14, 15). Familjevåld mot barnen, inklusive barnmisshandel, sexuellt utnyttjande och barnamord, har också beskrivits i alkoholistmiljöer (16). Enligt olika undersökningar spelar alkoholen en relativt stor roll vid sexuella övergrepp. En genomgång av tretton studier visade att av polisanmälda sexualbrott mot barn hade 21 procent av de misstänkta alkoholproblem (45). Särskilt svår barnmisshandel, sådan som resulterar i bestående hjärnskador eller att barnet dör, har tillskrivits alkoholistmiljön och anses huvudsakligen ske där (16). En möjlig förklaring till att barnmisshandeln ofta blir särskilt svår i alkoholistmiljö kan vara det faktum att den ofta sker i samband med pågående rus och att omdömet om och insikten i handlingens allvar därför är satta helt ur spel hos den misshandlande föräldern. Ett psykologiskt trauma för barnen, även efter mindre allvarlig misshandel som ofta underskattas av anhöriga, stödorganisationer och myndigheter, är det faktum att den alkoholiserade föräldern kan ha minnesluckor för själva misshandelstillfället och hävda att detta aldrig förekommit eller att barnet ljuger. En tendens finns också att hjälparna därvid lyssnar mer till den vuxnes uppfattning än till barnets och att barnets allvarliga livssituation därför inte uppfattas överhuvudtaget.

Under 5-årsperioden 1988 – 1993 har såväl översiktsartiklar (17, 18-26), symposieböcker (27) som andra vetenskapliga böcker (28) och läroböcker (29) berört barn i missbruksmiljö. I en intressant bok har beteendevetaren Sher diskuterat "Children of alcoholics" (28) med särskild inriktning på deras risk att utveckla eget missbruk som vuxna. Sher redovisar en omfattande litteraturgenomgång med mer än 700 referenser och diskuterar betydelsen av att beakta såväl biologiska faktorer som miljöfaktorer för att förstå den ökade risken som barn från alkoholisthem har att själva utveckla alkoholmissbruk. De modeller som han föreslår för att förstå hur missbruksutveckling kan tänkas ske, är intressanta och bygger på uppfattningen att såväl medicinska som biologiska, psykologiska, pedagogiska och sociala faktorer samverkar. Några citat från Shers bok är tänkvärda. När det gäller kombinationen av genetiska faktorer och miljöfaktorer för att förstå missbruksutvecklingen ställer Sher sig frågan om inte "den psykopatologi (psykiatriska symptom och avvikande psykologi) som ofta finns parallellt med missbruk hos föräldrarna kan kanske visa sig ha större betydelse för barnens anpassning än föräldraalkoholismen i sig; fastän forskning har klarlagt de genetiska faktorernas betydelse för framtida alkoholism, så kan kanske miljöfaktorer visa sig ha en minst lika viktig roll när det gäller att predicera (förutsäga) enskilda barns framtida anpassning". Sher konstaterar också att "det är en rimlig bedömning att anta att förståelsen för den risk som drabbar barn till missbrukande föräldrar att själva utveckla missbruk kräver att såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer beaktas och att det inte är rimligt att anta att förklaringar utgående endast från en vetenskaplig disciplin kan sägas ha monopol på "sanningen".

För Shers uppfattning att ett tvärvetenskapligt synsätt krävs för förståelsen av de risker som missbruksbarn kan möta, talar också det förhållandet att även andra översiktsartiklar, oavsett inom vilket ämnesområde de skrivits, pekar på en mångfald av problem som missbruksbarn riskerar att möta från graviditetsstarten och fram till vuxen ålder. Hit hör risken att födas med ett begåvningshandikapp, med eller utan samtidigt missbildningssyndrom, om modern missbrukar under graviditeten. Begåvningshandikappet leder i sin tur till anpassningsproblem, t.ex. i barnomsorgsgruppen, genom att barnet inte klarar de årsrelaterade kraven som andra barn gör. Senare uppstår skolanpassningsproblem som följd av begåvningshandikappet och slutligen svårigheter att klara anpassningen i vuxenlivet. För att hjälpa barn i denna situation krävs gemensamma insatser från såväl psykologiskt, pedagogiskt, socialt som medicinskt håll och att kunnande från alla dessa ämnesområden kombineras. På samma sätt krävs ett tvärvetenskapligt samarbete för att förstå och utveckla stöd- och hjälpåtgärder för de barn som utan att vara begåvningshandikappade blir offer för en alkoholmissbrukande, våldsbenägen förälders våldsamma beteende genom att de själva misshandlas, blir vittne till hur andra familjemedlemmar misshandlas eller att de blir utsatta för sexuella övergrepp. Liknande förhållanden gäller för de missbrukares barn som själva utvecklar ett impulsivt och aggressivt beteende redan som små respektive de som tidigt utvecklar ett eget alkohol- och narkotikamissbruk.

När det gäller de senare grupperna har också forskare som undersökt psykopatologi bland barn till alkoholiserade föräldrar ofta funnit statistiska samband mellan uppväxt i missbruksmiljö och "patologisk personlighet med explosivt beteende" (30), "aggressivt beteende" (31) och "asocial beteenderubbning" (32) hos barnen. I synnerhet tycks ett samband finnas mellan alkoholism hos fadern och sådant beteende hos sönerna.

Särskilt intressant i detta avseende är att också svenska undersökningar pekar på risken för att pojkar från hem med alkoholmissbruk, oftare än pojkar från trygg miljö, utvecklar ett eget impulsivt och utagerande beteende redan under småbarnsåren och att detta kan leda till ett aggressivt beteende under skolåren och tonåren. Dessa studier indikerar också att utvecklingen av ett aggressivt och våldsamt beteende tycks vara resultatet såväl av en sårbar personlighet där ärftliga faktorer kan spela in som av miljöfaktorer, framför allt upplevelsen av våld utövat av den alkoholiserade fadern under barnets småbarnsår och skolår. Kanske är det så att ett våldsamt beteende hos en pojke från ett alkoholiserat hem kan vara resultatet av ett "socialt arv" överfört från far till son. För detta talar såväl tvärsnittsundersökningar och longitudinella, prospektiva studier av riskgrupper som studier av barn i allmänna befolkningen (33-36). Särskilt intressant i detta avseende är de långtidsuppföljningar som gjorts av svenska alkoholistbarn (37), patienter vid Stockholms PBU-mottagningar (15) och Gustav Jonssons undersökning av "Delinquent boys, their parents and grandparents" (38) och jämförelsen med de 222 vanliga Stockholmspojkarna (39, 40) från vilka resultat Jonsson framlade teorin om ett socialt arv, som genom miljöfaktorer skulle överföra och förvärra beteendesvårigheter från en generation till en annan.

5.3 Barn till alkoholiserade fäder – ett svenskt pionjärarbete

Ett svenskt pionjärarbete skall i detta sammanhang redovisas mer i detalj. Under 1950-talet genomförde professor Ingvar Nylander flera olika undersökningar för att beskriva möjliga orsaker till beteendestörningar och psykiatriska symptom hos barn. Via studier av konsultfall dvs. barn som på grund av kroppsliga symptom men psykosociala svårigheter sökt hjälp vid barnmedicinska och barnkirurgiska kliniker samt uppföljningar av barn som fått psykiatriska följdtillstånd efter hjärnhinneinflammationer och skallskador, fann han stöd för att psykosociala faktorer kunde ha en större roll än "biologiska faktorer" för att förklara vanliga barnpsykiatriska symptom. Av den anledningen framlade han en hypotes om miljöfaktorernas betydelse. Nylander menade här relationen mellan föräldrarnas mentala hälsa och funktion och nervösa symptom hos deras barn: "Barn som lever under känslomässig stress till följd av allvarliga psykosociala svårigheter i deras hemsituation kan som resultat av detta reagera med kroppsliga symptom som liknar dem som kan ses vid kroppslig sjukdom. Dessa barn söker därför ofta hjälp vid kliniker för kroppssjukvård istället för att söka hjälp vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Genom att de söker hjälp "på fel ställe" blir deras situation oftast inte uppmärksammad."

För att undersöka sin hypotes diskuterade Ingvar Nylander olika typer av familjer med mentala problem hos föräldrarna. Han valde slutligen efter en ingående diskussion att studera missbruksmiljöns effekter på barnen. Barn till alkoholmissbrukande fäder (13) valdes som undersökningsgrupp och Ingvar Nylander använde en s.k. case-control design för sin undersökning där undersöknings- och kontrollmaterialet matchades till varandra, enligt principen om "sociala tvillingar" för att så långt möjligt kunna hålla yttre miljöfaktorer som t.ex. socialgrupp och bostadsområden under kontroll.

Sammanfattningsvis visade Nylander att barn från alkoholiserade fäder oftare än kontroller, blev kroppsligt och psykosocialt försummade och visade olika typer av barnpsykiatriska symptom. Somliga barn hade huvudsakligen kroppssymptom i form av huvudvärk, trötthet, buksmärtor, illamående, kräkningar och växtvärk. Andra visade psykiatriska symptom såsom känslomässig labilitet, ångest, depressivitet och sömnbesvär medan ytterligare andra visade beteenderubbningar med koncentrationssvårigheter, motorisk överaktivitet, aggressivt beteende och kamratsvårigheter. 50 % av barnen från missbrukshemmen, jämfört med 10 % av kontrollbarnen, hade allvarliga skolanpassningssvårigheter trots normalbegåvning. Vissa könsskillnader framkom också genom att flickornas symptomfrekvens steg med stigande ålder och enkopres (oförmåga att kontrollera avföringen), språksvårigheter och motorisk oro oftare sågs bland pojkar och buksmärtor oftare bland flickor.

Då Nylander undersökte barnen till missbrukande föräldrar skedde detta under en tidsperiod när alkoholkonsumtionen generellt sett hade varit låg under lång tid. På grund av den alkoholpolitik som förts under 1900-talets första 50 år kan allmänt sägas att missbruksförekomsten hos kvinnor, barn och ungdomar var

låg jämfört med förekomsten bland män. Detta kan vara en av förklaringarna till att Ingvar Nylander, trots att han undersökte kända manliga alkoholister som alla gick i behandling, fann att endast två av mödrarna från mer än 140 familjer själva hade alkoholproblem. Nylander kan därför sägas ha undersökt situationen för barn som hade alkoholiserade fäder men som hade nyktra mödrar. Han fann emellertid, att hustrur till dåtidens alkoholiserade män ofta var i dålig psykisk form. De uppfattades som trötta och utarbetade och beskrevs ofta som "psykiskt insufficienta", sekundärt till alkoholismen i familjen. Deras tillstånd kallades ofta "worn out", utarbetade. Begreppet "worn out" kan väl närmast sägas likna dagens begrepp "burned out" som också anger att krafterna sinat. Nylander ansåg att förekomsten av en utarbetad och trött mor blev en ytterligare känslomässig stressfaktor för barnet, utöver faderns missbruk. Möjligen kunde denna faktor medföra att modern ibland på grund av sin trötthet var oförmögen att skydda eller stödja sitt barn.

En 20-årsuppföljning av de aktuella barnen fram till 1980-talet (37) visade att barn till alkoholiserade fäder, jämfört med kontrollbarn, löpte en mycket större risk att själva utveckla alkohol- och narkotikamissbruk, kriminalitet och försörjningssvårigheter. De hade också ett mycket större behov av såväl kroppssjukvård som psykiatrisk sjukvård till följd av sitt missbruk. Pojkar från missbrukshem kom som yngre vuxna oftare än kontrollpojkar till sjukhus på grund av förgiftningstillstånd, självmordsförsök och skador till följd av olycksfall eller misshandel. En liknande tendens sågs bland flickor från missbrukshem även om också andra svårigheter tycktes förekomma hos dessa. Särskilt vanligt förekommande var att flickor från missbrukshem "överkonsumerade" gynekologisk sjukvård på grund av olika underlivsbesvär.

En s.k. multivariat statistisk analys (användandet av en logistisk modell) visade också att pojkar från missbrukshem som själva under småbarnsåren visade aggressivt utagerande beteende, utgjorde en grupp som redan under tonåren själva utvecklade allvarliga anpassningsproblem med kriminalitet, alkohol- och narkotikamissbruk, hög sjukskrivning etc. Den kriminalitet som dessa pojkar utvecklade i vuxen ålder var ofta utomordentligt olustig, våldsbenägen och allvarlig. Här fanns förekomst av rån, väpnat rån, misshandel, våldtäkter, dråp och vållande till annans död genom rattfylleri.

Fynden talade emellertid också för att pojkar, som under småbarnsåren hade reagerat med ångest, huvudvärk, magsmärtor etc., hade en bättre prognos som vuxna.

Särskilt intressanta var de fynd som talade för att biologiskt omogna pojkar med omogen talutveckling, utgjorde den grupp som oftare än de övriga pojkarna hade ett impulsivt och aggressivt utagerande beteende och att pojkar med helt olika prognos som vuxna och reaktionssätt som små kunde finnas i samma familj.

5.3.1 En fallbeskrivning

En fallbeskrivning kan illustrera livsutvecklingen för en 6-årig pojke från missbrukshem med allvarlig prognos som vuxen.

Vid uppföljningen 26 år gammal. Nr 3 av 5 syskon. I 6-årsåldern visade han aggressivt utagerande beteende och tecken på vanvård. Den alkoholiserade fadern var aggressiv och våldsam under dryckesperioderna och modern var trött och utarbetad och överkonsumerade lugnande medel. Under uppföljningstiden flyttade han 13 gånger. Blev tidigt känd i socialtjänsten på grund av barn- och ungdomskriminalitet. Dömd första gången vid 17 års ålder och därefter fram till 26 års ålder vid ytterligare 15 tillfällen bl.a. på grund av rån och misshandel. Vid det senaste tillfället dömd till fängelse. Känd i socialtjänsten för svårt alkohol- och narkotikamissbruk. Vårdad akut inom kroppssjukvården vid 24 tillfällen, vid 7 tillfällen på grund av skador efter misshandel. Vårdad vid medicinklinik på grund av förgiftningstillstånd, magbesvär och andra symptom vid 22 tillfällen och också vårdad vid såväl psykiatrisk klinik som missbruksenhet. Vid akutbesöken på sjukhusen noterats som svårt berusad vid 21 tillfällen och 7 gånger vårdad för självmordsförsök.

I Nylanders undersökning kan det sägas att barn från alkoholiserade hem tillhörande de lägre socialgrupperna var överrepresenterade och att undersökningen ej kunde svara på frågan hur det går för barn till alkoholiserade fäder med god social ställning. I en annan undersökning (39) har därför barn som vuxit upp med alkoholiserade fäder från utomordentligt goda sociala förhållanden (fadern var läkare, tandläkare, advokat, VD, högre militär etc.) följts och jämförts med barn från hem där fadern hade ett likvärdigt missbruk men tillhörde arbetarklass. Vid uppföljningen framkom att barnen från de olika socialklasserna lika ofta utvecklade kriminalitet, missanpassning och alkohol- och narkotikamissbruk. Fynden talar för att socialgrupp i sig inte behöver vara till skydd för barnen om det finns missbruk i familjen.

5.4 Undersökningar om missbruksbarns utveckling från barndom till vuxenliv

I svenska undersökningar har relationen mellan hemsituationen, psykopatologi i barnaåren och senare utveckling av social missanpassning undersökts i flera oberoende, longitudinella, prospektiva studier av såväl selekterade patientgrupper som grupper av barn från den allmänna befolkningen. Barn till missbrukande föräldrar, unga alkoholmissbrukare, barn- och ungdomspsykiatriska patienter, patienter från pediatriska mottagningar samt ungdomsvårdsskoleelever har varit föremål för studier av den möjliga relationen mellan föräldrarnas mentala hälsa och barnens senare sociala anpassning. Härvid har liknande och jämförbara resultat erhållits oavsett om undersökningsgruppen varit en riskgrupp eller hämtats från den allmänna populationen.

I en undersökning av förekomsten av alkoholmissbruk bland tonårspojkar

framkom att de som utvecklat missbruk, till skillnad från de övriga, ofta vuxit upp med alkoholiserade föräldrar, att de tidigt indentifierats som problembarn och att de också utvecklade svår kriminalitet.

I en nu pågående undersökning av barns utveckling alltifrån graviditetsstarten, (42, 43) har också framkommit stöd för de fynd som Nylander erhöll vid sin undersökning av alkoholistbarnen på 1950-talet. Barn (ur den allmänna befolkningen) som har föräldrar med alkhoholproblem, visar redan under småbarnsåren tecken såväl på en avvikande (och försämrad) allmän utveckling som fler s.k. psykopatologiska symptom än barn från hem där föräldrarna ej har alkoholmissbruk. I denna undersökning konstateras också tidig aggressivitet bland pojkarna från missbrukshem.

Från denna undersökning finns också en viss möjlighet att uppskatta omfattningen av barn med missbrukande föräldrar i samhället, åtminstone vid 1980-talets början. Detta är en av de få undersökningar där bl.a. alkoholproblem undersökts hos blivande föräldrar i den allmänna befolkningen. Resultaten visade att minst 12 procent av barn i allmänhet skulle komma att födas i familjer där endera modern, fadern eller båda hade kända alkoholproblem. Det kan med ledning av denna undersökning vara rimligt att tänka sig att 10 – 15 procent av barnen i Sverige har föräldrar med alkoholproblem. Resultaten har också visat att fosterdöd och dödsfall under de första levnadsåren, inträffade bland barn som hade föräldrar med missbruksproblem. Dödligheten är en riskfaktor för missbrukares barn som bör beaktas särskilt och leda till ökad observans inom mödra- och barnhälsovård.

Slutligen kan nämnas att det finns några longitudinella, prospektiva undersökningar som följt missbrukares barn under en längre tidsperiod från barnaåren och upp i vuxenlivet (20, 37, 44). Resultaten från dessa undersökningar talar för att barn från missbrukshem kan gå olika levnadsöden till mötes även om de haft likartad hemmiljö. Somliga får en god anpassning medan andra tidigt utvecklar egna psykosociala anpassningsproblem. Helt olika levnadsöden har iakttagits till och med för bröder i samma familj. Faktorer som är betydelsefulla för att förstå likheter och skillnader när det gäller framtida anpassning tycks vara sådana som är relaterade till kön, personlighet, temperament, reaktionsmönster vid påfrestning, påfrestande livsupplevelser under de första levnadsåren, talutveckling och kommunikationsförmåga. Som grupp tycks flickor ha en bättre förmåga till god anpassning i vuxen ålder jämfört med pojkar. Emellertid saknas det kunskaper om likheter/skillnader mellan pojkars och flickors psykopatologi vilket gör att "flickproblem" kanske underskattats och inte beaktats. Detta kan i sin tur bero på att pojkars beteendestörningar, oftare än flickors, "stör" den allmänna ordningen varför större intresse kommit att riktas mot "pojkproblem". Det saknas också förklaringar till att vissa s.k. "kompetenta" barn ("maskrosbarn") kan växa upp till välanpassade och trygga vuxna trots att de haft svåra känslomässiga upplevelser under barndomen i en otrygg miljö. Sådana kunskaper är både viktiga och nödvändiga för att bygga ut hjälp- och stödprogram för barn i utsatt miljö.

5.5 En hypotes för fortsatt forskning

Resultaten från prospektiva och longitudinella undersökningar kan också ge en möjlig förklaringsgrund till hur särskilt allvarliga beteendeproblem uppstår hos vissa pojkar till svårt alkoholiserade fäder. Dessa förklaringar måste innefatta såväl ärftliga faktorer som faktorer som hänför sig till barndomsmiljön, och särskilt det som händer inom hemmet. En rimlig hypotes som framlagts är följande: "De svårigheter med impulskontroll som kan ses hos svårt beteendestörda tonårspojkar med missbruk och kriminalitet är kanske uttryck för sådana konstitutionella personlighetsfaktorer som ofta uppfattas som "omogenhet" hos små pojkar och som kan visa sig genom tendens till motorisk oro, koncentrationssvårigheter och impulsivt beteende. Istället för att dessa symptom successivt brukar avta under uppväxten, vilket är det vanliga för "omogna" pojkar i trygg miljö, förvärras beteendet hos de pojkar som växer upp i hem med drog- och alkoholberoende föräldrar och våldsamt beteende på grund av miljöfaktorer. Som små reagerar dessa pojkar på livsupplevelserna med tilltagande motorisk oro, koncentrationssvårigheter och impulsivt och aggressivt beteende istället för att reagera med ångest, nedstämdhet och gråt. Som en konsekvens av sitt beteende, som inte sällan missförstås av både vuxna och barn i pojkarnas närhet eftersom beteendet uppfattas som störande, får dessa pojkar större och större anpassningsproblem i grupp. De "stöts" ut såväl av andra kamrater som av personal inom barnomsorg och skola. På grund av detta hänvisas de till kamrater i liknande situation och det uppstår därvid ett negativt kamratinflytande. Dessa barn upptäcker redan i 6 – 7-årsåldern att sniffning, alkohol, hasch etc. leder till ångestdämpning eller en "kick". Genom tidiga upplevelser av berusning och att detta kan ha en vällusteffekt eller ge ångestdämpning, startar den utveckling som successivt leder till en tidig alkoholisering, med tilltagande anpassningsproblem, skolproblem, skolk, ungdomsasocialitet, kriminalitet och även till en tidig, plötslig och våldsam död."

Om en sådan hypotes får stöd i fortsatta undersökningar uppstår också möjligheter till förbättrade hjälp- och stödinsatser även för den mest utsatta barngruppen, nämligen ungdomsmissbrukarna, och de tidigt kriminella barnen där det för närvarande saknas effektiva behandlingsmöjligheter. Sådana hjälpprogram skulle, med respekt för dessa barns tendens att reagera på känslomässig stress med ett utagerande och aggressivt beteende, innefatta ett individualiserat omhändertagande. Hänsyn måste tas till barnens svårigheter att fungera i grupp redan inom barnomsorgen och att de ej följer normalpsykologins lagar. I de svåraste fallen behöver barnen kanske tillgång till en ny uppväxtmiljö.

5.6 Sammanfattning

Kunskapsöversikten visar:

- att om modern konsumerar alkohol under graviditeten finns en risk för fostret att drabbas av FAS,
- att barn till alkoholiserade föräldrar har en förhöjd dödlighet under graviditet och småbarnsår,
- att barn till alkoholiserade föräldrar löper en förhöjd risk att försummas och vanvårdas och att uppleva våld inom familjen under uppväxtåren,
- att barn till alkoholiserade föräldrar oftare får en försämrad allmän utveckling under småbarnsåren och har fler barnpsykiatriska symptom än andra barn,
- att barn till alkoholiserade föräldrar ofta får skolsvårigheter trots att de är normalbegåvade. Sannolikt är detta sekundärt till deras känslomässiga problem,
- att pojkar till alkoholiserade föräldrar löper en stor risk att utveckla egna anpassnings- och missbruksproblem redan i tonåren,
- att barn till alkoholiserade föräldrar löper ökad risk att få psykiska besvär och hög sjuklighet som unga vuxna,
- att det saknas kunskaper om skillnader/likheter mellan könen som kan förklara varför flickor från missbrukshem tycks ha en bättre social anpassning som vuxna,
- att det saknas kunskaper om de flickor från missbrukshem som utvecklar egna sociala anpassningsproblem och vilka dessa i så fall är,
- att det saknas kunskaper om den grupp barn, som trots uppväxt i en känslomässigt svår hemmiljö ändå utvecklas till harmoniska och välanpassade vuxna.

6 Barns reaktioner på missbruk och stödinsatser - några erfarenheter

Barn reagerar på föräldrars alkoholmissbruk med fysiska och psykiska symptom. I kunskapsöversikten i föregående kapitel redovisas skador och beteenden hos barn som en följd av uppväxt i missbruksmiljö.

Personal som möter barn till alkoholmissbrukare i barngrupps- eller andra stödverksamheter kan komplettera de vetenskapliga resultaten. Deras iakttagelser och barnens egna berättelser skildrar reaktioner från andra utgångspunkter.

6.1 Barnens situation

De som möter barnen i barngruppsverksamheter redovisar likartade erfarenheter. Några ledare sammanfattar sina intryck på följande sätt: "Barnens föräldrar är oftast separerade. Minst en förälder missbrukar eller har missbrukat. Medberoendeproblematik finns i alla familjer. Några barn har varit med om att en förälder avlidit till följd av missbruk. Oftast finns en kombinerad problematik av att vara barn till missbrukare och misshandlade mödrar. Några barn har upplevt att föräldrarna gjort suicidförsök."

Gruppledarna har mött förnedrade barn som misshandlats eller utnyttjats sexuellt och som förlorat självrespekt och självaktning. Barnen kan på ett groteskt sätt berätta t.ex. om vuxensexualitet rakt ut utan känsla för omgivningens reaktioner.

"Vi har fått höra brottstycken om bråk i familjen, rädsla för förälderns tillstånd, våld mellan mamma och pappa. Vi har hört om små barn som gett sig ut i snöstorm för att slippa vara hemma, om storasyster som alltid får stryk när pappa är full. Vi har anat sexuella övergrepp i flera familjer och vet att några av de barn vi känner varit vittne till svåra sexuella situationer."

Barnen beskriver ofta föräldrarnas bråk som det värsta som händer i familjen. Det är värre än själva missbruket. När någon dricker finns det mycket att bråka om – ekonomin, spriten, barnen, grannarna, släkten, jobbet.

Barn vill inte ta ställning mellan mamma och pappa, men de tror sig kunna medla och göra allt bra igen.

> När mamma och pappa bråkar, säger mamma att jag är precis som pappa, och pappa att jag är precis som mamma – när jag bara försöker vara som jag är! Det blir en liten, liten smal linje att balansera på, kanske är det det som är jag?? (Ylva, 17 år)

Ledarna för en barngrupp med yngre barn beskriver hur de ser röriga och oroliga barn som förefaller avskärmade i sin egen värld. När missbrukstemat berörs konkret i gruppen händer det att några barn blir "virriga" och börjar berätta långa, osammanhängande historier eller att de blir aggressiva, tar stryptag eller rusar omkring i rummet som i panik. Reaktionerna är uttryck för att föräldrarnas missbruk är en totalt innesluten hemlighet. De aggressiva utspelen kan ibland vara våldsfixerade och kan sättas i samband med våld i hemmet.

6.1.1 Precis som pappa

De äldre barnen i grupperna har ibland själva använt alkohol i oroande omfattning. De berättar att de dricker för att lindra ångest.

> Precis som pappa, jag vet hur det är. (Susanne, 13 år)

Flera av ungdomarna i grupperna har berättat att de funderat mycket på om de själva är i farozon för eget missbruk. En del blir upprörda när frågan kommer upp:

> Jag bestämmer väl själv!!! (Louise, 17 år)

...andra resignerar:

> Det är ingen idé, jag ger upp nu. Det försent, när man aldrig fått kärlek när man var liten. (Paula, 15 år)

Maria, vars pappa är missbrukare, berättar:

> Jag började snatta på affärer och drack alkohol varje helg, nästa steg blev inbrott och det handlade inte om att stjäla för 500 kronor, nej det handlade om tusentals kronor. Jag la av sedan för det gav inget, jag tänkte på de drabbade och det avgjorde hela saken.
> – Nu lägger jag av sa jag.
> Sedan dess har jag inte snott någonting även om jag har haft bra chanser, jag hade satt punkt för det kapitlet.
> Men jag lydde inte någon annan än mig själv, jag käftade med lärarna och drack på skoltid, jag skolkade varje dag, kom och gick som jag ville. Lärarna klagade och sa att jag måste skärpa mig men jag lyssnade aldrig. Jag vände på dygnet, vägrade att sova på nätterna och sov på dagarna. (Maria, 15 år)

6.2 Ansvar

En del barn åsidosätter på ett anmärkningsvärt sätt sina egna behov. De ser glada ut och de är hjälpsamma och anpassar sig för att undvika konflikter. Deras beteende speglar rollen de har i hemmet; att inte kräva eller önska något, att vara till lags, att ta ansvar. Två gruppledare sammanfattar:

"Barn tror ofta att de på magiskt sätt kan förändra situationen hemma genom att "göra på rätt sätt". De gömmer eller tömmer spritflaskor, t.o.m. blandar antabus i smöret. De försöker vara så snälla och kontrollerade, att de inte retar upp föräldrar osv. De försöker medla mellan mamma och pappa, för de tycker ju om båda. De tar ansvar för småsyskon, matlagning och städning. De vårdar och tar hand om missbrukaren. Detta ansvar innebär ofta att man inte begär något liv för egen del, att man t.ex. alltid håller sig hemma.

När barnen inte lyckas hjälpa föräldern att sluta dricka känner de stor skuld för sitt misslyckande. De tar snart nya tag, på nytt sätt och med nya föresatser. De vet inte, och ingen har berättat för dem, att detta är en omöjlig uppgift för ett barn.

Det handlar i botten om att *vilja hjälpa,* och det är viktigt att vuxna i omgivningen respekterar det. När vi frågat tonåringar varför de fortsätter, varför de aldrig ger upp, svarar de att det handlar om att de tycker så mycket om sin förälder."

eller som Lena uttrycker det:

> Och den kärleken är så förknippad med hat – kanske blir sådana dubbla band mycket, mycket tjockare? (Lena, 17 år).

Från en gruppverksamhet berättar gruppledarna om Karin – en blyg och allvarlig liten flicka som ständigt har ont i magen: "Vad Karin berättar i en av våra grupper gäller för många av barnen som växer upp i missbruksfamiljer. Karins föräldrar var skilda sedan en tid men Karin kände fortfarande stort ansvar för sin pappa och måste varje helg åka ut till honom för att "kolla". Hennes liv präglades av faderns missbruk och Karin hade tagit som sin uppgift att göra honom frisk igen. Det var svårt att få Karin att skratta. Hon verkade aldrig ha haft en riktig barndom och hon hade utvecklats till sin egen pappas mamma."

Karins egen berättelse:

> Pappa börjar alltid dricka på torsdagen och sedan håller han på hela helgen när jag är där. När han bodde hemma drack han hela tiden. Jag har aldrig sett min pappa nykter någon gång i livet. Varje fredag måste jag fara ut till honom för att kolla hur han mår. Ofta är han full när han hämtar mig vid bussen. Sedan kräks han mycket – jag brukar torka upp efter honom – han har hemskt skitigt hemma – en massa odiskad disk. Pappa bor ensam. Han har ju ingen som ser efter honom nu när mamma och pappa är skilda. Och sedan brukar jag gå upp på vinden och leta efter flaskor. Jag vet var han brukar gömma dem. Men jag är rädd då – pappa brukar bli jättearg och han har slagit mig många gånger, och min mamma också förut. Då var det mycket bråk hemma. Det är ganska trist där ute, ofta har pappa sina polare hos sig och de är äckliga. Jag brukar se på TV hela tiden. Jag har inget att göra och pappa bryr sig egentligen inte alls om att jag är där. Någon kompis har jag aldrig med mig, man skäms ju bara – egentligen är det ju ingen som vet något. Och ingen ska få veta något heller –... (Karin, 9 år).

6.3 Besvikelse

Berusningen är en ständig källa till besvikelse.
Nu är han full igen, hur skall julen bli?

Kalle säger i gruppen:

> "Vi firar aldrig min födelsedag hemma. Det är lika bra. Jag vet ju ändå inte på morgonen om det blir ett kalas på eftermiddagen".

Kalle har redan hittat en överlevnadsstrategi byggd på många smärtsamma besvikelser. Han ligger lågt och förväntar sig ingenting för att minska sorgen över att aldrig få fira en riktig födelsedag.

Känslor undertrycks i alkoholistfamiljer. "Våra barn är ibland mycket tysta och ledsna. Vi observerade att varje gång ett sådant barn hamnade i situationer där det måste känna sina känslor för sådant som var extra roligt eller extra tråkigt, lade det sig ner, kröp ihop eller kurade ihop sig i garderoben."

Maria, 15 år, som flyttat mellan fadern och familjehem flera gånger ger sin bild:

> Månader blev till år och efter att ha levt i min mosters fängelse i 4 år fick jag komma hem igen. Min far drack fortfarande men det var ändå en stor lättnad att få komma hem igen. Hans behov av sprit har förstört mycket för mig genom åren. Hela min barndom har blivit förstörd utav hans spritbegär. Jag kan inte minnas att han gjorde något roligt för mig, han följde aldrig med mig ut så jag fick åka pulka det gjorde jag ensam. Det var ingen som tröstade mig när jag grät, jag lärde mig att det skulle vara så. Han tog med mig till kyrkogården när det var dags att ge blommor till våra döda medmänniskor, jag ansåg att döden var något vackert och kyrkogårdar ett ställe där man blev lycklig. Jag älskade att gå till kyrkogården för jag lekte ju där. Jag tror inte att min far någonsin drack när vi skulle gå till gravarna och det är kanske det som gjort att jag trivs så bra där än idag.

Maria, åter i familjehem, berättar vidare:

> ... jag började känna att mitt liv inte gav mig något och försökte ta mitt liv men jag misslyckades. Min far visste inte mycket om mina självmordsförsök och jag pratade inte om det heller. Fast hela tiden sökte jag något men jag vet inte vad, kanske någon som verkligen älskade mig. Min far åkte in och ut på olika behandlingshem runt om i landet men ingenting hjälpte. Jag började tappa hoppet om att han någonsin skulle sluta dricka. Jag hade svårt att ta hem kompisar för jag skämdes när han låg full på soffan och sov, jag kunde inte ha fest när jag fyllde år för jag visste att han kunde dricka och vara full när mina kompisar kom. Många julaftnar gick till spillo på grund av spriten.
>
> Nu sitter jag och skriver det här i mitt nya fosterhem och känner att livet bara är skit. Alla vuxna människor jag träffat har svikit mig och jag har slutat tro på vuxna. Jag har helt tappat min livsglädje och jag undrar om jag kommer att få tillbaka den igen. Jag har själv lärt mig allt jag kan och behöver inga vuxna som bara river upp mina sår. Myndigheterna drog upp mina rötter och de har ännu inte lyckats slå rot igen. Jag har mist allt och

även mig själv, och det enda jag egentligen har kvar är att ta mitt liv. (Maria, 15 år).

En liknande bild ger Stina:

Jag har en pappa som drack och det har han gjort sedan jag var väldigt liten. Det var mest öl han drack. När jag gick i 7:an orkade inte min mamma längre och de skilde sig. Jag fick välja var jag ville bo. Jag valde pappa, eftersom jag var rädd att han skulle dricka ihjäl sig. Åren gick och pappas drickande blev värre. Jag försökte prata med mamma, men hon sa bara "bry dig inte, låt honom vara". Men jag kunde inte bara lämna honom när han låg på golvet och sov. Mamma hade dessutom hittat en ny och brydde sig inte så mycket om mig. Själv tyckte jag att jag hade hela världen emot mig. Efter ett tag började jag må illa och kräkas. Jag kom in på sjukhus och där fick jag prata med en kurator, men jag sa att allt var bra. Det gick ett tag till. Några kompisar hade sett pappa full vid ett par tillfällen och började ställa konstiga frågor som jag inte visste vad jag skulle svara på. Jag hotade pappa ett par gånger med att jag skulle flytta till mamma. "Gör du det, din jävla unge", sa han bara. Det gick så långt, att jag ville ta livet av mig och ett par gånger skar jag mig med ett rakblad. Men jag vågade inte fullfölja. Ingen märkte det ... (Stina, 16 år).

6.4 Stöd

Att barnen uppmärksammas och får stöd betyder mycket.

Jag trodde alltid att jag skulle få skämmas så mycket om jag vågade berätta för någon . Så berättade jag för en lärare och fick kontakt med en socialsekreterare och dig – och fick massor av stöd. (Erik, 15 år).

Från en barngrupp berättar ledarna att när grupptiden närmar sig sitt slut kan barnen visa förtvivlan och vill inte gå. De försäkrar sig om att de får komma tillbaka till gruppen, att de får träffa gruppledarna igen om en vecka och att gruppledarna väntar på dem och ser fram emot att träffa dem.

Barn- och tonårsgrupper kan vara ett betydelsefullt stöd och ge hjälp i en grå tillvaro. "Genom att barnen fått träffa jämnåriga barn med liknande problem hemma, har de konkret och fysiskt sett att de inte är ensamma om att ha en mamma eller pappa som dricker. De har fått möjlighet att lägga av sig sin svåra hemlighet. Kunskapen om att det finns hjälp att få för den som missbrukar på t.ex. alkoholpolikliniken, har gjort att barnen känt, att de inte längre behöver bära hela ansvaret för hur mamma/pappa mår. En flicka på 10 år fick sin far att gå till alkoholpolikliniken, för hon 'visste att man kan få hjälp där'.

Vårt arbete handlar mycket om att ta barnen och tonåringarna på allvar, att få dem att uttrycka vad de tycker och känner. Detta medför att deras självkänsla ökar. De upplever nu att deras liv också är viktigt och de har rätt att tänka på sig själva."

7 Vuxna barn till alkoholister – erfarenhet från terapigrupper

Följande sammanställning är en bearbetning av erfarenheter förmedlade av socionomen och terapeuten Britta Lundqvist, Rådgivningsgruppen, Härnösand. Britta Lundqvist är sedan 1989 ansvarig för terapigrupperna för vuxna barn till alkoholister vid Rådgivningsgruppen.

7.1 Bakgrund

Den första vuxenbarngruppen vid Rådgivningsgruppen hade sin utgångspunkt i en samtalsgrupp för unga kvinnor som levde tillsammans med missbrukare. Kvinnorna hade samtliga deltagit i en familje-/anhörigvecka i samband med att de män de levde tillsammans med hade varit på behandling för sitt missbruk. Med något undantag hade kvinnorna också vuxit upp i familjer med missbruk. Mot bakgrund av kvinnornas problembild ändrades gruppens inriktning från samtalsgrupp till terapigrupp för vuxna barn (kvinnor) till missbrukare. Den första gruppen har följts av flera, både för kvinnor och män.

Att delta i en terapigrupp är en långvarig och svår process. Alla måste vara beredda att dela med sig av sina upplevelser till övriga i gruppen och alla måste vara beredda på att processen är smärtsam. Vid Rådgivningsgruppen i Härnösand är grupperna för vuxna barn öppna. Nya deltagare kan således komma in i gruppen men först sedan gruppledaren vid några individuella samtal försäkrat sig om att den nya deltagaren har beredskap för att delta i processen.

Gruppernas storlek varierar från gång till gång eller över tiden. Antalet deltagare kan vara två och det kan vara 14. Gruppen träffas en gång i veckan och genomsnittstiden för deltagande i gruppen är två år. Deltagarna kan lämna gruppen när de önskar. Flera av dem har parallellt med gruppterapin individuella kontakter med terapeuten.

7.1.1 Terapigruppens syfte

Ett mål med gruppverksamheten är att de som deltar skall kunna leva ett så bra liv som möjligt med mindre skuld- och skamkänslor över vad de upplevt och med mindre förvirring inför sina egna känslor. De skall också känna mindre rädsla och i stället få ökad självkänsla och ökat självförtroende, trygghet och möjlighet att mogna. De skall också få en djupare förståelse för sig själva och det de har med sig "i bagaget".

7.2 Uppväxtens kaos

Den gemensamma upplevelsen för vuxna barn till missbrukare är uppväxtens kaos. Att växa upp i en familj med missbruk innebär att ingenting är förutsägbart, samtidigt som oförutsägbarheten inte är något man kan räkna med.

Ett barn med alkoholmissbrukande förälder eller föräldrar lär sig tidigt att maskera sina känslor. Barn i missbrukarfamiljer känner rädsla, ensamhet och isolering. De kan inte "nå" föräldern. De upplever om och om igen att de inte blir sedda, hörda eller förstådda. Oärlighet och förljugenhet finns i stora mått. Förtegenhet, undanflykter och bedrägerier hör till vardagen med misstänksamhet och aggressivitet som följd.

Barnet får sällan vara barn och får inte i tillräcklig grad uppleva att vara älskad eller önskad. Om inte primära behov av uppmärksamhet, tröst, stöd, omhändertagande etc. tillgodoses, växer osäkerheten i just den miljö där barnet borde känna sig som mest skyddat. Det skyddslösa, osäkra barnets reaktioner visar sig i förvivlan, vrede och rädsla liksom att känslor av sårbarhet och tvivel på den egna existensen växer sig starka.

7.2.1 Besvikelse och skam

De vuxna barnen till alkoholmissbrukare berättar att de som barn kände att de inte hade några rättigheter, att ingen trodde på dem och att ingen lyssnade. De blev svikna gång på gång av föräldrarna vilket ledde till att de inte sällan tappade tilltron till alla vuxna. Även när de själva blivit vuxna väntar de sig att bli svikna och besvikna. Längtan efter varaktig omsorg och fostran tycks finnas hela livet.

Utåt kan de vuxna barnen se ut att ha klarat en svår barndom bra. Så är det emellertid inte för alla. Många bär problemen med sig och minnesbilderna finns med hela livet. Skammen de upplevt som barn är stor, känslan försvinner inte och de förmår knappt att tala om den som vuxna.

Vuxna barn till alkoholmissbrukare bär på många obearbetade känslor från sin barndom och uppväxttid, något som visar sig i beteendet och kan skapa svårigheter i sociala kontakter. I allmänhet saknar de helt eller har få vuxna förebilder. De har därmed inte heller någon "mall" för vad som är normalt i familjeliv eller umgänge.

Som vuxna lever många av dem i en familj med missbruk. De kan utveckla ett eget missbruk eller de blir medberoende partner till en missbrukare. Forskning och erfarenhet har visat att många barn till alkoholmissbrukare utvecklar ett tidigt eget missbruk. De gör det trots att de under uppväxten tusentals gånger lovat sig att de aldrig skall bli som föräldrarna. Medberoendets orsaker kan på samma sätt sökas i utsattheten i barndomen, i att inte bli respekterad, att misshandlas fysiskt eller psykiskt och att emotionella behov nonchalerades. Utvecklingen till medberoende etableras i barndomen och en obruten kedja av relationsproblem kan bli följden.

7.3 Att skriva om historien

Tillit och förtroende är fundamenten i terapigrupperna och en förutsättning för att våga öppna sig. Att dela med sig av den svåra, dolda familjehemligheten till andra är för många helt nytt och skrämmande. Genom att i en grupp där man är trygg tillåta sig att se, känna och återuppleva det som hände i barndomen kan man "skriva om historien".

I gruppen får de vuxna barnen till missbrukare se verkligheten som den var och är i stället för att leva kvar i en illusion eller en dröm om hur det kunde varit. Det handlar om att ta in sorgen från barndomen och bearbeta den för att därigenom befrias från känslomässiga blockeringar.

För att våga ta itu med problemen, lära sig leva i bra relationer och inte reagera utifrån bitterhet och gamla mönster, krävs kännedom om vad som finns i bagaget. Samtalen i gruppen rör rollerna i en missbrukarfamilj och hur barnen i missbrukarfamiljen balanserar behoven, hur känslorna tryckts ner och hur svårt det är att återfinna dem som vuxen och hur barndomens relationer upprepas och påverkar deras vuxna liv etc.

7.3.1 Att sluta fred med barndomen

I gruppens trygghet kan de vuxna barnen till missbrukare sluta fred med barndomen, lära sig uppskatta sig själva och se lösningar och möjligheter. De ser beroendet som en sjukdom som orsakade dem lidande under uppväxten men som de inte kunde göra något åt.

Gruppen representerar tryggheten även sedan de dragit sig ur den. Vid kriser och svårigheter återvänder de vuxna barnen till gruppen för att få stöd och gemenskap. När de fått glada nyheter eller när positiva händelser inträffat, återvänder de också till gruppen för att förmedla vad som hänt och dela glädjen med och vara hoppingivande för andra.

8 Alkoholmottagningarnas stöd till och behandling av vuxna anhöriga och tonårsbarn till alkoholmissbrukare

8.1 Bakgrund

Kommissionen har undersökt förekomsten av anhörigstöd/behandling vid ett urval alkoholmottagningar. Utgångspunkt för arbetet var resultat från en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde år 1992 rörande omfattningen och inriktningen av den öppna alkoholvården i Sverige. I Socialstyrelsens undersökning ingick ej de alkoholkliniker som arbetar med både inneliggande patienter och öppen vård.

Av de 310 alkoholmottagningar som besvarade Socialstyrelsens enkät hade 91 organisationer som huvudmän (t.ex. RIA, LP-stiftelsen) och 162 hade kommuner; 21 administrerades av landsting och 22 av kommuner och landsting tillsammans; 13 mottagningar var privata och 1 enhet hade både kommun, landsting och privat huvudman.

En fråga i enkäten rörde förekomst av stöd till och behandling av vuxna anhöriga och tonåringar. Beträffande vuxenanhörigstöd erhölls svar från 287 enheter. Av dessa svarade 46 procent (133) att det var *vanligt förekommande* med vuxenanhörigstöd/behandling, 45 procent (129) svarade att vuxenanhörigstöd/behandling *förekom* och 9 procent (26) att stöd/behandling *aldrig förekom*.

På frågan om förekomst av tonårsstöd/behandling erhölls svar från 250 enheter. Av dessa svarade 5 procent (12) av alkoholmottagningarna att stöd/behandling till tonåringar var *vanligt förekommande*. 59 procent (148) svarade att sådant stöd/behandling *förekom* och 36 procent (90) svarade att stöd och behandling till tonåringar *aldrig förekom*.

8.2 Aktuell undersökning

I den aktuella undersökningen angående omfattningen av arbetet med vuxenanhörig- och tonårsstöd har vi närmare studerat ett urval av de 133 alkoholmottagningar som i enkätsvaren till Socialstyrelsen rapporterat att vuxenanhörigstöd/behandling var *vanligt förekommande*. 30 slumpvis valda mottagningar av de 133 kontaktades under våren 1993.

Beträffande tonårsstöd/behandling kontaktades samtliga 12 alkoholmottagningar som hade svarat att insatser var *vanligt förekommande*. Tre av dessa ingick i de slumpvis utvalda 30 mottagningarna som erbjöd vuxenstöd.

För att också få med uppgifter från kliniker med såväl öppen som sluten vård i undersökningen, kontaktades samtliga toxikomanikliniker på landets sex undervisningssjukhus. Klinikerna tillfrågades om förekomst av stöd och behandling till vuxna anhöriga och tonåringar. Allt som allt kontaktades således 45 behandlingsinstanser för alkoholmissbrukare – 39 öppenvårdsmottagningar och sex kliniker vid landets undervisningssjukhus.

Intervjuerna gjordes per telefon med representanter för de berörda alkoholmottagningarna. Exakta uppgifter om antalet behandlade och antalet behandlingstillfällen har inte gått att få fram. Det finns få utvärderingar av verksamheter inom detta område. Undersökningen visar därför huvudsakligen vilken typ av verksamhet som erbjuds och frekvenssiffror där detta varit möjligt. De behandlingsprogram som presenteras i den aktuella undersökningen redovisas utifrån intervjupersonernas egna beskrivningar av verksamheterna.

8.3 Resultat

Av de 39 öppenvårdsmottagningar, som ingick i undersökningen, var 16 kommunala och sju drevs i landstingsregi. Sex öppenvårdsmottagningarvar privata, fem var RIA-mottagningar (Rådgivning I Alkoholfrågor, De Kristna Samfundens Nykterhetsrörelse) och fem tillhörde LP-stiftelsen (Lewi Pethrus stiftelse för filantropisk verksamhet).

8.3.1 Stöd och behandling till vuxna anhöriga och tonårsbarn

10 av de 16 *kommunala öppenvårdsmottagningarna* uppgav att de arbetade med anhörigstöd/behandling i ganska stor omfattning, främst med individuellt anhörigstöd/behandling, men ibland även med par- eller familjesamtal/familjeterapi. Tre av de 10 öppenvårdsmottagningarnai kommunal regi hade organiserade anhörigprogram. Av de sju *öppenvårdsmottagningarna i landstingsregi* uppgav ingen mottagning att det var vanligt förekommande med anhörigstöd/-behandling (Tabell 1).

Nio kommunala och landstingskommunala alkoholmottagningar erbjöd anhörigstöd/behandlingi mindre omfattning, dvs. de erbjöd enstaka kontakter huvudsakligen för råd och stöd. Tre mottagningar inom kommun och landsting erbjöd ej stöd eller behandling till anhöriga.

Av de sex *privata alkoholmottagningarna* arbetade fyra med öppenvårdsprogram enligt Minnesota-modellen och erbjöd regelbundet enskild eller par/-familjebehandling i enlighet med denna modell. Av de två privata mottagningsenheterna uppgav den ena att anhörigstöd/behandlingvar vanligt förekommande medan den andra hade mindre förekomst av anhörigstöd/behandling i sin verksamhet.

LP-stiftelsens arbete utgår från en vårdideologi som bygger på kristen grund. LP-stiftelsen finns representerade över hela landet bl.a. med LP kontaktcentra på ett 40-tal orter. Arbetssättet är likartat över hela landet. Råd och stöd ges i mindre omfattning till alkoholmissbrukarnas anhöriga i den öppna verksamheten. I stället erbjuds hela familjen behandling på någon av de tre familjeanläggningarna Venngarn, Hällnäs och Åsbrohemmet.

RIA (Rådgivning i alkoholfrågor - De Kristna Samfundens Nykterhetsrörelse, DKSN) arbetar på uppdrag av svenska kyrkor och samfund och deras ungdomsorganisationer. RIA-verksamhet finns i ett hundratal kommuner i landet och arbetssättet på de olika mottagningarna varierar. Anhörigstöd förekommer i mindre omfattning och oftast i form av rådgivning.

Av de 12 alkoholmottagningar som uppgivit att det är vanligt att man arbetade med tonårsstöd/behandling hade endast två en organiserad tonårsverksamhet. I den mån hjälp erbjöds på de övriga 10 mottagningarna bestod den i att tonåringen ibland var med vid familjesamtal. Vid två av de verksamheter som arbetade efter Minnesota-modellen kunde tonåringar vara med i en familjevecka på samma villkor som de vuxna, ibland från 13 års ålder, i vissa fall från 17 år.

Beredskapen hos öppenvårdsmottagningarna att arbeta med anhöriga

Bland de alkoholmottagningar som ingår i denna undersökning, fanns stort intresse för att arbeta med anhöriga till alkoholmissbrukare. Många av de intervjuade ansåg också att det fanns ett stort behov av stöd och behandling till anhöriga.

Arbetssättet varierar mellan de olika alkoholmottagningarna både vad gäller metod och omfattning. Anhörigstödet på de 39 mottagningarna kan vara ett tillfälligt råd eller stöd per telefon; informationssamtal; anhörigträffar en gång i månaden i samband med behandling av alkoholisten; stöd/behandling individuellt i psykoterapi eller i familjeterapi. Stöd och behandling individuellt av anhöriga är vanligast. I några fall erbjuder mottagningen också särskilt utarbetade behandlingsprogram för anhöriga. De flesta anhörigprogrammen bygger helt eller delvis på Minnesota-modellens behandlingsmetod vilket innefattar att alkoholism betraktas som en sjukdom och att man följer 12-stegsprogrammet.

Det individuella arbetet med *missbrukaren* är dock högprioriterat och ofta uppgav man att behandlingen av anhöriga endast kunde utföras i mån av resurser i form av tid, kunskap och personal. Endast i ett fall uppgavs att anhöriga hade samma "klientstatus" som alkoholmissbrukaren. Många av de intervjuade uppgav att man på eget initiativ börjat ta med anhöriga i behandling eftersom man uppmärksammat det stora hjälpbehovet.

8.4 Olika typer av anhörigprogram

Syftet med denna undersökning har inte varit att jämföra olika behandlingsinstanser utan att få en inblick i förekomst och omfattning av anhörigstöd samt vilka olika metoder som används i arbetet med anhöriga. Nedan redovisas några exempel på anhörigprogram.

8.4.1 Exempel på anhörigprogram vid universitetssjukhusen

Vid intervjuerna med representanter för de sex universitetssjukhusens alkoholmottagningar om anhörigstöd/behandling framkom att alla arbetade med anhörigstöd i någon form men på varierande sätt. Fyra kliniker hade särskilt organiserade program för vuxna anhöriga och en klinik arbetade med organiserat tonårsstöd.

Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, Stockholm - *EWA-enheten och Adam-enheten*

EWA-enheten (Early treatment of Women with Alcoholic addiction) startade 1981 och arbetar med kvinnliga alkoholmissbrukare i inneliggande och öppen vård. Alla anhöriga till inneliggande och polikliniska patienter erbjuds ett informationssamtal. I arbetet på EWA-enheten förekommer stöd/behandling i form av stödsamtal, informationssamtal, parsamtal samt familjesamtal, huvudsakligen för inneliggande patienters anhöriga.

Vid Adam-enheten, som startade 1992 och som erbjuder behandling för män med begynnande alkoholproblem, finns sedan februari 1993 en sluten grupp för kvinnliga anhöriga. Antalet gruppdeltagare är maximerat till åtta. Gruppen träffas var 14:e dag sammanlagt åtta gånger.

För tonårsbarn till alkoholmissbrukare på kliniken finns inga generella insatser. Samarbete med barnpsykiatriska kliniken förekommer enligt uppgift i vissa fall genom att konsult från barnpsykiatriska kliniken kommer till avdelningen för bedömning av behandlingsbehov hos patienternas barn.

Ovanstående anhörigverksamhet har ej utvärderats.

Division psykiatri, Enheten för toxikomani, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Vid kliniken finns sedan 1993 en samtalsgrupp som riktar sig till hustrur och sambor till alkoholmissbrukare. Gruppen är "sluten" och har maximat åtta deltagare som träffas en gång i veckan, sammanlagt sex gånger. En sjuksköterska vid kliniken leder gruppen. Även enskilda anhöriga emot tas emot för stödsamtal. Kliniken erbjuder ej stöd eller behandling till tonårsbarn.

Anhörigstödet har ej utvärderats.

Psykiatriska beroendekliniken, St Görans sjukhus, Stockholm – Katarina anhörigskola

Mottagningen tar emot olika anhörigkategorier. Anhörigskola pågår en helg samt en kväll i veckan i fem veckor. Anhörigskolan använder en del av Minnesota-modellens 12-stegsprogram. Vid första utbildningstillfället informerar en läkare om beroendet, vad som händer i kroppen vid alkoholmissbruk och om sjukdom och sjukdomsförlopp. Därefter fokuseras verksamheten på den anhörige själv och vad hon/han kan göra för att må bättre.

I grupperna deltar från åtta till 15 anhöriga.

Katarina anhörigskola erbjuder, enligt uppgift, inte stöd/behandling till alkoholmissbrukares tonårsbarn.

Alkohol- och narkotikakliniken, Malmö allmänna sjukhus, Malmö

Kliniken arbetar med anhörigstöd sedan 1987 i form av sluten anhöriggrupp, mestadels på kvällstid. Samtalsgruppen leds av två kuratorer vid kliniken. Gruppen har maximalt åtta deltagare som träffas varannan vecka sammanlagt 14 gånger. Ett halvår efter den sista träffen inbjuds till ett uppföljningstillfälle.

Arbetet utgår från här- och nusituationen och inriktas på att stärka den anhöriges egen identitet och självständighet samt att tolka känslor, klargöra och belysa olika problem som kommer upp. Gruppledarna arbetar till en del efter systemteoretisk modell. Verksamheten innehåller även vissa informationsinslag.

Kliniken erbjuder även samtal och behandling såväl till enskilda som till par och familjer. Gruppbehandling finns för tonårsbarn till alkoholmissbrukare.

Verksamheten har ej utvärderats.

8.4.2 Exempel på anhörigprogram i kommunal regi

Vuxensektionen – Kursen, Socialförvaltningen, Upplands Väsby

Kursen är en öppenvårdsverksamhet med sex veckors behandling för missbrukaren och uppföljning under ett år.

I ett närståendeprogram träffas fem till tio anhöriga i en sluten grupp under två dagar och tre kvällar. Anhörigprogrammet innehåller visning av videofilmer och föreläsningar av läkare, Al-Anon, AA och länkkontakter. Det betonas att det är viktigt att anhöriga kan se att det går att få hjälp.

Uppföljning sker vid några möten på kvällstid efter att ovanstående program avslutats. Därefter uppmanas anhöriga att ta kontakt med Al-Anon.

Kursen arbetar till en del utifrån Minnesota-modellen och till en del med egna inslag. Sjukdomsbegreppet används med försiktighet.

Anhörigstödet/behandlingen har ej utvärderats.

Handenmodellen, Socialdistriktet i Handen, Haninge.

I Handen finns anhöriggrupper sedan två år tillbaka. För närvarande pågår två grupper. Programmet för missbrukaren omfattar åtta veckor och anhöriga har under denna tid gruppträffar en gång i veckan. Antalet deltagare i en grupp varierar mellan fem och 12.

Arbetsmetoden är en modifierad Minnesota-modell med 12-stegsprogrammet. Handenmodellen är dock enligt egen uppgift mer "handfast" än Minnesota-modellen med bl.a. konkreta insatser i här- och nusituationen. I behandlingsmetoden ingår också hjälp att sätta gränser t.ex. vid barnuppfostran.

Samhällsmedicinska avdelningen, Huddinge Sjukhus, utvärderar verksamheten.

8.4.3 Exempel på öppenvårdsprogram enligt Minnesota-modellen

Vianova rehabilitering, Tomtebogatan, Stockholm

Patienterna går i behandling fem eller sex veckor. Eftervården omfattar från tre till 12 gånger beroende på hjälpbehovet. Anhöriga deltar en helg tillsammans med en familjeterapeut och därefter i ett familjemöte med alkoholmissbrukaren och anhöriga.

Anhöriga deltar också i missbrukarens eftervårdsbehandling vid tre tillfällen. Därefter ges möjlighet till tre till fyra stödsamtal innan beslut tas om att slussa den anhörige vidare om ytterligare hjälp behövs.

8.4.4 Verksamhet för tonårsbarn till alkoholmissbrukare

Forum Fenix, Västra Frölunda.

Forum Fenix är en av de två mottagningar i denna undersökning som sedan 1990 erbjuder en organiserad tonårsverksamhet tillsammans med en barnverksamhet.

För ungdomar över 13 år erbjuds ett program som innehåller information enskilt eller i grupp, en kurs som omfattar tre träffar samt regelbundna gruppträffar. Gruppverksamheten utgår från det amerikanska programmet Children are people too. Programmet har introducerats av Ersta Vändpunkten, Stockholm, som också utbildar barn- och tonårsgruppledare. Programmet tar bl.a. upp känslor kring missbruk, försvar, kemikalieberoende, reaktioner på missbruk samt risker och valmöjligheter för barnet.

Ännu har ingen utvärdering gjorts av barn- och ungdomsverksamheten.

Alkohol- och narkotikakliniken, Malmö allmänna sjukhus

Verksamheten för tonåriga barn till alkoholister har startat våren 1993. I tonårsgrupperna deltar maximalt fem ungdomar som träffas en gång i veckan under 10 veckor. Verksamheten inriktas på att hjälpa tonåringarna att bearbeta sina känslor kring missbruket, stärka sin identitet och öka medvetenheten om valmöjligheter och risker.

Verksamheten är ny och har ännu ej utvärderats.

8.5 Sammanfattning

Av de 30 öppenvårdsmottagningar som i enkätsvar till Socialstyrelsen uppgett att det var *vanligt förekommande* att de arbetade med anhöriga var det vid intervjuundersökningen endast 15 som sade sig göra det. Att uppgifterna varierar hänger samman med tolkningen av "vanligt förekommande". Kriteriet för "vanligt förekommande" i intervjuundersökningen var att insatser görs utöver enstaka råd eller samtal samt att insatserna är av generell karaktär, ett erbjudande till anhöriga. Fyra av de sex universitetsklinikerna erbjöd organiserat anhörigstöd, främst till vuxna.

Det finns ett stort intresse från alkoholmottagningarna att arbeta med vuxna anhöriga och barn till missbrukare. Samtidigt kommer anhörigarbetet i andra hand och måste ofta minskas på grund av tidsbrist. Många av de intervjuade uttryckte stor osäkerhet inför framtiden. Nedskärningar i verksamheterna drabbar framför allt de initiativ som utvecklats eller håller på att utvecklas inom anhörigområdet. Det direkta arbetet med missbrukaren prioriterar sig självt.

De intervjuade önskar att vuxna anhörigas och barns behov av stöd och behandling kunde få samma prioritet som arbetet med missbrukaren. Många menar att detta är en nödvändig förändring för att kunna ge ett väl fungerande anhörigstöd med optimalt och adekvat stöd till vuxna anhöriga och barn till missbrukare. En sådan modell hade dock i denna undersökning organisatoriskt genomförts endast vid en behandlingsinstans. En annan viktig aspekt är att anhöriga till alkoholmissbrukare som inte söker vård idag har mycket små möjligheter att få hjälp, stöd och behandling.

En förändring av anhörigstatus så att anhöriga (vuxna och barn) får samma möjligheter att söka hjälp som missbrukaren skulle, enligt de intervjuade, möjliggöra systematisk utbildning och information och medföra ett förändrat synsätt på vården med betoning på familjen. Detta skulle också underlätta det förebyggande arbetet inom missbruksvården, framför allt när det gäller kontakten med barnen till missbrukare.

Av de 45 alkoholmottagningar och universitetskliniker som ingår i undersökningen har endast tre utvärderat sin verksamhet. Resultaten tyder på att det är svårt för små verksamheter att själva genomföra utvärderingar på grund av att kunskapsmässigt, ekonomiskt och praktiskt stöd saknas.

Tabell 1 Stöd och behandling riktad till vuxna anhöriga och tonårsbarn till alkoholmissbrukare (n= 45)

Behandlings-institutioner	Vuxna			Tonårsbarn		
	Vanligt	Före-kommer	Förekom-mer ej	Vanligt	Före-kommer	Förekom-mer ej
Universitets-sjukhusen	4*	2		1*		5
Övriga landsting		4	3			7
Kommuner	10 (3*)	5	1	(1*)		15
LP-stiftelsen		5				5
RIA		5				5
Minnesota	4*					4
Övriga privata	1	1				2

* Program för anhöriga

9 Anhörigstödet – förfrågan till länsstyrelserna

För att få aktuell information om anhörigstödet i landet har länsstyrelsernas sociala enheter tillfrågats om omfattningen av sådant stöd i respektive län. Förfrågan gällde endast särskilt riktat stöd, individuellt eller i gruppform, *utformat och anpassat för anhöriga* till alkoholmissbrukare. I frågan ingick således inte socialsekreterares eventuella stödkontakt med anhöriga till missbrukare som är aktuella på socialkontoret eller särskilda insatser under en tid till en missbrukarfamilj. Dels medgav inte tiden en sådan mera omfattande inventering, dels var en av utgångspunkterna att sådana stödinsatser finns och erbjuds om än i varierande grad i individuella ärenden.

Frågan om anhörigstöd ställdes muntligt vid en telefonkontakt med de sociala enheterna. Frågor framförda muntligt vid ett telefonsamtal kan uppfattas olika och ges en subjektiv tolkning. Av olika skäl var det vid tillfället dock inte möjligt och lämpligt att genomföra en enkät med skriftliga frågor vilket kunnat ge mera tillförlitliga och jämförbara svar. Samtliga sociala enheter har besvarat frågan. Svaren har lämnats skriftligt med undantag av några län som lämnat svar vid telefonsamtal.

9.1 Ett viktigt område

Telefonförfrågan ställdes till ansvarig för länsstyrelsens sociala enhet eller till den som är ansvarig för missbruksfrågor. Den omedelbara reaktionen på frågan var i flertalet fall ett konstaterande att situationen för anhöriga och stödet till dem var ett förbisett område. I flera län har missbruksvården nyligen kartlagts och det finns en relativt god bild av hur länets kommuner arbetar med stöd och behandling till missbrukare och hur missbruksarbetet förändras och utvecklas. Däremot var det mer eller mindre okänt för socialkonsulenterna vilket stöd anhöriga – vuxna och barn – kan få. Den spontana kommentaren från flera av de tillfrågade var att anhörigstödet var utomordentligt viktigt och att det tyvärr förbisetts vid de kartläggningar som gjorts. Det fanns därför anledning att se kommissionens förfrågan som upptakt till ytterligare inventering och ökad uppmärksamhet.

9.2 Redovisning

Trots de sociala enheternas ambition att redovisa anhörigstödet för hela länet saknas uppgifter från en del kommuner. Av landets 286 kommuner har uppgifter lämnats rörande ca 250. I några fall är uppgifterna oprecisa och bygger på en uppskattning av ungefärligt antal verksamheter som ägnar sig åt anhöriga till missbrukare. En annan felkälla är att socialkonsulenterna, liksom kommunerna i alla stycken ej känt till hur omfattande verksamhet självhjälpsgrupper som länkorganisationer eller AA och dess systerorganisationer har. Uppgifterna om anhörigstöd i länen är således något ofullständiga och sammanställningen ger därmed endast en grov bild av situationen i maj månad 1993.

9.2.1 Individuellt stöd

Inledningsvis uppger flertalet sociala enheter att individuellt stöd erbjuds till anhöriga på socialkontor, rådgivningsbyrå eller alkoholmottagning i länet. Ibland tillfogas upplysningen att anhörigstödet erbjuds "vid behov" eller "vid förfrågan". Svaren kan således tolkas antingen utifrån att anhöriga generellt erbjuds en kontakt för egen del eller att erbjudandet ges först efter att den anhörige själv varit aktiv och frågat efter en insats för egna eller andra anhörigas problem.

Skillnaden är betydelsefull och kan vara avgörande för om en anhörig får någon hjälp eller ej. Vilket sätt som praktiseras på socialkontor och rådgivningsbyråer förefaller ha samband med hur traditionellt arbetet med missbrukare bedrivs och vilken kunskap som finns om familjesociala konsekvenser av missbruk. Rådgivningsbyråer som förändrat sitt arbetssätt erbjuder åtminstone vuxna anhöriga individuellt stöd eller enskilda samtal generellt, ofta parallellt med att de erbjuds delta i gruppverksamhet.

I några fall anges att individuella samtal erbjuds anhöriga på rådgivningsbyrå eller liknande utan att missbrukaren är aktuell. Parsamtal och familjesamtal är former som förekommer tillsammans med de individuella samtalen.

Flera län framhåller att kvinnojourerna gör en betydelsefull insats individuellt för kvinnliga partners till missbrukare. För tonåringar uppges ungdomsmottagningarna spela en liknande roll.

9.2.2 Gruppverksamhet

Kommun och landsting

Ungefär 35 av de 250 kommunerna erbjuder särskild riktad verksamhet i grupp i kommunal regi till vuxna anhöriga och/eller tonåringar och barn. Ett tiotal kommuner planerar start av gruppverksamhet. Rådgivningsbyrå eller särskild missbruksenhet är vanligen ansvarig för dessa grupper.

Utöver de kommuner som har egen verksamhet uppges att ett 20-tal kommuner utnyttjar närliggande behandlingshems resurser. Kommunen köper plat-

ser i anhöriggrupper på behandlingshemmet oavsett om missbrukaren själv får vård och behandling där eller ej.

Det finns få uppgifter om gruppverksamheter för tonåringar och för barn under tonåren. Det förefaller som om grupper för barn inte är lika konstanta som vuxengrupperna. De har en tendens att pågå något eller några år för att sedan ligga nere under några år innan de återuppstår.

Det framgår inte om avbrotten beror på brist på gruppledare eller om det finns andra skäl. En anledning kan vara att behovet av insatser för barnen inte uttrycks och påtalas lika starkt som de vuxnas behov. Det som efterfrågas mest tillgodoses i första hand. Vuxna formulerar sina önskemål och de accepteras och förstås av dem som arbetar med missbruksfrågor.

Några län uppger att landstingen bedriver gruppverksamhet för anhöriga/närstående på alkoholpolikliniker. Närmare information om omfattning saknas dock i svaren från länsstyrelserna.

Självhjälpsgrupper

Anonyma alkoholister (AA) är representerade i alla större och medelstora kommuner och i flertalet små enligt uppgifterna från länsstyrelserna. Al-Anon, som vänder sig till vuxna anhöriga, finns på flertalet orter där AA har verksamhet. Av länssvaren framgår att i en del län är AA:s och Al-Anons arbete väl känt och den kommunala missbruksvården använder sig i hög grad av självhjälpsgrupperna som resurs. I andra län är det mera obekant vilken verksamhet AA och systerorganisationerna har. Uppgifter som att "man tror att AA har viss verksamhet för anhöriga" är inte ovanliga.

Självhjälpsgrupper är, liksom kommunala gruppverksamheter, mindre vanliga för barn och tonåringar än för vuxna. Alateen, som vänder sig till tonåringar nämns i några av svaren från länen. Ett län nämner också ACOA (självhjälpsgrupper för vuxna barn till missbrukare) som en viktig stödresurs.

Aktiva länkföreningar och RIA (De Kristna Samfundens Nykterhetsrörelse, DKSN) framhålls i ett par län som resurser när det gäller stöd till anhöriga.

9.2.3 Andra stödformer

Utöver de nämnda stödformerna framgår av svaren att insatser också görs i andra former. En familjerådgivning bedriver t.ex. anhörigcirklar för anhöriga, en fältarbetsgrupp inriktar sitt arbete särskilt mot ungdomar från missbrukshem och i en kommun arrangerar missbruksarbetare föreläsningar och informationstillfällen om missbrukets konsekvenser för anhöriga och särskilt barnen. Andra exempel är de BIM-grupper (Barn I Missbruksmiljö) som finns på flera håll i landet och som är samarbetsgrupper för professionella som möter barn i olika verksamheter. Lägerverksamhet för tonåringar och särskilda nätverksprojekt för missbrukarfamiljer är andra exempel.

9.2.4 Några iakttagelser

Trots att en del svar från kommunerna var ofullständiga och tiden inte medgav en noggrann inventering av anhörigstödet, kan ändå vissa iakttagelser göras. Det förefaller bl.a. som att insatser och satsningar i någon/några kommuner i ett län har en spridning till övriga kommuner i länet. Vissa län skiljer sig från de övriga genom att utbudet är väsentligt större och mera mångfacetterat. I de län som redovisar större utbyggnad av anhörigstödet finns det dels fler verksamheter, dels verksamheter som är anpassade för de olika målgrupperna, dvs. vuxna, tonåringar, barn och vuxna barn. Förhållandet bekräftar erfarenheten att med ökad insikt blir vidden av problemet uppenbart. När en verksamhet eller särskilda insatser erbjuds till en målgrupp, vidgas engagemanget också till att omfatta de andra målgrupperna. På samma sätt sprids yrkesverksammas erfarenheter och kunskaper till närliggande kommuner samtidigt som människor i dessa kommuner efterfrågar insatserna.

Geografiskt är förekomsten av anhörigstöd *antingen* i kommunal regi *eller* i självhjälpsgrupper något större i länen norr om Dalälven än söderut. Viss reservation finns dock för brister i redovisningen.

En annan iakttagelse är att uppgiftslämnarna i kommunerna och kontaktpersonerna på länsstyrelserna i flera fall är obekanta med självhjälpsgruppernas verksamhet. Om inte kommunen eller landstinget erbjuder insatser borde det vara av intresse att kunna informera anhöriga om resurser i annan regi och t.ex. hänvisa anhöriga till Al-Anon eller Alateen.

Från andra undersökningar, bl.a. Socialstyrelsens kartläggning av barngruppsverksamheterna, finns liknande erfarenhet av brister i information och upplysning om vilka insatser som erbjuds i kyrkans eller frivilligorganisationers regi. Orsaken kan vara enbart bristande kunskap men den kan också vara ett uttryck för tveksamhet eller misstro till verksamheten. Av länsstyrelsesvaren framgår också att i en del kommuner är förhållandet det motsatta; den kommunala missbrukarvården samarbetar med och använder sig i hög grad av resurser hos frivilliga organisationer.

9.3 Sammanfattning

Förfrågan till länsstyrelsernas sociala enheter om omfattningen av anhörigstödet i länet visar, med reservation för viss ofullständighet i svaren, att individuellt anhörigstöd erbjuds på socialkontor, rådgivningsbyråer och alkoholmottagningar. Stödet kan vara utformat som ett generellt erbjudande eller ges efter att den anhöriga efterfrågat det eller bedömts vara i behov av insatsen.

Särskilt riktad, anpassad gruppverksamhet finns i kommunal regi i 35 kommuner av de 250 som det finns uppgifter från. Utöver dessa verksamheter finns ytterligare ett 20-tal där kommunen köper platser i anhöriggrupper på behandlingshem etc. Självhjälpsgrupper för vuxna anhöriga finns i flertalet kommuner. Tonårs- och barngrupper finns endast i mindre omfattning i kommunal eller landstingskommunal regi. För barn och tonåringar finns det inte heller

självhjälpsgrupper i samma utsträckning som för vuxna.

En del län har ett större och mer mångfacetterat utbud av anhörigstöd än andra län. Förfrågan om anhörigstöd har också visat flera exempel på initiativ för att sprida kunskap och informera om anhörigas situation och för att stödja anhöriga i otraditionella former.

10 Verksamheter och insatser för barn till alkoholmissbrukare

10.1 Bakgrund

Insatserna för yngre barn, upp till 12 - 14 år, till alkoholmissbrukare kan vara direkta eller indirekta. De direkta insatserna vänder sig till barnet, de indirekta till personal som arbetar med barn i olika verksamheter och till föräldrar.

De *direkta insatserna* är individuella eller erbjuds i form av gruppverksamhet. Den psykiska barn- och ungdomsvården svarar vanligen för de individuella insatserna. Alkoholmissbruket i hemmet är dock sällan dominerande orsak till att barnet får kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin. Kontakten initieras i stället utifrån att barnet uppvisar olika slag av beteendestörningar. För BUP/PBU är ett eventuellt alkoholmissbruk i familjen okänt och tolkas kanske därför inte som bakomliggande orsak till barnets beteende.

Stöd och hjälp individuellt har fram till för några år sedan varit den enda förekommande insatsen för barn till missbrukare. År 1989 kom den första gruppverksamheten som ett alternativ/komplement. Behovet av gruppverksamhet, direkt riktad till barn från alkoholisthem, uppmärksammades i Minnesotabehandlingen och dess anhörigverksamhet.

Utgångspunkten för barnets deltagande i barngrupp är att missbruket i hemmet är konstaterat. Missbruket är grundorsak till att barnet kommer till en barngrupp. Syftet med och arbetssättet i verksamheten är inriktat på att ge barnet möjlighet att bearbeta känslor och förstå beteenden som är en följd av föräldrarnas alkoholmissbruk.

Indirekta insatser initieras i allmänhet av personal som möter barn till missbrukare i reguljär verksamhet i skola, daghem, inom den psykiska barn- och ungdomsvården etc. De indirekta insatserna kan vara fortbildning, bildande av samarbetsgrupper, spridande av information och upplysning vid särskilda konferenser eller kampanjer etc. Stöd och behandling till föräldrar som missbrukar eller är medberoende är också en form av indirekt insats för barnet. I detta sammanhang redovisas endast exempel på indirekta insatser för personal.

10.2 Direkta insatser för yngre barn

10.2.1 Individuella insatser

Det saknas i dag kunskap om i vilken omfattning barn erbjuds individuella insatser vid föräldrars missbruk. Det är t.ex. inte känt hur vanligt det är att den psykiska barn- och ungdomsvården arbetar med alkoholistbarn. Många uppgifter tyder dock på, som nämnts, att det oftast är okänt för PBU-mottagningar och kliniker att det kan finnas alkoholproblem i familjen. Vanligen anges andra orsaker som skäl till barnets och föräldrarnas kontakt med den psykiska barn- och ungdomsvården.

Att missbruksproblematiken inte uppmärksammas i större utsträckning hänförs till bristande kompetens, dvs. tillräcklig kunskap om missbruk och konsekvenser av missbruk saknas inom barn- och ungdomspsykiatrin. Under de senaste åren har dock den psykiska barn- och ungdomsvårdens engagemang ökat för barn till alkoholister såväl i individuell behandling som i barngruppsverksamheter och i samarbetsgrupper av olika slag.

Barn under tonåren har hittills ej heller erbjudits individuella insatser på rådgivningsbyråer eller alkoholmottagningar. En enkätundersökning som Socialstyrelsen gjorde våren 1992 till öppenvårdsmottagningar visar att endast några få mottagningar erbjuder barn särskilt stöd. Även om mottagningarna förändrat sitt arbetssätt och breddat sin verksamhet har detta främst inneburit att insatser erbjuds vuxna anhöriga och tonårsbarn. Vid kontakt med ett antal rådgivningsbyråer förklaras de uteblivna insatserna med att personalen är missbrukskunnig men saknar barnkunskap. Hjälpen och stödet inriktas på de vuxna. Utgångspunkten är att göra insatser för dem för att därigenom förbättra och förändra också barnens situation.

Enbart de två nämnda verksamheterna speglar hur barn till högkonsumenter/missbrukare drabbas av brister i kunskap och helhetssyn. Barnverksamheter anser sig inte ha missbrukskompetens och traditionella organ för missbrukarvård saknar barnkompetens. Barnen drabbas, dels för att missbrukarvården av tradition inte arbetar med barn, dels för att de är barn till missbrukare, vilket kräver särskilda kunskaper hos de som vanligtvis arbetar med barn.

10.2.2 Gruppverksamheter

Beträffande gruppverksamheterna finns säkrare uppgifter om omfattningen genom en inventering som Socialstyrelsen gjort vid årsskiftet 1992/93 (SoS-rapport 1983:18). Information hämtades dels från de barngruppsprojekt som Socialstyrelsen beviljat utvecklingsmedel till, dels från Ersta Vändpunkten som utbildar barngruppsledare samt från den ovan nämnda enkäten från Socialstyrelsen till öppenvårdsmottagningar. Ytterligare försök att få kunskap om befintliga gruppverksamheter gjordes via en av Socialstyrelsen anordnad satellitkonferens under temat Barn I Fokus i februari 1993. I en kampanjtidning, som spreds i samband med konferensen (Barn I Fokus, nr 3) fanns ett särskilt

upprop där verksamheter ombads kontakta utredaren.

Inventeringen ger, trots att den inte gör anspråk på att vara heltäckande, en bild av omfattningen av direkta insatser i form av särskilt anpassad gruppverksamhet för yngre barn

Socialstyrelsen redovisar ett tiotal pågående gruppverksamheter för barn till alkoholmissbrukande föräldrar. Fem av dessa drivs av kommuner. Två av verksamheterna drivs av kommun i samarbete med diakonistiftelse respektive barn- och ungdomspsykiatrin. Stadsmissionen eller diakonisällskap är ansvariga för de tre återstående. Några av barngruppsverksamheterna hotas av indragning som en följd av bristande ekonomiska resurser. Å andra sidan har några barngruppsverksamheter startat under 1993. Det totala antalet barngrupper i landet kan därför antas ha ökat något under 1993.

I ett par kommuner har gruppverksamhet för barn upphört under det senaste året. Verksamheten har i stället inriktats mot tonåringar bl.a. som en följd av tillgången på projektmedel för förebyggande ungdomsverksamhet.

Under 1992 deltog ca 140 barn i åldrarna 4 – 12/13 år i barngrupper. Exakt antal är svårt att ange eftersom några barn slutar under pågående termin och nya barn kommer till i en del grupper.

Grupperna kan vara små – tre till fem barn – eller ha upp till åtta deltagare. Några verksamheter tar emot en grupp per termin, andra tar emot flera. Med något undantag delar två gruppledare ansvaret för en barngrupp. Flertalet verksamheter är efterföljare till eller har inspirerats av grupperna för barn och tonåringar vid Ersta Vändpunkten, Ersta Diakonisällskap, Stockholm.

Ersta Vändpunkten

Ersta Vändpunkten började arbeta med barn- och tonårsgrupper 1989. Inriktningen på barn var en naturlig följd av att anhörigverksamhet för vuxna, inspirerad av och utformad enligt Minnesota-modellen, erbjudits under några år.

Vändpunkten har en dominerande roll när det gäller gruppverksamheter för barn till alkoholmissbrukare. Detta beror dels på att Vändpunkten tar emot i särklass flest barn och ungdomar (ca 100 varje år) i sina grupper, dels på att Vändpunkten är ensamma i landet om att erbjuda utbildning för barn- och tonårsgruppledare.

Ersta Vändpunktens gruppverksamhet och barnledarutbildning bygger på filosofin bakom AA och Minnesotabehandlingen. Det andliga budskapet och synsättet på alkoholism som en mångfacetterad sjukdom som drabbar människans fysiska, psykiska, etiska och sociala funktioner är centralt. Vändpunkten menar att synsättet är betydelsefullt för barn och tonåringar för att lätta deras skuldbörda. Sjukdomen har de ingen skuld i och de kan inte heller bota den.

Flertalet som genomgått ubildning vid Vändpunkten använder sig av det barn- och tonårsprogram som Vändpunkten introducerat och själva använder sig av i sin gruppverksamhet. Det amerikanska programmet "Children are people too" är med Vändpunktens egen formulering "pedagogiskt med terapeutisk effekt". I fortsättningen kommer utbildningen av gruppledare och Vändpunktens egen

gruppverksamhet att bygga på en omarbetad version av det amerikanska programmet, anpassad efter svenska förhållanden.

Programmet "Children are people too", som inleds med en introduktion, tar upp ett ämne/tema för var och en av gruppsammankomsterna under 7 veckor i rad. Därefter upprepas samma ämne/tema ytterligare en gång under kommande 7 veckor. Sammanlagt träffas barngruppen därmed 15 veckor i rad. Efter genomgånget program erbjuds uppföljningsträffar. Varje sammankomst omfattar 1,5 timma.

Ämnena som tas upp i bl.a. lek, drama, skapande verksamhet och samtal är i sammanfattning: känslor, försvar, alkoholism, val och risker, familjen, egen specialitet/styrka. I programmet ingår en familjekväll. Tonårsgrupperna har samma ämnen men samtalet ersätter leken som arbetsform.

Vändpunktens utbildningsverksamhet är omfattande och växande. Det är kö till utbildningarna till gruppledare såväl för barn som tonåringar.

Övriga verksamheter

Utöver Ersta Vändpunkten har inventeringen av barngruppsverksamheter gett kännedom om följande pågående, direkt riktade insatser:

Trappan, Uppsala – en verksamhet som sedan 1991 drivs i samarbete mellan kommunen och RIA/Diakonistiftelsen Samariterhemmet.

Forum Fenix, Göteborg – en behandlingsenhet för alkoholberoende och anhöriga i Göteborg, som likaledes sedan 1991 erbjuder gruppverksamhet för barn och tonåringar. Under åren 1991/92 bekostades barnverksamheten av utvecklingsmedel från Socialstyrelsen, fr.o.m 1993 svarar kommunen för kostnaderna.

Stadsmissionen, Linköping startade 1991 grupper för vuxna anhöriga, barn och tonåringar. Stadsmissionen i Linköping är den enda verksamheten som också arbetar med förskolebarn. Verksamheten finansieras av Stadsmissionen och genom gåvor och donationer.

Socialtjänsten i Falun arbetar med Minnesotabehandlingen som utgångspunkt. Inom ramen för anhöriginsatser erbjuds också barnen gruppverksamhet sedan 1992.

Tumba församling, Botkyrka kommun, har en mindre verksamhet med barngrupper sedan hösten 1992. Verksamheten bedrivs i nära samarbete med en öppenvårdsgrupp för behandling av kvinnliga missbrukare.

Skolkontoret i Orsa är ansvarig för likaledes en mindre barngrupp med skolbarn med missbrukande föräldrar. En utvidgning av verksamheten planeras.

Alkoholpolikliniken och PBU, Lidingö erbjuder i samarbete barngrupper sedan 1990. Fram till 1992 drevs arbetet som ett projekt, finansierat genom utvecklingsmedel från Socialstyrelsen. Sedan 1992 är det reguljär verksamhet.

Rådgivningsgruppen, Härnösand, är en kommunal öppenvårdsmottagning för alkohol- och drogmissbrukare. Gruppen har en omfattande anhörigverksamhet med familjeprogram och program för vuxna barn till alkoholister, för barn och tonåringar.

Skarpnäcksfältets stadsdelsnämnd, Enskede, har en barngrupp sedan 1991. Verksamheten skiljer sig något från flertalet genom att den inte följer ett särskilt program.

De flesta ovan nämnda barngruppsverksamheter följer det amerikanska programmet "Children are people too" och delar synsätt och filosofi bakom AA och Minnesotabehandlingen. Några av verksamheterna arbetar med delar av eller använder sig flexibelt av programmet. Om ett särskilt ämne är aktuellt för gruppen eller för ett enskilt barn kan det ämnet behandlas i stället för programmets ämne/tema. En verksamhet arbetar med helt annan metod. Gruppledarna, som har olika yrkesbakgrund t.ex. socialsekreterare, diakonissa, skolkurator, har samtliga utom i en verksamhet, utbildats vid Ersta Vändpunkten.

10.2.3 Några synpunkter på gruppverksamheter

Ersta Vändpunkten och Trappan utvärderas för närvarande i ett forskningsprojekt. Delrapporter väntas 1994 och slutrapport 1995. I några av de andra verksamheterna har universitetsinstitutioner engagerats för samråd och uppläggning av verksamhetens egen utvärdering. Jämförande forskning rörande effekterna av individuell behandling respektive gruppverksamhet saknas.

Den fördel med särskilt riktad verksamhet i grupp som oftast framförs är att barnet möter andra barn som lever under likartade villkor. I gruppen får barnet möjlighet att spegla sina känslor av skuld och skam och dela den svåra familjehemligheten – att någon i familjen dricker – med andra. Ensamheten minskar och utanförskapet blir inte lika påtagligt när barnet upptäckter att andra barn bär på samma känslor.

I gruppen får barnet också leka och ta del av aktiviteter som är en motvikt mot tillvaron hemma där barnet ofta tar på sig eller påtvingas ett vuxenansvar. Barngruppen möter behovet hos barnen att få vara barn och att få bete sig som barn. Material, samtal och sysselsättning syftar till att stimulera och locka fram glädje och skaparlust.

Oavsett om ett strukturerat program följs eller om gruppledarna arbetar mera flexibelt och tar upp ett ämne som är angeläget för dagen för ett barn eller alla, berör ämnet eller temat erfarenheter som flertalet har och känner igen sig i. Barnens insikter om alkoholens verkningar och hur missbruk påverkar missbrukaren och omgivningen ökar, inte bara genom den kunskap gruppledaren förmedlar utan också genom att barnen reagerar på budskapet, delar med sig av erfarenheter och känslor och ställer frågor.

De nackdelar som påtalats med gruppverksamheter är att en del barn inte orkar vara med i en grupp. Deltagandet blir alltför ångestfyllt. I forskning och praktik finns erfarenheten att många barn först behöver individuell kontakt och därefter då och då individuell stödkontakt som komplement till gruppverksamhet. Ett beroende till gruppen kan också utvecklas. Anknytningen kan bli stark och separationen från ledare och kamrater smärtsam.

10.3 Barnen i grupperna

Barnen i barngrupperna är i allmänhet i åldrarna 6/7 – 12/13 år. Verksamheten i Linköping tar emot barn redan från 4 års ålder. Vanligtvis sker en indelning i åldersgrupper t.ex. en för åldrarna 6–8 år och en för 9–12 år.

Att 6–7 år är nedre gränsen för deltagande i grupp i alla verksamheterna utom den i Linköping, styrs mer av att befintligt program vänder sig till vissa åldrar än av att det skulle vara mindre lämpligt eller svårt att arbeta med yngre barn. Det finns inte något som talar för att inte också förskolebarn kan ha stor nytta och hjälp av gruppverksamhet. Från forskningen om alkoholistbarn är det känt att barnen redan i tre-fyraårsåldern visar tecken på att de inte mår bra som en följd av föräldrarnas missbruk samtidigt som de lojalt försvarar föräldrarna. Att kunna erbjuda adekvat stöd tidigt är en viktig förebyggande åtgärd för att förhindra svårare störningar senare. Barngruppsledarna i Linköping, som arbetar med de yngsta barnen, menar att barnen t.ex. i lek och teckningar uttrycker mycket av den svåra problematiken och därmed öppnar möjlighet för bearbetning och stöd.

10.3.1 Vilka barn deltar?

I nu pågående grupper deltar barn med olika social bakgrund. Gemensamt för deras deltagande är att åtminstone en förälder är positiv till att de är med i barngruppen.

Barnen rekryteras från socialtjänstens individ- och familjeomsorg, från skolan, från fritidshem eller genom att föräldrar tar egen kontakt. En iakttagelse är att de olika verksamheterna har olika "rekryteringsbas". Några noterar att samarbetet med individ- och familjeomsorgen inte fungerar. Socialsekreterare upplyser inte föräldrar, som är aktuella för missbruk på socialkontoret, om att det finns en särskild riktad verksamhet för barn. Barngruppsledarna antar att detta antingen beror på att barnen och barnens behov inte uppmärksammas i samband med förälders missbruk eller att frågan om hur barnen mår och påverkas är så känslig att ta upp med en missbrukande förälder att man väljer att avstå. Motsatt finns det några verksamheter som rekryterar flertalet barn via socialsekreterare. Det avgörande tycks vara vilken inställning socialkontorets ledning och/eller enskilda socialsekreterare har till verksamheten.

Många barn kommer till grupperna genom att föräldrarna går i behandling eller deltar i självhjälpsgrupper. Dessa föräldrar har insett problemet och har påbörjat eller är inne i en förändring. De är också, om än i varierande grad, medvetna om barnens behov.

Programmet "Children are people too" förutsätter att förälder/föräldrar är positiva eller åtminstone lojala till att barnet deltar i en grupp. Som skäl anförs att om ett gott resultat skall kunna uppnås och barnet bli hjälpt måste det parallellt med att det deltar i en grupp kunna prata om upplevelser och få stöd hemma av minst en förälder. Ofta innebär också gruppdeltagandet att barnet förändras och visar reaktioner och beteenden hemma som är nya för föräldrarna och som de behöver hjälp att hantera. Därför är en kontinuerlig kontakt mellan gruppledare och föräldrar nödvändig under tiden en barngrupp pågår.

10.3.2 De mest utsatta får inte del av stödet

Föräldrar som saknar insikt om problemet och förnekar att barnen tar skada av alkoholmissbruket i hemmet tillåter givetvis inte att barnen börjar i en barngrupp. Flertalet barn är därmed utestängda från kompetent stöd och hjälp i en gruppverksamhet. För många av dessa barn återstår endast omhändertagande och separation från föräldrarna om de skall kunna erbjudas hjälp för egen del.

Den kanadensiska socialarbetaren Margret Cork, vars undersökning om "De glömda barnen" i slutet av 1960-talet var banbrytande, menar att det är ett farligt misstag att tro att barn inte kan bli hjälpta om inte föräldrarna har en positiv inställning. Hon utgår från att flertalet föräldrar inte är och inte blir positivt inställda och att man underlåter att hjälpa ett stort antal barn om man ställer krav på förälders medgivande.

Ett barn har rätt att få stöd av varje vuxen som kommer i kontakt med barnet. Kan inte annan hjälp erbjudas kan den vuxne åtminstone lyssna och bekräfta barnets upplevelser. Skuldbördan kan avlastas genom att den vuxne försöker få barnet att förstå att det inte är hans/hennes fel att föräldern missbrukar. Forskningen om s.k. maskrosbarn har visat att barn som trots en svår barndom vuxit upp till någorlunda harmoniska vuxna, ofta haft turen att möta en bekräftande, hoppingivande vuxen som vågat se dem, lyssna till dem och ge dem stöd. En vuxens empati, engagemang och tilltro till barnet är oerhört betydelsefullt menar bl.a. Margret Cork.

Detta ställer krav på yrkesverksamma som möter barn i olika verksamheter. Barnomsorgspersonal, lärare, socialarbetare, fritidsledare, elevvårdspersonal m.fl. kan vara den stödjande vuxne. Även om barnets situation i familjen inte förändras med detta gör stödet ändå att situationen blir lättare att uthärda.

10.4 Föräldrarna

Barnets möjlighet att få hjälp genom t.ex. gruppverksamhet avgörs av föräldrarnas inställning. Denna är i sin tur beroende av föräldrarnas insikter och syn på missbruk.

De föräldrar som själva går i behandling eller deltar i anhöriggrupper för medberoende är mest motiverade att låta barnen delta i barngrupp. I synnerhet har AA, dess systerorganisationer och Minnesotamodellen uppmärksammat behovet av stöd till alla anhöriga. Som en följd av ökad kunskap om barnens behov kan förälderns inställning förändras.

Mindre motiverade är de föräldrar som t.ex. är aktuella på socialkontoret för missbruk men som ännu ej insett vidden av problemet. Förnekandet är kännetecknande för missbrukaren. Det innefattar också förnekande av att barnet ser, hör eller märker något av förälderns missbruk. Att barnet sover när föräldern dricker eller att alkoholen inte påverkar förälderns beteende är några argument för att försvara inställningen.

Svårast att nå är givetvis barn till dolda missbrukare. Den största utmaningen för yrkesverksamma, som möter barn och föräldrar, är att våga ta upp prob-

lemet med föräldrarna och tala om iakttagelser de gjort på barnet och/eller föräldrarna. Det är en grannlaga uppgift – i synnerhet som det blir uppenbart för föräldern att hemligheten inte längre är en väl dold familjehemlighet. Reaktioner i form av förnekande, avvisande hållning, förbittring och kanske aggressivitet är inte ovanliga.

10.4.1 Motivationsarbete och aktiv påverkan

Eftersom föräldrarnas inställning avgör om barnen kan få del av t.ex. särskilt riktade insater för sina behov krävs tid och arbete för att motivera förnekande eller negativa föräldrar.

Barngruppsledare berättar att de ibland har svårt att rekrytera barn till grupperna. Det främsta skälet är det ovan påpekade; det är svårt att motivera föräldrar till att låta barnen delta i verksamheten. Enligt deras mening anstränger sig inte heller personal som möter barn i sina verksamheter för att få föräldrar att inse barnens behov. Personal bör inte bara acceptera den beskrivning föräldern ger om hur barnen har det. För föräldrar med känd hög alkoholkonsumtion kan krävas att också barnen får särskild uppmärksamhet och i någon form får möjlighet att berätta om sina känslor och upplevelser. Detta borde vara ett naturligt led i behandlingen och insatserna för den vuxne.

Det borde också vara möjligt att ställa större krav på förälderns medverkan i insatser för barnen. Flera av gruppledarna har erfarenheten att när de får möjlighet att möta förnekande och negativa föräldrar kan de på sikt få en positiv inställning genom att förmedla kunskap och erfarenheter som påverkar föräldrarna. En mera aktiv informations- och upplysningsinsats, kanske tillsammans med hembesök, kan ge resultat.

10.5 Indirekta insatser

De indirekta insatserna som syftar till att göra personal i barnverksamheter kunnigare och mera uppmärksamma på utsatta barns signaler, behov och symptom, kan vara av avgörande betydelse för barn i en svår situation.

Socialstyrelsens inventering av verksamheter/insatser för barn till alkoholmissbrukare visar att många av verksamheterna arbetar med informations-, upplysnings- och utbildningsinsatser. Målgrupper för utbildning har varit skolsköterskor, barnomsorgspersonal, socialsekreterare, distriktsköterskor, BVC-personal m.fl.

Utöver vad barngruppsverksamheterna gör kan några särskilda satsningar på indirekta verksamheter illustrera initiativ för att öka kunskap och kompetens hos personal som möter barn till missbrukare.

10.5.1 Några exempel på indirekta insatser

FIA-projektet, Kungsholmen, Stockholm är ett samarbetsprojekt mellan Stockholms läns landsting, Stockholms kommun och Socialstyrelsen. FIA som står för Förebyggande Insatser mot Alkoholrelaterade problem, har ett brett perspektiv där kunskapsutveckling och personalutbildning är delområden. Utbildningsdagar och seminarier har genomförts för stora personalgrupper inom mödra- och barnhälsovård, vårdcentraler, barnomsorg, skola samt för personal som arbetar med ungdom inom fritidsförvaltning och socialtjänst.

Särskild uppmärksamhet har ägnats åt bristande samarbete och kommunikation mellan individ- och familjeomsorg och barnomsorg. En arbetsgrupp har bl.a. utarbetat ett fortbildningsmaterial. FIA-projektet har som ett övergripande syfte att ge den personal som arbetar i barnverksamheter generell kunskap om alkohol och om hur barn har det i en alkoholistfamilj. Ett annat syfte är att några barnverksamma får fördjupad utbildning på Ersta Vändpunkten för att sedan kunna arbeta med barngrupper. En tredje ansats har varit att i samarbete med en teatergrupp gestalta problematiken och göra tydligt den oro och ångest som personal kan känna när misstanke finns om att ett barn far illa och det blir nödvändigt att tala med föräldrarna. FIA-projektet har också producerat en videofilm på samma tema.

Under 1993 utvidgade FIA-projektet arbetet för skolpersonal samtidigt som personalfortbildningen för "alla" barnverksamma på Kungsholmen fortsatte. En policy för hur socialdistriktets olika verksamheter skall arbeta med barn till högkonsumenter/missbrukare kommer också att utarbetas.

Alkoholrådgivningen i Skellefteå hade som ett mål vid en förändring av organisationen 1989/90 att erbjuda utbildning till personal som möter alkoholrelaterad problematik i sitt arbete.

Insatserna för ökad information och utbildning har i hög grad rört personal som möter barn i sitt arbete. Skol- och barnomsorgspersonal har särskilt uppmärksammats men också familjerådgivning, familjehem och kontaktfamiljer har deltagit i utbildning liksom personal på vårdcentraler och inom mödrahälsovård. Under två till fyra dagars utbildning har t.ex. samtlig barnomsorgspersonal fått del av alkoholrådgivningens kunskaper om beroendeutveckling och missbrukets påverkan på familjen. Centrala moment i utbildningen har varit hur personal i barnverksamheter möter familjen och hur man kan arbeta med barnen. Teoretiska avsnitt varvas med övningar av upplevelsekaraktär. Det är viktigt, enligt utbildarna, att deltagarna i utbildningarna bildar sig en uppfattning om problematiken på ett känslomässigt plan eftersom det stimulerar kunskapssökandet.

Fortbildningen för personal inom barnomsorgen har lett till en studiecirkel i ett barnomsorgsområde om barn i dysfunktionella familjer, särskilt missbrukarfamiljer. Två andra områden har haft "Barn i kris"-cirklar och samtliga områdeschefer har fått en fördjupad utbildning om barn som far illa.

BIM-gruppen i Oskarshamn och *Samarbetsgruppen för barn med missbrukande föräldrar i Västervik* är exempel på två initiativ med likartade arbetssätt och samarbete sinsemellan. BIM står för Barn I Missbruksfamiljer och liknande grupper finns också på andra håll i landet.

Grupperna är något olika sammansatta. Gemensamt är att de består av personal i barnverksamheter eller verksamheter som arbetar med vuxna missbrukare som har barn t.ex. skolkurator, socialsekreterare, läkare, kurator eller psykolog inom BUP, skolsköterska, föreståndare från missbruksenhet, polis eller läkare från vuxenpsykiatrisk mottagning.

Arbetet inriktas på att genom seminarier, föreläsningar och studiedagar ge kunskap om alkohol och missbrukets konsekvenser för barnen. Ett viktigt syfte är också att lära sig upptäcka barn i missbrukarfamiljer och finna samarbetsmodeller i lokala, geografiska områden för att arbeta med barnen.

Samarbetsgrupperna i de båda kommunerna har inbjudit till flera arrangemang under de senaste åren. Några har arrangerats gemensamt av Oskarshamn och Västervik och i båda kommunerna finns strävan att inbjuda andra grannkommuner för att därigenom stimulera till liknande samarbetsinitiativ. Samtliga utbildningsdagar/seminarier, några i internatform, har varit välbesökta och rönt stort intresse.

10.5.2 Effekter av indirekta insatser

De fyra nämnda exemplen på indirekta insatser vänder sig till personal i reguljär verksamhet med syftet att ge kunskap om alkohol och missbruk, lära ut hur personal uppmärksammar att barnet inte har det bra, ge kompetens att hjälpa barnet och mod att våga tala med föräldrar om problemet.

I sammandrag säger FIA-projektet, alkoholrådgivningen i Skellefteå och samarbetsgrupperna i Oskarshamn och Västervik bl.a. om insatserna

- att kontakterna förbättrats mellan olika yrkesgrupper,
- att rådfrågningen ökat beträffande hur man skall agera för ett utsatt barn,
- att kännedomen om lokala resurser ökat,
- att hjälpmedel, arbetsplaner, riktlinjer m.m. tagits fram för arbetet,
- att behovet är stort av fortbildning och fördjupning i ämnet,
- att uppmärksamheten ökat och intresset väckts.

10.6 Sammanfattning

En inventering av särskilda verksamheter, direkt riktade till barn under tonåren visar att det finns ett tiotal pågående verksamheter i landet. Huvudman för verksamheterna är kommun, landsting, diakonisällskap eller stadsmissionen. Några av verksamheterna drivs i samarbete mellan olika huvudmän. Flertalet barngruppledare är utbildade vid Ersta Vändpunkten, Stockholm och de flesta arbetar helt eller delvis med det amerikanska programmet Children are people too.

Barngruppsverksamheterna är uppskattade av barn och föräldrar och är till stort stöd och hjälp för barnen. Personal som möter barnen i reguljär verksamhet t.ex. i skolan noterar att de förändras, att de blir lugnare och gladare, att koncentrationen ökar och att deras självkänsla stärks.

En brist är att så få barn kan nås. Under 1992 deltog uppskattningsvis 140 barn i barngrupper. Hindren finns hos föräldrar som inte vill att barnen skall delta eller inte inser barnens behov. Men hinder finns också hos personal som inte är bekanta med verksamheten eller avsätter tid för att motivera föräldrar. Att en stor del av missbruket är dolt är ett uppenbart hinder som i någon mån kan minskas genom ökad medvetenhet och uppmärksamhet på barnens signaler och symptom på att de inte har det bra. Indirekta insatser med information och fortbildning till personal kan bidra till detta.

De pågående barngruppsverksamheterna arbetar på olika sätt med att sprida kunskap till personal i barnverksamheter. På flera håll i landet sker detta också i särskilda projekt eller genom olika samarbetsgrupper utan att vara kopplat till en barngruppsverksamhet. Intresset för denna form av insatser är växande. Initiativtagare till nätverk och samarbetsgrupper kan vara personal inom såväl socialtjänst som landsting, skola eller frivilliga organisationer.

11 Personalintervjuer i tio kommuner

11.1 Inledning

För att få en aktuell bild av hur personal inom olika verksamheter kan upptäcka och stödja barn och föräldrar i familjer med missbruk, har kommissionen genomfört intervjuer i tio kommuner. I varje kommun har en anställd inom vardera mödrahälsovård, barnhälsovård, barnomsorg, skolhälsovård och socialtjänstens individ- och familjeomsorg intervjuats vid personliga besök eller i undantagsfall per telefon.

De tio kommunerna är Haparanda, Hyltebruk, Luleå, Stockholm, Strömstad, Sundsvall, Tomelilla, Uddevalla, Uppsala och Vara. I urvalet finns både stora, medelstora och små kommuner och kommuner med olika karaktär (landsbygd, brukssamhälle, låg- och högstatusområden, invandrartäta områden osv.) representerade.

Frågorna vid intervjuerna har belyst

- ansvarsområde (antal barn, ärenden osv.),
- erfarenhet av och arbetsår i yrket,
- antal barn där man vet att föräldrar missbrukar och hur man fått vetskap om detta,
- antal barn där man misstänker missbruk i familjen och varför man misstänker detta,
- problem och konsekvenser för barnet,
- vad kan den intervjuade göra för barn och föräldrar – vilka hinder och möjligheter finns i aktuell organisation,
- vad behöver den intervjuade och/eller verksamheten för att bättre kunna möta barnets och familjens behov,
- vilka åtgärder/insatser är viktiga för barnen och föräldrarna och hur kan man samarbeta kring detta.

Intervjuerna har tagit mellan en dryg halvtimme och närmare två timmar. Utformningen har blivit olika beroende dels på yrkeskategori, dels och framför allt, på i vad mån ämnet har varit laddat för den intervjuade. Några av de intervjuade har värjt sig mot tanken att det skulle finnas barn med missbrukande föräldrar i deras verksamhet eller område. Andra har ansett det självklart att barnen finns – även i de mest väletablerade områden – och att man också ofta kan vara till stöd för barnen. De senare har använt sig av intervjun för att fundera över förhållningssätt och möjliga arbetsmetoder. Någon av de intervjuade uttryckte att missbruk idag är mera tabubelagt än sexuella övergrepp – "för

det kan ju i alla fall inte gälla mig eller någon i min bekantskapskrets". Kanske är detta en del av förklaringen till att man inte vågar se barnen. En av de intervjuade uttryckte också att det är lättare att hjälpa dem som kommer från sämre förhållanden och att det är svårare när det gäller någon som liknar en själv och kommer från samma samhällsklass.

11.2 Sammanställning av intervjuerna

11.2.1 Barnmorskor på mödravårdscentraler

De intervjuade tio barnmorskorna har alla lång erfarenhet av arbete på mödravårdscentral och flertalet har också arbetat under lång tid inom samma geografiska område.

Alla barnmorskor har genom åren mött någon/några blivande mödrar med känt missbruk. En barnmorska var under en period ansvarig för alla identifierade gravida missbrukare i kommunen vilket dock blev för arbetsamt och krävande. De gravida missbrukare som varit aktuella har haft uppenbara alkoholproblem och varit kända av omgivningen. Socialtjänsten har ibland varit den instans som kontaktat mödravårdscentralen.

Flertalet barnmorskor har också genom åren misstänkt alkoholproblem hos andra gravida. Några indikationer har bl.a. varit

- allmän social instabilitet kring den blivande mamman (missbruk hos partner eller i nätverket, arbetslöshet, dålig kontakt med egna föräldrar, tidigare barn ser inte ut att ha det bra, flera olika fäder till barnen),
- storrökare som inte klarat att minska rökningen under graviditeten,
- gravida som kommit till mödravårdscentralen sent i graviditeten,
- gravida som ofta lämnar återbud eller uteblir från kontroller,
- barnmorskans egen intuition ("det är något som inte stämmer").

Några barnmorskor som arbetar inom väletablerade områden, konstaterar att det är svårt att upptäcka socialt etablerade, gravida missbrukare. De döljer i allmänhet sina problem väl och liknar inte alls schablonbilden av missbrukare.

Enligt anvisningar skall mödrahälsovården informera sig om den gravida kvinnans alkoholvanor samt eventuell bakgrund till alkoholproblem vid inskrivningssamtalet och i graviditetsvecka 30 – 32. Frågorna kring alkoholbruk i mödrahälsovårdsjournalen erbjuder svarsalternativen aldrig – sällan – dagligen. I tidigare utformning av journalen gällde frågorna alkoholvanorna både före och under graviditeten medan de nu endast avser konsumtionen under aktuell graviditet. Flertalet av de intervjuade barnmorskorna tycker att det är svårt att ställa frågor om alkoholen. En del barnmorskor frågar däremot självklart både om hur kvinnan drack innan hon visste att hon var gravid och hur mycket hon då konsumerade och om hon fortfarande dricker fast hon är gravid. De allra flesta gravida slutar använda alkohol så snart de fått besked om att de är gravida. Barnmorskans uppgift blir främst att dämpa ångest och ge lugnande

besked om den alkoholkonsumtion kvinnan haft innan hon visste att hon var gravid. En barnmorska konstaterar att man fått mycket utbildning kring fosterskador, men inte om hur man skall få fram överkonsumtion.

Flera av barnmorskorna poängterar att det oftast inte är svårt att stödja kvinnor vars missbruk är klarlagt. Någon enstaka gravid missbrukare avbryter kontakten med MVC, men oftast är kvinnorna hjälpsökande eftersom de inte vill skada sitt foster. Vanligen erbjuds kvinnan täta barnmorskekontakter. Vid kontakterna går man försiktigt fram för att inte skuldbelägga kvinnan och man försöker, utan pekpinnar, prata så öppet som möjligt om problemen. Det är viktigt att förmedla trygghet och visa att man bryr sig om patienten. Flera barnmorskor funderar över om de ibland är för "godtrogna". En erfaren barnmorska berättar om hur hon "lurats" när hon trott föräldrar om för mycket. Samtidigt anser hon att tilltron till att den blivande mamman verkligen vill förändra sitt liv och föda ett friskt barn är en nödvändig förutsättning för att kunna stötta på ett bra sätt. En barnmorska framhåller att det är lätt att tycka om dessa mammor om man får deras förtroende.

Barnmorskorna poängterar det goda samarbetet med barnavårdscentralernas personal och hur viktig uppföljningen av familjerna är. Mödra- och barnavårdscentralerna arbetar ofta nära varandra vilket gör det lätt att efter förlossningen slussa över familjen till BVC. Ett par barnmorskor, som också arbetar på ungdomsmottagningar, anser att detta är en mycket bra kombination. Erfarenheten från ungdomsmottagningen ger kunskap om hur de unga kvinnorna och blivande mödrarna lever. Alkoholkonsumtionen hos unga oroar flera av barnmorskorna och i en kommun nämner barnmorskan speciellt tonårsflickornas höga starkspritkonsumtion.

Andra samarbetspartners till barnmorskorna är bl.a. kurator på kvinnokliniken, specialistmottagning för gravida missbrukare, socionom och psykolog inom mödra- och barnhälsovårdsteam och riskgraviditetsgrupp som finns i anslutning till teamet, mödrahälsovårdsöverläkare respektive samverkansgrupp med personal från polis, elevvård, MVC, BVC och socialtjänst. Av tradition arbetar barnmorskorna dock mycket självständigt och en barnmorska menar att det är bättre att hon vid behov konsulterar andra än att den gravida kvinnan remitteras till andra instanser.Samarbetet med socialtjänstens individ- och familjeomsorg är generellt mera laddat än samarbetet med andra verksamheter även om det skiljer sig mellan kommunerna. En barnmorska konstaterar att samarbetet fungerar bättre i den kommun där hon nu arbetar än i hennes tidigare kommun. Någon barnmorska har i perioder haft en socialsekreterare knuten till mödravårdscentralen. Resultaten har varit skiftande; hur samarbetet fungerar beror bl.a. på vilken person det är och om man har samma upptagningsområde. Enligt flera barnmorskors uppfattning måste samarbetet med individ- och familjeomsorgen förbättras. Sekretessproblem och att individ- och familjeomsorgen inte ger återkoppling till mödrahälsovården är faktorer som försvårar samarbetet.

11.2.2 Sjuksköterskor på barnavårdscentraler

Flertalet av de intervjuade sjuksköterskorna har lång yrkeserfarenhet. Merparten är distriktssköterskor med barnhälsovård som en större eller mindre del av arbetet.

Nästan alla de intervjuade har under åren mött någon/några familjer med känt missbruk, men erfarenheten av missbruksfamiljer varierar mycket. Några har tidigare arbetat inom ett s.k. tungt område, där missbruket var känt och öppet medan det i nuvarande distrikt är dolt. När missbruk i familjen är känt är det känt "av alla", också av barnhälsovården. Ibland kommer signaler om misstänkt missbruk från mödrahälsovården, kollegor, socialtjänsten och grannar. I några av de mindre kommunerna talar sjuksköterskorna om familjer som flyttat in från stortstadsområden och att det ofta dröjer ett tag innan man förstår att familjerna har stora problem. När problemen uppdagas flyttar familjen ibland vidare.

De flesta sjuksköterskorna har då och då också misstänkt att det funnits missbruk i familjer på grund av att familjen t.ex. uteblir från avtalade tider, barnen är smutsiga och hemmiljön stökig, barnen får dålig tillsyn, upprepade olycksfall inträffar eller barnen är skrikiga och oroliga. Liksom barnmorskorna säger en del av sjuksköterskorna att de intuitivt känner att det finns anledning till oro för barnen. Några av de intervjuade hänvisar till att de arbetar i ett så väletablerat område att det inte finns alkoholproblem där.

De konsekvenser för barnen som sjuksköterskorna ser av alkoholmissbruk i hemmet är t.ex. försummelse, bristande matvanor, dålig gränssättning och isolering. Andra iakttagelser är att dessa barn tidigt tar ansvar för föräldrar och att de visar brist på trygghet och tillit. En sjuksköterska med lång erfarenhet berättar om maktlösheten hon känner när hon ibland får bekräftat att barn, som hon funderat mycket över när de var små, också har det besvärligt när de växt upp.

Sjuksköterskorna anser att det är svårt att få klarhet i om missbruk föreligger. Någon ifrågasätter om detta ingår i barnhälsovårdens uppgifter och ett par av de intervjuade menar att det finns en övertro på vad BVC kan uträtta och upptäcka. Dels vill de flesta föräldrar och barn göra ett gott intryck vid kontakterna med BVC, dels är kontakttillfällena begränsade eftersom det endast är under spädbarnsåret som familjerna har tät kontakt med BVC. Misstankarna om missbruk ventilerar sjuksköterskorna i huvudsak med kollegor, ibland ordnar man extra läkarbesök eller konsulterar mödra- och barnhälsovårdsteam eller BVC-psykolog. Ett par av sjuksköterskorna har också möjlighet att ta upp och anonymt diskutera farhågorna i en samverkansgrupp respektive ett barnteam. Flera av de intervjuade beskriver sitt trevande och sökande efter bekräftelse på misstankarna. Vikten av hembesök poängteras men också vikten av att lyssna och få föräldrarnas förtroende. Stödet till föräldrarna poängteras och en av sjuksköterskorna lyfter fram en verksamhet där föräldrar anonymt kan söka hjälp, som ett bra exempel. Rent praktiskt kan sjuksköterskorna ibland medverka till att ordna daghemsvistelse för barnen.

Hos flera av de intervjuade finns en stark tvekan inför kontakt med individ- och familjeomsorgen och barnpsykiatrin. Någon känner inte denna tvekan och har lättare att ta kontakt, mest utifrån att personalen är bekant. En sjuksköterska har tidigare under flera år arbetat tillsammans med socialsekreterare på BVC och saknar detta mycket idag. Gemensamt för många av de intervjuade sjuksköterskorna är att man är rädd för att tappa kontakten med familjerna om man t.ex. gör en anmälan till individ- och familjeomsorgen.

Arbetsförhållandena för flera av de intervjuade sjuksköterskorna har ändrats eller kommer att förändras i och med att husläkarsystemet införs. Sjuksköterskorna anser själva att BVC-arbetet redan i dag ofta är lågprioriterat. Det finns en oro inför att denna inställning kommer att förstärkas. Det kan innebära att det blir svårare att få tid för de utsatta familjerna och ännu mindre utrymme att upptäcka och stödja familjer med problem. Tiden för samarbete med andra organ förväntas också minska.

11.2.3 Föreståndare inom barnomsorgen

De intervjuade är förskollärare eller fritidspedagoger. Samtliga har lång yrkeserfarenhet och flera har arbetat många år på nuvarande arbetsplats. En av de intervjuade är områdesföreståndare och en biträdande platschef med ansvar för fritidshem och låg- och mellanstadium. Övriga är föreståndare för daghem.

Flertalet intervjuade har vid intervjutillfället barn inom verksamheten där missbruk är känt. Antalet barn från missbrukshem varierar dock mellan barnomsorgsenheterna från något enstaka barn till uppskattningsvis ett till två barn i varje 20-grupp (med misstänkt missbruk inberäknat). I flera fall har mamman berättat för personalen att barnets pappa missbrukar. I andra fall handlar det om öppet missbruk, där t.ex. mamman själv uppgett att hon är alkoholist. Ibland har föräldrar varit påverkade eller luktat alkohol när de hämtat barn på daghemmet, ibland handlar det om att "alla vet" eller att barnet placerats på daghemmet på grund av hemförhållandena. För flera av de intervjuade är det självklart att det även i s.k. lugna områden finns barn som har föräldrar med missbruk medan några av de intervjuade utesluter detta eftersom de arbetar i socialt väletablerade områden.

Uppgifterna om misstänkt missbruk i barnens familjer varierar mycket mellan de intervjuade. Barnen signalerar på olika sätt att de inte har det bra vilket ibland innebär att personalen funderar på om orsaken är ett eventuellt missbruk. Samtidigt finns det ofta andra bekymmer i familjerna, främst separationer och skilsmässor, som kan vara orsak till barnets beteende. Ibland ser barnets förhållande perfekt ut på ytan, men personalen kan ändå vara undrande inför hur barnet har det, om föräldrarna har problem etc.

Barnens signaler kan t.ex. vara att

- de inte vill berätta på samlingen vad de gjort under helgen,
- de kan vara hyperobservanta på föräldrarnas beteende när föräldrarna kommer för att hämta,
- de inte deltar i lekar kring att ha fest och skåla,

- de är mycket duktiga och mogna med tidigt ansvar för föräldern,
- de är överaktiva eller har koncentrationssvårigheter,
- de har bristande tillit till vuxna och visar aggressivitet,
- de visar trötthet och hunger efter helgen,
- de är smutsiga och försummade osv.

Grunden för det arbete man kan göra och det stöd man kan ge inom barnomsorgen måste, enligt de intervjuade, utgå ifrån en bra och öppen relation till både barn och föräldrar. Invänjningstiden är mycket viktig för det framtida samarbetet. Barnomsorgsvistelsen innebär trygghet för många barn – det märks ibland tydligt när barnen varit borta några dagar. Den strukturerade verksamheten är utomordentligt viktig för de barn som har det oroligt hemma.

Flera av de intervjuade föreståndarna har genom åren lärt sig att alla barn inte har det bra men också att personalen och daghemmet kan göra mycket som förbättrar tillvaron för dessa barn. Samtidigt påpekar föreståndarna att daghemmets ansvar ytterst gäller barnet och att det är svårt att parallellt hjälpa föräldern. Någon talar om att ta på sig "specialglasögon" och ge de utsatta barnen något extra, t.ex. medvetet använda sig av teckningar och lekar som metod när det är helt tydligt att barnet bär på tunga upplevelser. Det är mycket ovanligt att personalen pratar med barnen om att mamma eller pappa dricker, men någon har funderat över om, och i så fall hur, man skulle kunna göra det.

En av de intervjuade uppger att hon med åren lärt sig att vara mycket tydligare mot föräldrarna och att föräldrarna respekterar detta. Man kan känna ilska inför föräldrar som gör sina barn illa, men samtidigt tycka synd om dem. I personalgruppen diskuterar man "alla barns rätt att älska sina föräldrar" och att man måste utgå från detta i arbetet, vilket inte alltid är en lätt uppgift.

En föreståndare har ett mycket gott och nära samarbete med BVC och en annan föreståndare har kunnat använda sig av BVC-psykologen. Samarbetet med individ- och familjeomsorgen fungerar mycket olika och de intervjuade rapporterar om både goda och dåliga exempel. En föreståndare med stor erfarenhet av barn till missbrukare hade på en tidigare arbetsplats många barn "gemensamma" med individ- och familjeomsorgen vilket ledde till ett bra och nödvändigt samarbete med socialsekreterare. På senare år har hon rörande ett barn haft månadsmöten med socialsekreterare och föräldrar, där man följt upp vad som hänt. Samarbetet med individ- och familjeomsorgen för övrigt har dock fungerat mycket dåligt.

Förändringarna inom barnomsorgen oroar många av de intervjuade. Grupperna blir större och föreståndaren hinner inte längre arbeta med personalstöd. Barnomsorgens organisatoriska överflyttning till skolförvaltning och annan nämndtillhörighet har enligt flera föreståndare inneburit förlust av en del både formella och informella kontakter med individ- och familjeomsorgen. Det är svårt att hävda barnomsorgens speciella behov – och särskilt de utsatta barnens behov – i skolans värld. Nedskärningarna gör också att var och en ser mera till sitt istället för att utöka samarbetet.

11.2.4 Skolsköterskor

De intervjuade skolsköterskorna arbetar dels inom låg- och mellanstadiet, dels inom högstadiet och gymnasiet och de flesta har lång erfarenhet. På grund av de olika stadierna är arbetet olika för skolsköterskorna.

Ett par av skolsköterskorna har aldrig mött elever där man haft kännedom om, eller misstänkt, att det funnits missbruk i familjen. En av skolsköterskorna arbetar i ett villaområde och den andra i ett socialt belastat område, där hon upplever att andra problem dominerar. Andra av de intervjuade har alltid barn från missbrukshem aktuella eller har mött många genom åren. Skolhälsovården får kännedom om barnen genom att "alla vet" eller genom lärare, kollegor, andra föräldrar, fritidshem och ibland genom att barnen själva berättar, speciellt de äldre barnen. Ett par av skolsköterskorna berättar att barnen kommer till dem med olika små och stora symptom och så småningom berättar de om hur de har det hemma. När ett barn kommit många gånger för små krämpor brukar en skolsköterska fråga bl.a. om missbruk men hon har aldrig mött ett barn som medgett missbruk hos föräldrarna.

Det dolda missbruket bekymrar flera av de intervjuade. Det är skuldbelagt och både barnen och föräldrarna döljer det mycket väl. Barnen är lojala och skyddar föräldrarna och då blir det också mycket svårt att hjälpa barnen. Ibland väcks misstankar av att det t.ex. finns många noteringar om flyttning i BVC-journalen, ibland kan man märka att barnet inte mår bra utan att hitta orsaken. Skolsköterskorna framhåller att problemen hemma ofta är sammansatta och att missbruk kan vara en del.

Skolsköterskorna ser vuxenbarnen som tar mycket ansvar och är duktiga både hemma och i skolan; "maskrosbarnen" som tycks opåverkade av en orolig hemmiljö; utåtagerande barn och tonåringar; barn som får dålig omsorg hemma och lite stöd i skolarbetet; barn med psykosomatiska sjukdomar; oroliga, okoncentrade barn och tysta och inåtvända barn. Som skolsköterska kan man enligt de intervjuade finnas till hands för barnen och försöka ge dem extra tid, "bara lyssna", se till att de har tillfredsställande vuxenstöd omkring sig och vid behov, t.ex. tillsammans med skolkurator, göra en anmälan till socialtjänsten. Det är ovanligt att man har föräldrakontakt kring missbruket. Istället ser man som sin uppgift att stötta barnet under skoltid och därmed underlätta tillvaron för dem. En skolsköterska anser att man borde arbeta mera psykosocialt än vad som ofta är fallet. Friskvårdssatsningar rörande kost, motion, sömn m.m. är betydligt vanligare än satsningar med psykosociala inslag.

För ett par av de intervjuade är stödet och handledningen från skolkurator respektive skolpsykolog förutsättningar för att kunna stödja barnen. Elevvårdsteamen är också viktiga som forum för att aktualisera problem men dessvärre fungerar de inte alltid så bra. En skolsköterska anser att skolan, som den ser ut i dag, generellt inte är bra utformad för de barn som har det jobbigt. Hon menar att skolan borde fungera bättre i socialt avseende. Flera av skolsköterskorna uppger att de idag är pressade av ett stort barnantal och har svårt att hinna med individuellt stöd till de barn som skulle behöva det.

Kontakten med barnpsykiatrin varierar, en del har mycket goda erfarenheter, andra känner misstro och besvikelse. På motsvarande sätt förhåller sig skolsköterskorna till individ- och familjeomsorgen.

11.2.5 Arbetsledare inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg

De socionomer som intervjuats har alla lång erfarenhet av socialt arbete och arbetar idag som 1:e socialsekreterare, socialinspektörer eller avdelningschefer.

Omfattningen av missbruk varierar i de familjer som är aktuella på socialkontoret men flera av de intervjuade uppskattar att det förekommer i mellan hälften och två tredjedelar av alla aktuella ärenden, inklusive ärenden med redan omhändertagna barn. Ibland är missbruket orsak till att ärendena aktualiserats men ofta är problembilden mera sammansatt och alkoholen "bara" ett delproblem. I ekonomiska biståndsärenden blir det ibland efter hand tydligt att missbruk belastar familjen. Vid vårdnadstvister och i umgängesärenden kan missbruksproblem också uppdagas liksom att missbruk hos föräldrarna ibland framkommer i samband med ungdomars eget missbruk.

Signaler eller formella anmälningar rörande missbruk kommer från allmänheten, polisen, mödra- och barnhälsovården, barnsjukvården, barnomsorgen och skolan. Varifrån flertalet anmälningar kommer varierar mellan kommunerna. I någon kommun har en anmälan aldrig kommit från BVC, i en annan aldrig från barnomsorgen. Ibland händer det att tonåringar kommer och ber om hjälp för föräldrarna eller för att själva flytta hemifrån.

Arbetet på de olika socialbyråerna är organiserat på olika sätt: med eller utan speciella barn- och familjegrupper; med eller utan speciell missbruksenhet osv. Hur arbetet bedrivs varierar också men oftast dominerar utredningsarbetet. Tid och mer utvecklade metoder för stöd- och behandlingsarbete i familjer med missbruk saknas. Arbetsledaren i en kommun omtalar att man mycket medvetet arbetar med att ta kontakt omedelbart efter en anmälan/signal och att detta har många fördelar. Det är inte självklart att socialsekreterarna har direktkontakt med barnen till en missbrukande förälder. Flera av intervjupersonerna framhåller dock att man alltid talar även med de små barnen. I en kommun deltar barn från ca 12 år i familjesamtal och i en annan får barnen, om de är över 13 år, kontakt med en egen socialsekreterare. Direktkontakten med barn i familjehem skiftar också enligt de svar de intervjuade ger.

Insatserna som erbjuds missbruksfamiljen varierar. Kontaktman/kontaktfamilj är vanligt förekommande. Andra insatser är nätverksarbete; socialjour för tillsyn; hemma-hos-verksamhet; ungdomsmottagning; kontakt med missbruksenhet; kontakt med barnpsykiatrin; avlastningshem; familjehem; institutionsplaceringar. Flera av de intervjuade uppger att man undviker samplaceringar barn-föräldrar, eftersom man inte anser att det finns bra sådana möjligheter.

På flera av socialkontoren är arbetssituationen mycket pressad och nedskärningar av missbrukarvård, öppna förskolor m.m. drabbar ytterst barnen. Organisatoriska förändringar kan också försvåra arbetet. Kontakten med barn-

omsorgen har t.ex. försämrats sedan barnomsorgen knutits närmare skolan.

Samarbetet med andra instanser fungerar mer eller mindre bra. Några av de intervjuade uppger att individ-och familjeomsorgen har ett bra informellt samarbete med de flesta andra verksamheter, andra redovisar att olika verksamheter träffas regelbundet. Flera intervjuade arbetsledare efterlyser ett bättre samarbete samtidigt som man kan konstatera att det är svårt att förverkliga eller prioritera samarbete i en alltmer pressad arbetssituation.

11.3 Sammanfattning

Intervjuerna har inte gett någon uppfattning om hur många barn som lever med föräldrar som missbrukar i de verksamheter som de intervjuade företräder. På direkt fråga har flera av de intervjuade svarat att 10 - 15 procent av alla barn förefaller vara en rimlig uppskattning med tanke på det dolda missbruket.

Flertalet av de intervjuade efterlyser mera utbildning. Det saknas kunskap om missbruk, hur man får en rättvisande alkoholanamnes, hur barn reagerar när det finns missbruk i familjen, hur man kan tala med och/eller stötta barnen, hur man kan tala med föräldrarna utan att de bryter kontakten, vilka hjälpmöjligheter som finns osv. Av intervjuerna framgår att den personal som har mest kunskap och erfarenhet av missbruk också upptäcker fler barn som lever i familjer med missbruk. De intervjuade som uppmärksammar flest barn poängterar behovet av handledning.

Svårigheterna i samarbetet med andra instanser är ett genomgående tema i intervjusvaren. Förväntningarna på vad samarbetet skall innebära varierar. Individ- och familjeomsorgen är mer nöjda med samarbetet med andra instanser än vad övriga är. I ett par kommuner var yrkesgruppernas skilda förväntningar mycket tydliga och olika organisationers behov och kultur exemplifierades på ett påtagligt sätt. Gemensamma utbildningssatsningar som leder fram till någon form av samverkansgrupp bedöms vara en möjlig väg att överbrygga motsättningar och undvika att barn och föräldrar i familjer med missbruk i framtiden inte får det stöd och den hjälp de behöver på grund av misstro och besvikelse mellan yrkeskategorier.

Nedskärningar och omorganisationer i förvaltningar och verksamheter oroar många av de intervjuade. De mest utsatta barnen, bl.a. barnen till missbrukare, drabbas hårdast när barnhälsovården eller elevvården får mindre tid för individuella insatser, när barngrupperna blir större inom barnomsorgen eller när det inte finns resurser för förebyggande och stödjande arbete inom individ- och familjeomsorgen.

12 Grundutbildning och fortbildning om barn till alkoholmissbrukare

12.1 Grundutbildningar förändras

Samhällsutvecklingen och krav på förnyelse förändrar utbildningssystemet vid högskolor och universitet både vad gäller utbildningens organisation och målen för utbildning. Högskolereformen 1993 innebär en övergång till mer mål- och resultatorienterade styrformer och ökad decentralisering. De centralt fastställda utbildningslinjerna försvinner. Varje högskola avgör hur grundutbildningen skall organiseras och utrymmet och möjligheten för profilering ökar.

Grundutbildningens inriktning är en dimension i måldiskussionen. Frågan om högskolan främst bör ge grundläggande allmänna kunskaper eller yrkesinriktade kunskaper och färdigheter har i sin tur samband med och får konsekvenser för personalfortbildning och kompetensutveckling i yrkeslivet. Högskoleutredningen (SOU 1992:1) påpekar att från studenternas sida betonas alltmer vikten av baskunskaper och allmän bildning framför yrkesförberedelse i grundutbildningen. Generalistutbildning föredras framför yrkesinriktad specialisering. Specialistkunskapen skall byggas upp från den generella kompetensen i vidare- eller fortbildning. Grundutbildningen blir den tid då man skall "lära att lära" eller "lära om lärandet" (SOU 1992:1, s. 78).

12.1.1 Missbrukskunskap i grundutbildning

Trots att flera utbildningar inom högskolor och universitet leder till yrken där alkoholmissbruk och konsekvenser av missbruk är vanliga inslag i yrkesutövningen, är missbrukskunskap sällan ett obligatoriskt inslag i grundutbildningen. Orsakerna till detta kan vara flera. Ämnet konkurrerar med många angelägna inslag under utbildningstiden, utbildningsanordnarna kan bedöma ämnet som mindre relevant eller viktigt för yrket, utbildningarnas frihet att profilera sig lokalt kan leda till val av ämnen med mer attrativ inriktning, lärarresurser saknas, studenterna visar inte intresse för ämnet etc. Socionomutbildningen t.ex. erbjuder missbrukskunskap endast som tillval och det händer inte sällan att kurser ställs in på grund av för få intresserade studenter. Blivande socionomer väljer bort kurser i missbrukskunskap och missbrukarvård för andra mer lockande tillvalskurser vid ett fritt val. Trots att inslaget av alkoholproblematik är stort i socialt arbete och ofta dominerande eller starkt bidragande orsak till annan social problematik har inte studenten erfarenhet av sambanden och inser inte heller behovet av kunskap i ämnet. Sambanden blir inte tydliga utan kun-

skap och det finns därför skäl för en förnyad diskussion om ämnesområdet som ett obligatoriskt moment i bl.a. socionomutbildningen.

12.1.2 Anhörigkunskap i grundutbildning

Missbrukets konsekvenser för anhöriga berör fler och större högskoleutbildade personalgrupper än de som kommer i kontakt med missbrukaren själv. Som exempel på yrkesverksamma som i dagligt arbete möter partners och barn till missbrukare kan nämnas personal inom barnhälsovård, förskola och skola. Bristen på kunskapsförmedling om anhörigproblematiken är anmärkningsvärd dels med tanke på omfattningen av problemet, dels mot bakgrund av de konsekvenser som bristande kunskap kan få för barn vars signaler eller beteende tolkas felaktigt.

Elementär kunskap om konsekvenserna för och reaktionsmönstren hos vuxna anhöriga och barn till alkoholmissbrukare är en förutsättning för att hjälpa yrkesverksamma att förstå att det bakom förälderns eller barnets beteende finns ett dolt problem.

12.1.3 Grundutbildningarna och barnen till missbrukare

Yrkesverksamma som arbetar med barn har ett särskilt ansvar att ingripa till barnets skydd. Forskningen har visat att barnet tidigt, ibland redan under spädbarnsåret, genom sitt beteende visar tecken på att det inte har det bra, inte mår bra. För att känna igen och förstå signalerna krävs att personalen har fått information om vad de skall vara uppmärksamma på och varför.

Kommissionen har, inför detta betänkande, varit i kontakt med ett stort antal högskole- och universitetsutbildningar för skola, vård och omsorg och tagit del av lokala utbildningsplaner och kursplaner för utbildningar till socionom, psykolog, läkare, lärare, förskollärare samt vårdhögskolornas utbildningsutbud. Med några få undantag finns det inte särskilda kurser eller moment som behandlar missbrukarnas barn. Vårdhögskolan i Halmstad har en kortare specialkurs i ämnet och läkarutbildningen i Stockholm ägnar, inom ramen för en veckoutbildning i drogkunskap, en lektionstimma åt vardera barn till missbrukare och missbruk under graviditet. Läkarutbildningen i Lund tar likaledes upp anhörigproblematiken i en kortare kurs i drogmissbruk och beroende. I andra utbildningar finns tillvalskurser men erfarenheten är, som nämnts, att få studerande väljer dessa.

Stora personalgrupper som arbetar direkt med barn som t.ex. förskollärare och lärare möter inte problematiken i utbildningen mer än under någon enstaka lektionstimma. Om barn till alkoholmissbrukare ägnas större utrymme sker det till synes slumpartat och utifrån enskilda lärares intresse eller för att några elever är specialintresserade av ämnet och väljer det för en fördjupningsstudie.

En förfrågan liknande den kommissionen gjort, har ställts till en del universitet och högskolor i samband med en uppsats i drogepidemiologi (Christensson/Ottenblad/Telerud, 1993). I uppsatsen – Från sex till 6 – konstaterar författarna

att 1,5 timmas undervisning om barns utsatthet ingår i de utbildningar till förskollärare och barnskötare, barnmorske- och barnsjuksköterskeutbildningar som uppsatsförfattarna undersökte.

Sammanfattningsvis kan konstateras att grundutbildningarna uppmärksammar barn till missbrukare i ytterst ringa grad. Med tanke på problemets omfattning är det rimligt att grundläggande kunskap och information ingår som obligatoriskt moment i utbildningar för dem som i sin yrkesverksamhet arbetar med barn.

12.2 Fortbildning och vidareutbildning

Med en tyngdpunkt i grundutbildningen på generell kompetens är fort- och vidareutbildning en förutsättning för att möta förändringar och motsvara krav på djupare och specialiserad kompetens. Personalutbildningen blir ett allt viktigare instrument för kunskapsförmedling och kompetensutveckling.

Kompetensutredningen säger i delrapporten Kompetensutveckling – en utmaning (SOU 1991:56) att "kompetenskraven formuleras och utvecklas på arbetsplatserna". En förutsättning för att formulera kompetenskrav är att behovet av kunskap och kompetens konstaterats. När det gäller barn till missbrukare är erfarenheten att yrkesverksamma bl.a. på grund av okunskap brister i insikt om problemet och feltolkar beteende och signaler vilket i sin tur gör det svårt att formulera kompetenskrav. Om inte baskunskapen finns efterfrågas inte heller fortbildning.

Personalfortbildningen med syfte att ge ny eller fördjupad kunskap rörande missbrukets konsekvenser för barnen ingår inte generellt i ett fortbildningsutbud. På samma sätt som i grundutbildningarna erbjuds utbildningsinsatserna slumpartat och styrt av personals eller arbetsledningens intresse och insikter.

12.2.1 Några exempel på personalfortbildning

I avsnittet Verksamheter och insatser för barn till alkoholmissbrukare i detta betänkande, beskrivs några satsningar på personalfortbildning och några exempel på kunskapsförmedling och kompetenshöjande insatser genom samarbetsgrupper.

FIA-projektet i Stockholm och Alkoholrådgivningen i Skellefteå har erbjudit utbildning till stora personalgrupper. Erfarenheten är att utbildningarna har lett till ett mera kompetent arbete och att personalen uppmärksammar barnens signaler tidigare och bättre. Den ökade kunskapen om barnens behov har ökat beredskapen att våga agera för barnet och tala om problemet såväl med föräldrar som med verksamheter som kan bistå barn och föräldrar.

Samrådsgrupper, som bildas på olika håll i landet på initiativ av personal som arbetar med barn i olika verksamheter, bygger på lokal förankring och samarbete mellan olika yrkesgrupper. Kunskapsförmedlingen sker dels genom att bjuda in föreläsare till studiedagar, dels genom diskussioner och erfarenhetsutbyte

mellan personal som möter och arbetar med barn i olika verksamheter.

Det fåtal verksamheter som arbetar direkt med barn till missbrukare i barngruppsverksamhet bedriver inte sällan ett omfattande informations- och utbildningsarbete. Gruppledarna i dessa verksamheter fungerar också ofta som handledare och rådgivare till personal i andra barnverksamheter.

Ett exempel på personalfortbildning med stor spridning är det s.k. FA-projektet (Föräldrar och Alkohol) som under 1980-talet drevs inom mödra- och barnhälsovården. Projektet som riktade sig till blivande och nyblivna föräldrar med syfte att de skulle minska sin alkoholkonsumtion under graviditet och medan barnen var små, drevs av Landstingsförbundet i samverkan med Socialstyrelsen och ursprungligen några landsting. Flera landsting engagerade sig dock efter hand. Projektet gav goda resultat i form av minskad alkoholkonsumtion hos målgruppen och kunskapsutveckling hos barnmorskor och distriktssköterskor. Även om projektet är avslutat är det fortfarande aktuellt genom att det bidrog till metodutveckling inom området och till engagemang hos personal. Behovet av särskilda insatser för gravida missbrukare tas också upp i kommissionens delbetänkande KVINNOR OCH ALKOHOL (SOU 1994:28).

12.3 Grundutbildning eller fortbildning?

Mot bakgrund av minskad styrning och lokal profilering i grundutbildningarna och betoningen av generalistkompetens är det inte rimligt att tro att inslaget av missbrukskunskap nämnvärt kommer att öka i grundutbildningarna om inte särskilda initiativ tas för detta. Ett lågt ställt krav är att åtminstone barnens situation uppmärksammas generellt i de grundutbildningar som leder till arbete i förskola och skola eller inom vård och omsorg av barn.

I den tidigare nämnda uppsatsen Från sex till 6 uttrycker författarna att det är "nödvändigt att alla som lever och arbetar med barn har en gemensam kunskapsgrund. I första hand bör grundutbildningarna av läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, lärare av alla kategorier, fritidspedagoger, barnskötare, poliser, psykologer och socionomer innehålla en grundkurs som är obligatorisk och innehållsmässigt likvärdig för de olika utbildningslinjerna."

Författarna säger vidare att den grundläggande utbildningen bör innehålla allmän drogkunskap och kunskap om signaler och tidiga tecken hos barn som har någon anhörig som missbrukar. "Alla studerande bör få tillgång till någon form av resurskatalog som hålls aktuell. Det är ett känt faktum att man lättare uppmärksammar missförhållanden när man vet vilka möjligheter som finns till hjälp". I uppsatsen påpekas också vikten av att kunskap ges om olika professioners kompetens för att undvika missförstånd och feltolkningar om vad olika verksamheter kan bidra med.

Med en tunn kunskapsbas från grundutbildningen krävs betydande fortbildningsaktiviteter för ett kompetent arbete. Flera exempel finns på att fortbildningsinsatser ger goda resultat, ökar uppmärksamheten, ger personal mod att agera och föranleder tidigare insatser till stöd och hjälp för barnen.

Fortbildning om missbrukets konsekvenser för barn och barnens behov erbjuds ännu i ganska begränsad omfattning. Ytterligare insatser behövs för att initiera fortbildningsaktiviteter. En sammanställning av erfarenheterna hittills av fortbildning rörande barn till missbrukare och resultatet av olika fortbildningsinsatser kan t.ex. vara av värde för att stimulera personal och arbetsledning och inspirera till nya initiativ. Utbildningsmaterial för olika former av fortbildning och för olika målgrupper är hjälpmedel för ökad aktivitet. Att "utbilda utbildare" som lokalt svarar för kunskapsspridning och kompetensutveckling kan vara en tredje framkomlig väg för att öka kompetensen hos stora personalgrupper.

För att öka kunskapen om behovet av insatser för barn till missbrukare, utveckling av fortbildning, produktion av utbildningsmaterial, stöd och rådgivning etc. kan Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM) vara en förebild. Den regionala indelningen, kopplingen mellan praktik och teori, vikten av förtrogenhetskunskap etc. är inslag i IKM:s utbildningsuppläggning som med fördel kan appliceras på en uppläggning av fortbildning för personal som möter och arbetar med barn till missbrukare.

12.3.1 IKM – en modell

Socialstyrelsen utarbetade 1989, efter uppdrag från regeringen, en plan för fortbildnings-, handlednings- och evalueringsinsatser inom missbrukarvården. I januari 1991 startade Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården, IKM, sin verksamhet med Socialstyrelsen som huvudman och finansiär. I en referensgrupp ingår representanter för Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Kriminalvårdsstyrelsen, Socialstyrelsen samt vetenskaplig expertis.

Bakgrund till institutets bildande var det konstaterade utbildningsbehovet bland personal verksam inom missbrukarvården. Institutets fortbildning vänder sig till yrkesverksamma med praktisk erfarenhet och erfarenhetsbaserad kunskap, s.k. förtrogenhetskunskap eller "tyst" kunskap. Fortbildningen syftar till att medvetandegöra denna förtrogenhetskunskap och införliva den med teoretisk kunskap för ökad kompetens.

IKM ger personal inom missbrukarvården möjlighet till fortbildning, handledning och stöd i arbetet med att utvärdera de egna insatserna. Utbildningarna, som ger högskolepoäng (20 – 60 poäng), erbjuds regionalt med vårdhögskolor som bas. För närvarande är vårdhögskolorna i Växjö, Lund/Helsingborg, Eskilstuna och Sundsvall engagerade i utbildningen. Kurserna ges på deltid och på distans. Varje kursort har ett antal "satelliter" i form av studieorter, där de studerande träffas under ledning av studieledare. Utöver högskolekurserna skräddarsyr IKM utbildningar på uppdrag från arbetsplatser eller målgrupper. Institutet producerar även studiematerial, har handledningsuppdrag på olika institutioner och erbjuder kurser i handledningsmetodik.

Utbildningarna vänder sig till personal som arbetar med missbrukare. Anhöriga och familjesociala konsekvenser ingår i den sammansatta problematiken runt missbrukaren men ägnas inte uppmärksamhet specifikt.

12.4 Sammanfattning

Grundutbildningarna inom vård-, omsorgs- och läraryrken har endast undantagsvis inslag om alkoholmissbruk och missbrukets konsekvenser som obligatoriska moment. Ämnet erbjuds som tillval i några utbildningar men kurserna lockar få sökande.

Med beaktande av att de nämnda utbildningarna leder till arbete där de yrkesverksamma i hög grad blir berörda av missbruksproblematik, genom den som missbrukar eller genom vuxna anhöriga eller barn, innebär avsaknaden av kunskap från grundutbildningen att redskap saknas för arbetet. Med elementär kunskap om missbruk och missbrukets konsekvenser som ett obligatoriskt inslag i vård-, omsorgs- och lärarutbildningar ges en grund för fort- och vidareutbildning.

Betydande fortbildningsaktiviteter krävs för ett kompetent arbete med anhöriga. I synnerhet är det viktigt att de som arbetar med barn och ungdom får nödvändig kunskap om problematiken och stöd- och hjälpinsatser. Erfarenheten har visat att fortbildningsinsatser gett goda resultat med ökad medvetenhet hos stora personalgrupper och större professionalitet i arbetet. Kunskapsutvecklingen för anhörigarbetet lokalt kan i ett initialskede vara betjänt av en central eller regional samordning.

13 Hinder och möjligheter

13.1 Inledning

Ny kunskap, inte minst genom de senaste årens erfarenheter från självhjälpsgrupper, har ändrat synen på behovet av insatser för missbrukares anhöriga. Medvetenheten har ökat om att det inte räcker att stödja, hjälpa och behandla enbart den som missbrukar alkohol. Kunskapen om behoven hos anhöriga – vuxna och barn – till alkoholmissbrukare och om vilka stöd- och hjälpformer som finns har lett till att många verksamheter som möter och arbetar med missbrukare vidgat sitt arbetsområde till engagemang också för anhöriga. Fortfarande är dock de kommunala och landstingskommunala insatserna tämligen blygsamma och initiativen med nyare stödformer förhållandevis få. Förfrågan till länsstyrelsernas sociala enheter bekräftar detta. Den stora delen av anhörigstödet svarar frivilliga organisationer, samfund och stiftelser för.

Både strukturrelaterade och personrelaterade faktorer kan försvåra utvecklingen mot ett annat arbetssätt. Ekonomiska och organisatoriska hinder är tydliga och lättare att åberopa än personrelaterade som rör värderingar, attityder, yrkes- och livserfarenhet m.m. Hinder har sällan en renodlad grund utan orsakerna kan sökas i en kombination av strukturen och inställning hos de som utför arbetet. På motsvarande sätt utnyttjas möjligheterna optimalt först när olika resurser kombineras. Lika väl som att organisationen t.ex. kan vara orsak till personrelaterade hinder, kan omvänt strukturen minska motstånd hos personal och ge möjligheter.

Även om hindren är aldrig så påtagliga finns det oftast möjlighet att med god vilja och positiv inställning arbeta med dem och finna en lösning. Med utgångspunkt i kommunal verksamhet ges i det följande några exempel på strukturrelaterade och personrelaterade hinder och möjligheter. I allt väsentligt kan beskrivningen också appliceras på landstingskommunal verksamhet som t.ex. mödra- och barnhälsovård.

13.2 Strukturrelaterade hinder och möjligheter

13.2.1 Kunskap

En stor del av anhörigstödet, framför allt till barn, kan och bör ges i de reguljära verksamheter som anhöriga kommer i kontakt med, vistas i hela eller delar av dagen eller vänder sig till i speciella situationer. De brister som finns i uppmärksamhet på behoven och i insikter om problemet beror inte på personalens ovilja eller ointresse utan på okunskap och osäkerhet om vad man

skall göra. I avsnittet om grund- och fortbildning i detta betänkande diskuteras bristerna i olika former av utbildning och det stora behovet av information och fortbildning. Förutom kunskap om alkohol, missbrukets familjesociala konsekvenser, utbudet av stöd- och hjälpinsatser, samhälls- och andra organs resurser etc. är det av vikt att en fortbildning förmedlar kunskap om sekretessfrågor och de skyldigheter att ingripa till barns skydd som regleras i 71 § socialtjänstlagen.

Ett betydande hinder för stöd till anhöriga i reguljära verksamheter är alltså kunskapsbristen. Å andra sidan erbjuder en satsning på kunskapsförmedling och kompetenshöjande insatser för personal en betydande möjlighet till förändring.

13.2.2 Ekonomi

Kommunernas ansträngda ekonomiska situation de senaste åren har medfört nedskärningar och indragningar av kommunal verksamhet. Förändringarna har lett till inskränkningar i verksamheter som traditionellt arbetar med missbrukare. Men de har också lett till omprövningar med positiva förtecken av arbetet. Ett exempel är ökad satsning på öppenvård i stället för institutionsvård. Ett annat exempel är förändringen av arbetet mot familjebehandling i stället för behandling av enbart missbrukaren. Samtidigt finns exempel på att ålagda sparbeting kan leda till att påbörjat anhörigarbete får mindre utrymme eller upphör och att planerade aktiviteter för anhöriga skrinläggs för att rädda kärnverksamheten, nämligen stöd och behandling till missbrukaren.

De ekonomiska svårigheterna har ibland också lett till personalinskränkningar inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg samtidigt som arbetsbelastningen ökat som en följd av att allt fler människor söker hjälp på socialkontoren, inte minst ekonomisk hjälp. Socialsekreterarnas möjligheter att ägna tid åt samtal och stöd till en anhörig är begränsade.

Konsekvenserna av en prekär ekonomi visar sig inte minst i de stora kommunala verksamheterna barnomsorg och skola. Större barngrupper på daghemmen och fler elever i skolklasserna leder till mindre möjlighet att observera varje enskilt barn, uppmärksamma dem och lyssna till och prata med dem. Det leder också till mindre tid för samtal med föräldrar om barnet, dess beteende och behov. Om det finns misstankar om missbruk t.ex. kan en pressad arbetssituation innebära mindre benägenhet att inleda ett samtal eftersom det i sig kan komma att kräva insatser som det inte finns utrymme och resurser för.

Målgrupperna vuxna barn, vuxna anhöriga och barn till missbrukare, liksom andra grupper, drabbas dels av att verksamheter begränsas eller upphör, dels av att önskad verksamhet inte kommer till stånd.

De ekonomiska villkoren behöver, som nämnts, inte innebära förlamad handlingskraft och oförmåga till nya initiativ. Flera goda exempel visar motsatsen. I detta betänkande redovisas i andra sammanhang hur den traditionella missbrukarvården vidgat sitt arbetsområde till att omfatta anhöriga, hur gruppverksamheter för barn till missbrukare har startat under de två senaste

åren trots ansträngd ekonomi och hur satsningar på fortbildning kan bli ett medel för högre kvalitet utan omfattande kostnader. Samarbete mellan verksamheter och samordning av resurser från olika huvudmän är andra vägar för att kunna förverkliga insatser för anhöriga till missbrukare i ett ekonomiskt ansträngt läge.

13.2.3 Organisation

Förändringar i organisation och nämndtillhörighet kan innebära både hinder för och möjlighet att möta familjesociala konsekvenser av alkoholmissbruk. Ändrad organisation kan också påverka insatsernas karaktär och med vilken kompetens de utförs.

Decentralisering av verksamheter innebär inte sällan att specialistkompetens förloras eftersom små organisatoriska enheter inte kan bära specialister. Om kompetensen inte tryggas kommunövergripande finns ingen förmedlare av den unika kompetensen till de generella verksamheterna och därmed genereras inte heller ny kunskap. De samarbetsgrupper som startat för barn i missbruksfamiljer och som är ett exempel på indirekta insatser för barn till missbrukare, fungerar som ett professionellt nätverk och kan ses som ett svar på behovet av kunskapsöverföring. Den decentraliserade organisationens lokala förankring och större möjlighet till samarbete är en god grund för en samarbetsgrupp. Förutsättningen är dock att kompetensen, om den inte finns lokalt, kan hämtas från annat håll.

I debatten framförs inte sällan att utsatta grupper och kanske särskilt utsatta barn, kan ha svårt att hävda sina behov i organisationer med marknadstänkande som bas. Behoven framförs inte av föräldrarna eftersom förnekandet av missbruket är ett signum för missbrukaren och den medberoende. I förnekandet ligger också att föräldrarna bortser från att barnen har särskilda behov. Verksamheter och insatser för bl.a. utsatta barn är kortsiktigt inte heller lönsamma och de ger minimalt utrymme för effektivisering vilket kan få konsekvenser när verksamheter förändras till resultatenheter eller ingår i köp–säljsystem.

Skolan är en verksamhet som genomgår stora förändringar. Ökad valfrihet, skolpeng, friskolor etc. är några exempel på ledord. Diskussionen har främst gällt om förändringarna kommer att medverka till ökad segregation och sämre möjligheter för barn med särskilda behov vilket främst skulle drabba resurssvaga familjer. Barn med missbrukande föräldrar finns dock i alla samhällsklasser och i familjer med olika sociala och ekonomiska förhållanden. Valfrihet och konkurrens mellan skolor kan få konsekvenser också för barn med föräldrar som har goda förutsättningar, initiativkraft och resurser att hitta och utnyttja de möjligheter som står till buds. Ett scenario kan vara att föräldrar med ett väl dolt missbruk väljer att byta skola för barnet om skolpersonalen visar tecken på att de misstänker att ett barn far illa av alkoholmissbruk i hemmet. Ett annat scenario är att konkurrensen om elever leder till större tolerans från skolpersonalens sida i strävan att ha en god relation till föräldrar och att

eventuellt missbruk därför inte påtalas. I båda fallen är handlandet negativt för barnen och utgår inte från deras behov.

I flera kommuner har förvaltnings- och nämndtillhörigheten för bl.a. barnomsorgen förändrats från socialförvaltning och socialnämnd till utbildningsförvaltning och barn- och ungdomsnämnd eller utbildningsnämnd. Vissa iakttagelser tyder på att förändringen kan minska anknytningen till övrig socialtjänst och påverka kommunikation och samarbete med t.ex. individ- och familjeomsorgen. Sekretessen, som ofta är en delikat fråga, blir vid olika förvaltningstillhörighet ett större hinder. Om avståndet ökar mellan individ- och familjeomsorgen eller alkoholrådgivningen, som har hand om missbrukaren, och barnomsorgen, som har hand om barnet, kan det få menliga konsekvenser och bli ett hinder för att såväl adekvata åtgärder vidtas som att åtgärder vidtas i rätt tid.

Inom hälso- och sjukvården är det angeläget att uppmärksamma eventuella konsekvenser för barnhälsovården i samband med primärvårdens förändring vid införande av husläkarsystem. Barnhälsovården, som är en viktig verksamhet för alla barn och familjer, har en särskild informerande, stödjande och hjälpande roll bl.a. i familjer med missbruk. Konsekvenserna av husläkarreformen och dess eventuella för- eller nackdelar för barnhälsovården går inte att förutse. Det är dock av stor vikt att kompetens och uppgifter inom barnhälsovården bibehålls och att barnhälsovården även fortsättningsvis når de mest utsatta grupperna och att detta särskilt uppmärksammas vid uppföljning och utvärdering av husläkarreformen och primärvårdens övriga verksamhet.

13.3 Personrelaterade hinder och möjligheter

Alkoholproblem är så vanligt förekommande att många har en personlig relation till någon som missbrukar alkohol. Offentligt anställda är givetvis inget undantag. Tvärtom är kanske personlig erfarenhet av missbrukets konsekvenser vanligare bland dem som arbetar inom vård och omsorg än i många andra yrkesgrupper. Många anställda i vård- och omsorgsyrken har egen erfarenhet från en barndom och uppväxt i alkoholisthem. Den bild som erfarenheten gett av en missbrukande förälder eller annan anhörig, en arbetskamrat, vän eller granne, hur vederbörande agerar och hur närstående reagerar etc. påverkar det professionella mötet med missbrukare och anhöriga i verksamheten. Intryck och handlande i arbetslivet påverkas av de personliga erfarenheterna och de egna värderingarna och attityderna till alkohol och alkoholbruk. Obearbetade bittra erfarenheter av att stöd och hjälp uteblir, skam- och skuldkänslor för att det är tabubelagt att tala om problemet etc. kan vara starka hinder för ett engagemang. För andra kan samma bakgrund och erfarenheter i stället vara drivkraften till ett engagerat arbete för att hjälpa den som drabbas av konsekvenser av alkoholmissbruk.

Ett annat hinder är att alkoholbruket förknippas med den privata sfären dvs. något som andra inte har med att göra. Så länge konsumtionen inte skadar

någon annan uppenbart, finns det ingen anledning att ha synpunkter på andras alkoholvanor och därigenom göra intrång i integriteten.

För den som ställs inför problemet i arbetslivet kan det vara frestande att avstå från att agera; det finns ju många som dricker för mycket ibland, kanske blir det större skada om man lägger sig i, kanske blir det en aggressiv reaktion och framtida samarbetssvårigheter om problemet förs på tal etc.

Ett väl känt hinder för personal att ingripa är att det är svårt att ställa frågor kring alkohol på ett naturligt sätt. Det hänger samman med medvetna och omedvetna attityder och ambivalenta känslor till alkohol. Alkoholkonsumtion är något lustfyllt samtidigt som det är skuldbelagt, skadar den som dricker och anhöriga och orsakar samhällskostnader och mänskligt lidande. Om personal som möter barn inom barnomsorg och skola frågar föräldrarna om deras eventuella alkoholmissbruk, tvingas de också att ta ställning till sitt eget alkoholbruk, vilket kan vara svårt och plågsamt. Ett generellt hinder för att arbeta med anhöriga, och kanske framför allt barn, till missbrukare är således den vända som är förknippad med ett eget ställningstagande och en egen inställning till alkohol.

Barn till missbrukande föräldrar visar, beroende på ålder, olika symtom på att de inte mår bra. Ju mindre barnet är, ju större behov har det av skydd och praktisk omvårdnad från föräldrarna. Ett tecken hos det lilla barnet kan vara att det är smutsigt och verkar försummat. Personalen anser dock inte att de på dessa grunder kan framföra sina misstankar om missbruk. Det känns fel att diskutera misstankar, man vill först vara säker på att det finns fog för misstankarna.

Ett starkt hinder är således rädslan för att tala med föräldrar om ett eventuellt missbruk om det inte finns bevis. Om en förälder kommer berusad eller spritdoftande till daghemmet finns beviset men om samma förälder bara kommer sent, barnet är ovårdat eller visar att det inte mår bra finns inget bevis. "Beviskravet" kan leda till en dålig relation som innebär låsta positioner mellan personal och föräldrar. Det är dock inte fråga om att föräldrar skall "erkänna" ett missbruk. Möjligheten att åstadkomma en förbättring ligger i att professionella övervinner rädslan att tala om problemet och får till stånd ett samtal om barnet och vilken hjälp familjen behöver för att barnet skall må bättre. Föräldrar är inte ointresserade av att lösa sina barns problem. Däremot kan de känna sig maktlösa, osäkra, hjälplösa, hotade eller kritiserade av yrkesverksamma inom barnomsorg och skola och då inta en försvarsställning.

Barn är från födseln omgivna av professionella inom bl.a. barnhälsovård, barnomsorg och skola. I de fall föräldrarna brister i vård och omsorg och inte kan tillgodose barnens behov har samhällets skyddsnät ett ansvar att fånga upp barnen. Trots professionalitet, skyldigheten i lag att ingripa och forskningsresultat som visar barnens behov är det svårt att övervinna hinder för adekvat hjälp och hjälp till många flera av missbrukarnas barn.

Det största hindret är kanske brister i samverkan mellan olika organ. Till en del beror bristerna på okunskap om varandras ansvars- och kompetensområde, till en del på att det finns negativa erfarenheter av tidigare samarbetsförsök där

kommunikation och återkoppling inte fungerat. Om misstroendet uppkommit minskar förutsättningarna för en förtroendefull kontakt när problemet uppstår nästa gång. Revir- och prestigetänkande och bristande respekt för varandras arbetsområden finns såväl i enheter inom en förvaltning som mellan en förvaltning och andra myndigheter. Samverkansproblemen är väl kända och dokumenterade i många sammanhang. Undersökningar har också visat att brister i samverkan leder till att behov eftersätts och att åtgärder sätts in för sent med högre mänskligt och ekonomiskt pris som följd. Erfarenheten är att den möjliga vägen till förändring och förbättring är utbildning. Ett led i utbildningen är att öka kunskapen om olika yrkesgruppers arbete, möjligheter och ansvar, ett annat är att erbjuda gemensam utbildning för personal från olika verksamheter rörande särskilda problem, målgrupper eller förhållanden.

13.4 Några exempel:

13.4.1 Hur daghem kan upptäcka och stödja barn med alkoholmissbrukande förälder

Barnomsorgsstatistik

Barnomsorgspersonal är en yrkesgrupp som har goda förutsättningar att tidigt identifiera barn som växer upp i riskmiljöer. Hälften av alla förskolebarn är inskrivna i daghem (38 procent) eller familjedaghem (12 procent). Andelen inskrivna barn totalt inom barnomsorgen och andelen i respektive verksamhetsform skiljer sig mellan kommunerna. Över 62 procent inskrivna barn har Mora, Nacka, Lund och Staffanstorp medan Grums, Årjäng, Karlsborg och Örkelljunga har under 35 procent inskrivna förskolebarn. Den största andelen inskrivna barn (54 procent) finns i storstadskommunerna (över 200 000 invånare). De lägsta inskrivningstalen (44 procent) finns i de näst minsta kommunerna med 10 000 till 15 000 invånare. Även regionalt kan viss skillnad noteras. Stockholms län erbjuder barnomsorg till flest barn följt av Norrbottens, Västerbottens och Malmöhus län. Lägst inskrivningstal har Göteborgs och Bohus län och Kristianstad län (Källa: Statistiska meddelanden, S 10 SM 9301).

Förutom daghem och fritidshem finns också barnomsorgsformerna deltidsgrupp och öppen förskola. Många av deltidsgruppsbarnen är också inskrivna i daghem eller familjedaghem. I öppen förskola förekommer ingen inskrivning vilket gör det svårt att beräkna hur många barn som deltar och hur ofta barnen deltar i verksamheten.

Arbetssätt

Alla inskrivna barn vistas hela eller en stor del av dagen och oftast under flera år i daghemmet eller familjedaghemmet. Det ger unika möjligheter att

observera barnen, följa deras personlighetsutveckling och se samspelet mellan barn och föräldrar. De som är anställda inom barnomsorgen möter många barn som visar symptom på att de inte mår bra. Det leder i sin tur till att barnomsorgsanställda tvingas diskutera svåra och känsliga problem med föräldrarna. Problemen kan vara av olika art och gälla bristande renlighet och uppfostringsnormer lika väl som misstankar om att föräldrarna missbrukar alkohol.

Relationen mellan barnomsorgspersonalen och föräldrarna grundläggs under barnets invänjning till institutionen. Många föräldrar anser att perioden för invänjning är påfrestande, tar för lång tid och hanteras omständligt av personalen. För barnets trygghet är invänjningen dock av avgörande betydelse. Föräldrarna behöver också tiden för att lära känna personalen och få tilltro till den och till att barnet får god omvårdnad. För personalen är tiden nödvändig för den fortsatta kontakten med föräldrarna och för att inbjuda till en dialog kring barnet och dess behov. Ett förtroendefullt samarbete mellan personal och föräldrar krävs inte bara för att barnet skall vara tryggt utan också för att eventuella problem som kan uppstå, skall kunna lösas på ett bra sätt.

Förutsättningarna inom barnomsorgen för att arbeta med barn till missbrukare är olika beroende på om alkoholmissbruket i hemmet är bekräftat eller obekräftat. Det är t.ex. inte ovanligt att barn till föräldrar som är aktuella inom individ- och familjeomsorgen erbjuds en plats inom barnomsorgen som en åtgärd. Anledningen till att föräldrarna sökt kontakt med socialkontoret är oftast inte missbruksproblemet utan t.ex. ekonomiska svårigheter. Vid samtalet mellan socialsekreteraren och föräldrarna kan det komma fram att barnet inte mår bra eller att förhållandena är sådana att det finns anledning misstänka att någon av föräldrarna har alkoholproblem.

Om föräldrarna erbjuds och accepterar en daghemsplats kan ett lämpligt tillvägagångssätt vara att problematiken beskrivs – givetvis med föräldrarnas tillstånd – för den som är ansvarig för placeringen av barnet inom barnomsorgen. När en plats finns informeras föreståndaren på den aktuella barnstugan och föräldrarna besöker den tillsammans med socialsekreteraren. Tillsammans gör föreståndaren, socialsekreteraren och föräldrarna en arbetsplan för hur kontakterna skall vara mellan dem och hur information skall förmedlas. Om en gemensam överenskommelse finns om hur daghemmet skall agera om föräldern t.ex. kommer berusad för att hämta barnet eller inte kommer alls, är risken mindre att konflikter uppstår.

Regelbundna uppföljningar är viktiga. Ofta försummas informationen när allt går bra, vilket sedan blir till men vid en eventuell krissituation. Positiva återkopplingar till föräldrarna stärker dem i föräldrarollen och uppföljningssamtal mellan socialsekreteraren, föräldrarna och daghemmets personal stärker samarbetet och förståelsen mellan yrkesgrupperna vilket underlättar arbetet om problemen skulle förvärras.

En annan och svårare situation är det när personalen misstänker, men inte har några "bevis" för att en förälder missbrukar alkohol. Barnomsorgspersonal är tränad att se om ett barn uppträder på ett avvikande sätt och barn till missbrukare, liksom andra utsatta barn, visar genom sitt beteende att de inte har det

bra. De kan vara stökiga och utagerande, duktiga och ansvarsfulla eller tysta och osynliga. Många barn kan visa dessa beteenden utan att det har något som helst samband med alkoholmissbruk. Beteendet ger dock, sammantaget med andra iakttagelser och sett i ett längre tidsperspektiv, anledning till funderingar om tänkbara orsaker. Beroende på kunskaper om vad som kan ligga bakom de signaler barnet ger och andra iakttagelser kan personalens tolkning bli att missbruk av alkohol i hemmet kan vara en orsak.

När barnets beteende tas upp med föräldrarna förklaras stökigheten, oron, gråten etc. inte sällan med att familjen för närvarande har problem med t.ex. relationer, separation, arbetslöshet eller dålig ekonomi. Att alkoholmissbruk är ett problem kommer sällan fram eftersom såväl den som missbrukar som den medberoende partnern gör allt för att dölja missbruket. För barnets skull finns all anledning för personalen att fortsätta samtalet även om föräldern säger att en förestående separation är skäl till att barnet är bråkigt eller oroligt. Även i en sådan situation krävs att föräldrar och personal samtalar om hur barnets behov kan uppmärksammas på bästa sätt. Det finns då också anledning att fråga om alkoholkonsumtionen på ett naturligt sätt. För barnets bästa måste personalen övervinna sin rädsla och försiktighet och våga fråga om alkoholen är ett problem.

Om en förälder kommer till daghemmet och verkar påverkad och barnet reagerar finns all anledning till oro. Om barnet skall följa med föräldern hem eller ej är en omdömesfråga baserad bl.a. på hur barnet normalt beter sig och vilka iakttagelser som gjorts tidigare. Ett telefonsamtal med en annan anhörig till barnet eller med socialsekreteraren kan t.ex. vara en nödvändig åtgärd i den akuta situationen. Det fortsatta arbetet måste inriktas på att föräldrarna, daghemmet och socialkontoret i samverkan diskuterar det inträffade, hur problemet skall hanteras och hur uppföljningen skall ske.

För att hjälpa barn till missbrukare inom barnomsorgen på ett bättre sätt behöver personalen fortbildning och ett bättre samarbete med individ- och familjeomsorg och andra verksamheter som arbetar med alkoholmissbrukare. Barnomsorgens stöd och hjälp till barn med alkoholmissbrukande förälder ligger främst i att upptäcka och observera beteenden hos barnen. Vid misstankar om missbruk eller när missbruk konstaterats skall barnomsorgspersonalen förtroendefullt kunna vända sig till socialtjänstens individ- och familjeomsorg eller annan enhet som arbetar med missbruksfrågor vare sig det gäller konsultation eller anmälan.

Brister i kunskap om alkohol, alkoholens konsekvenser, barns reaktioner, sekretess, anmälningsskyldighet, metoder för föräldrasamtal, stöd- och hjälpinsatser m.m. är hinder för ett aktivt och kraftfullt handlande. Fortbildning och förtroendefullt samarbete med yrkesgrupper med vana och kompetens att arbeta med vuxna och med missbruksfrågor är möjligheten för en förändring av synsätt och arbete.

13.4.2 Hur skolan kan upptäcka och stödja barn med alkoholmissbrukande föräldrar

Skolan ger en unik möjlighet att uppmärksamma och stödja barn till missbrukare. Dels möter skolan alla barn från sex-sjuårsåldern dels finns barnen i skolan under många år. Med stigande ålder kan barnen uttrycka behov på ett sätt som de inte kan i förskolan liksom att de kan ta emot budskap och integrera information. Skolan ger också barnen kontakt med flera vuxna som kan bli goda förebilder och som kan visa andra sätt att bete sig på än de barnet mött tidigare i en missbruksmiljö.

Tecken på att barn inte mår bra är bl.a. att de är oroliga, bråkiga eller ledsna under skoldagen eller att de söker skolhälsovården för allehanda krämpor, att de har ont i magen eller har huvudvärk, att de har stor frånvaro och att de drar sig undan från aktiviteter och gemenskap. Lojaliteten med föräldrarna och skam- och skuldkänslor gör att de inte berättar om det verkliga problemet för utomstående och att de förnekar att allt inte är bra hemma. Barnen känner sig ensamma om sitt problem och oförmågan att prata med andra som skulle kunna ge dem bekräftelse, gör att föreställningarna om att de är ensamma förstärks. För en del barn är kanske den största belastningen inte i sig att en förälder missbrukar utan att de på grund av föräldrarnas brister i olika avseenden tidigt tvingas ta ett stort ansvar för hem och småsyskon. De blir föräldrar till sina egna föräldrar och de har inte ro eller känner det inte lika viktigt att gå till skolan som att sköta de andra uppgifter de tagit på sig.

Att identifiera, möta och stödja barn till missbrukare i skolan anses ofta vara skolhälsovårdens uppgift. Oftast är det dock läraren som först upptäcker att allt inte står rätt till med barnet. Elevvårdspersonalen har i allmänhet ansvar för ett stort antal barn och tjänstgör kanske i flera skolor. Om inte barnet hör till de barn som självmant söker sig till skolsköterskan för än det ena än det andra, kan det bli få tillfällen då elevvården ser barnet.

En del lärare engagerar sig starkt för ett barn med svårigheter, andra ifrågasätter om det är deras uppgift att utan särskild kompetens "ta hand om" barn med problem som inte direkt kan hänföras till inlärningen. Läraren har en viktig roll eftersom han/hon ser barnet dagligen, kan iaktta avvikelser i beteendet, är en betydelsefull person för barnet och är den som träffar föräldrarna vid kvartssamtal och föräldramöten. Läraren är därför den som naturligt kan ha ett samtal med barnet och komma in på hemförhållandena utifrån de iakttagelser som gjorts av barnet i klassen. Beroende på om barnet berättar något eller om misstankarna finns kvar obekräftade kan läraren sedan tillsammans med skolkurator eller skolsköterska bestämma om det finns fog för ett samtal med föräldrar eller om det är lämpligare att avvakta.

Vid kontakt med föräldrarna är dessa kanske förtvivlade eller oförstående inför barnets beteende och reaktioner i skolan. Precis som på daghemmet förklaras barnets beteende med familjesvårigheter på grund av separation, relationsstörningar, ekonomiska bekymmer, arbetslöshet etc. Eventuella alkoholproblem förnekas eller bortförklaras. Det är svårt för både lärare och

elevvårdspersonal att komma längre i en sådan situation. Insatsen måste bli att ägna ännu mera uppmärksamhet åt barnet och på allt sätt stödja det.

Skolpersonal kan känna uppgivenhet inför missbrukande familjer. Det känns meningslöst att prata med barnen om föräldrarna inte går att nå och gör allt för att undvika kontakt eller är likgiltiga eller aggressiva.

Föräldrarna kan ha en negativ grundinställning till skolan från sin egen barndom och om skolan ifrågasätter dem i föräldrarollen hamnar de i en försvarsposition. Trots föräldrarnas avvisande hållning måste kontakten fortsätta med barnet och troligen intensifieras. Målet måste vara att föräldrarna på sikt skall se skolpersonalens roll för barnet så att inställningen till skolan kan mjukna.

Ett sätt att nå barn till missbrukare i skolan är att redan från de första skolåren informera om alkohol och alkoholmissbruk i klassen. Om inte klassläraren vill göra det kan skolkurator, skolsköterska, någon från socialtjänsten eller annan person med särskild kompetens göra det. Av tradition har skolans alkoholundervisning varit inriktad på att motverka barnens/ tonåringarnas eget alkoholbruk. Erfarenheten från skolor som praktiserar tidig alkoholundervisning med fokus på att barn påverkas av vuxnas alkoholbruk är att det, förutom att vara en viktig förebyggande aktivitet, hjälper de barn som har en svår hemsituation. De blir medvetna om att de inte är ensamma om problemet och de får veta att det finns hjälp att få både för dem själva och för föräldrarna. Det är inte minst viktigt att barnen känner att det inte är deras skuld att föräldrarna dricker och att de inte skall bära hela ansvaret. För många ansvarstagande barn är det nödvändigt att först känna att föräldern kan få hjälp innan de själva har beredskap att tala om och ta emot hjälp för egen del.

All personal i skolan kan göra en viktig insats för barnen till missbrukare genom att visa och förmedla kunskap om att

- de inte är ensamma,
- det är tillåtet att prata om deras situation,
- det är inte deras fel att föräldrarna dricker,
- det är tillåtet att söka hjälp för egen del.

De fyra budskapen är viktiga för barnen och kan vara första steget till hjälp.

Skolpersonal, både lärare och elevvårdspersonal, behöver mera kunskap kring alkohol och missbrukets konsekvenser för barn. Liksom för förskolepersonal är fortbildning om barnets symptom och signaler viktig för att kunna identifiera barnen och tolka deras beteende. Kunskap om samhällets resurser för barn och föräldrar är nödvändigt för att kunna lotsa familjemedlemmarna rätt. Sekretesslag, anmälningsplikt och föräldrasamtal är andra exempel på innehåll i fortbildning. Mer kunskap ökar benägenheten att se barnen och ger mod att stödja och hjälpa dem.

13.5 Sammanfattning

Kunskapsbrist och svag ekonomi är exempel på hindrande omständigheter för anhörigarbete liksom att organisationslösningar kan medverka till att arbetet försvåras. Å andra sidan kan samma omständigheter leda till förändringar och förbättringar. Medvetenhet om bristerna och om möjligheterna att arbeta med dem, kan leda till andra och kanske också bättre insatser.

Individens inställning och attityd till alkohol och missbruk och förmåga och vilja att samarbeta och acceptera andra yrkesgruppers kompetens, kan spela en viktig roll när det gäller att starta, bedriva eller utveckla ett anhörigarbete. De personalrelaterade hindren är inte sällan starka och svåra att övervinna. Goda exempel finns dock på hur ökad kunskap och förbättrade möjligheter för samverkan medverkar till att underlätta processen.

De struktur- och personrelaterade hindren samverkar ofta med varandra. Möjligheterna finns också oftast i en kombination. I kapitlet ges exempel på några svårigheter och möjligheter som personal i två verksamheter, daghem och skola, kan möta i arbetet med att upptäcka och stödja barn till missbrukare.

14 Lokala handlingsprogram: Barn-föräldrar-alkohol

Barn med alkoholmissbrukande föräldrar är den största gruppen utsatta barn eller barn som far illa, både av barn totalt och av barn som omhändertagits. 10 – 15 procent av alla barn växer upp i en familj, där en eller båda föräldrarna missbrukar alkohol. De flesta barnen finns i familjer med dolt missbruk och är alltså okända av socialtjänsten för sitt missbruk.

Barnet signalerar på olika sätt till barnhälsovård, barnomsorg och skola att de inte har det bra. Ändå uppmärksammas sambandet med missbruk i familjen alltför sällan. Barn med missbrukande föräldrar brukar kallas *de glömda barnen*. Det finns fog för att också tala om föräldrarna som *glömda föräldrar* eftersom vård och behandling i huvudsak inriktas på missbruket och sällan med fokus på föräldraskapet. Varken barn eller föräldrar får därmed det stöd och den vård de behöver, vilket förorsakar mänskliga och samhällsekonomiska kostnader.

Det finns många hinder både för ett förebyggande och ett behandlande alkoholarbete. Hindren finns i familjens förnekande av missbruket men i hög grad också i samhällets förnekande av behovet av insatser. Både förebyggande och behandlande alkoholarbete riktat mot barn, ungdomar och föräldrar kräver att kunskaper och erfarenheter ständigt förs vidare och utvecklas i berörda verksamheter. Goda insatser och resultat av kortvariga kampanjer riskerar annars att försvinna i ett längre perspektiv.

14.1 Förutsättningar

Ett lokalt handlingsprogram rörande barn–föräldrar–alkohol kan ingå som delprogram i ett kommunalt alkoholpolitiskt program. Programmet syftar till att motverka eller mildra familjesociala konsekvenser av missbruket. Några förutsättningar för ett lokalt förankrat arbete är

- allmänt förebyggande, riskförebyggande och behandlande verksamheter för familjer med barn 0 - 18 år,
- gemensamma politiska beslut inom kommun och primärvård om handlingsprogram och resurser för samordnade insatser kring barn-föräldrar-alkohol,
- samordningstjänst/er för genomförande av programmet,
- kontinuerlig fortbildning – med fördel gemensam för olika verksamheter – som komplement till grund- och vidareutbildning,

- samverkansgrupper med deltagare från berörda verksamheter (BIM-grupper),
- handledning samt konsultationsmöjligheter för berörd personal genom samordnare/na eller annan,
- behandlingspersonal med kompetens för arbete med barn och föräldraskap på rådgivningsbyråer och behandlingshem.

14.2 Utformning

Olika stadier i föräldraskapet och olika åldrar hos barnen innebär insatser av olika slag och från flera verksamheter. Nedan följer en kortfattad beskrivning av vilka verksamheter och insatser som är aktuella i föräldraskapets faser och barnens åldrar.

14.2.1 Graviditet

Aktuella deltagare

Mödra- och barnhälsovård, individ- och familjeomsorg (även kvinnoklinik, rådgivningsbyrå, vuxenpsykiatri, barnklinik, barnpsykiatri, spädbarnsverksamhet, behandlingshem).

Allmänt förebyggande

Förmedla kunskap till föräldrar om alkohol och graviditet och vikten av punktnykterhet.

Riskförebyggande

Intensiv information och uppföljning. Samarbete mellan berörda instanser.

Behandling

Rådgivningsbyrå, sjukhusinläggning eller behandlingshem. Behandlingsplan i samverkan mellan olika verksamheter. Planering inför förlossning och för barnet och föräldrar efter förlossning.

Personalens behov

Kunskap om alkoholbruk, missbruk och fosterskador. Diskussion om egna attityder. Kunskap om hur man informerar. Handledning och regelbundna samverkanskonferenser.

14.2.2 Småbarns- och förskoleåldern

Aktuella deltagare

Barnhälsovård, individ- och familjeomsorg, barnomsorg, (barnklinik, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, spädbarnsverksamhet, rådgivningsbyrå, behandlingshem).

Allmänt förebyggande

Information och diskussion i föräldrautbildning på BVC och på föräldramöten inom barnomsorgen om barn och alkohol och om hur barn upplever vuxnas alkoholkonsumtion. Samtal med barn i barnomsorgen om alkohol och vuxnas bruk av alkohol i syfte att ge barnet möjlighet att tala om (eventuellt skrämmande) upplevelser.

Riskförebyggande

Intensifierad information med uppföljning. Individuell föräldrautbildning eller riktade föräldragrupper. Stödinsatser till barn och föräldrar. Hemma-hos-insatser. Daghemsplacering med kontinuerlig uppföljning.

Behandling

Behandlingshem för barn och föräldrar. Vid omhändertagande fortsatt stöd till föräldrarna och behandlingsinsatser för barnen med inriktning på att bearbeta konsekvenserna av alkoholmissbruket i hemmet.

Personalens behov

Kunskap om vad alkohol betyder för barn och föräldraskap. Diskussion om egna attityder. Kunskap om hur man informerar om alkohol. Handledning och regelbundna samverkanskonferenser.

14.2.3 Låg- och mellanstadiet

Aktuella deltagare

Skola, individ- och familjeomsorg, fritidshem, (rådgivningsbyrå, barnklinik, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, behandlingshem).

Allmänt förebyggande

Information till och diskussion med föräldrar om vad alkohol innebär för barn och föräldraskap. Information till barnen i skolan om alkohol, om vad som händer i kroppen och vad som händer i familjen när någon dricker för mycket och om vilken hjälp man kan få. Besök av nykter missbrukare och vuxet barn till missbrukare. Program i skolan som stärker barns självkänsla och förmåga att säga nej.

Riskförebyggande

Intensiv information och uppföljning. Stödinsatser. Riktat stöd till barnen med individuella samtal och/eller barngrupper.

Behandling

Rådgivningsbyrå med familjesamtal och speciella insatser för barn. Barnpsykiatri. Behandlingshem med speciella insatser för barn. Vid omhändertagande fortsatt arbete med föräldrarna med inriktning på föräldraskapet och behandlingsinsatser för barnet med särskild inriktning på alkoholens roll.

Personalens behov

Kunskap om vad alkohol betyder för barn och föräldraskap. Diskussion om egna attityder. Kunskap om hur man informerar. Handledning och regelbundna samverkanskonferenser.

14.2.4 Högstadiet och gymnasieskolan

Aktuell personal

Skola, individ- och familjeomsorg, fritidsgård, föreningar, ungdomsmottagningar (barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, rådgivningsbyrå, behandlingshem).

Allmänt förebyggande

Fortsatt diskussion med tonåringar och föräldrar om alkohol och alkoholens konsekvenser. Information till ungdomar om alkohol och andra droger. Besök av nykter alkoholist, före detta narkoman och vuxet barn till missbrukare. Attraktiv drogfri verksamhet. Föräldramedverkan på fritidsgård och cityprojekt. Ansvarsinriktad fritidsverksamhet. Program i skolan som stärker självkänslan och förmågan till ungdomarnas egna val.

Riskförebyggande

Intensiv diskussion och uppföljning. Intensiv samverkan mellan de vuxna som möter tonåringen i hem och verksamhet. "Störningsverksamhet". Riktat stöd till ungdomar med missbruk i familjen med individuella samtal på rådgivningsbyrå och i tonårsgrupper.

Behandling

Familjesamtal, individuella samtal och tonårsgrupper på rådgivningsbyrå. Barnpsykiatri. Verksamhet, typ Mariapolikliniken, med stark föräldramedverkan. Behandlingshem med särskild verksamhet riktad till tonåringar. Vid omhändertagande fortsatt stöd till föräldrarna och behandlingsinsatser riktade till tonåringarna med inriktning på vad alkoholmissbruket medfört.

Personalens behov

Kunskap om vad alkohol betyder för tonåringar och föräldraskap. Diskussion om egna attityder. Kunskap om hur man informerar och stimulerar diskussion. Handledning och regelbundna samverkanskonferenser.

14.3 Sammanfattning

Ett handlingsprogram för barn-föräldrar-alkohol som ett delprogram i ett övergripande kommunalt alkoholpolitiskt program fokuserar nödvändigheten av att uppmärksamma barn och föräldrar som viktiga målgrupper. Programmet bidrar till att ge stadga och kontinuitet i arbetet och visa relevanta samverkansbehov i olika faser av föräldraskapet och i barns olika åldrar. Lokala förutsättningar avgör den konkreta utformningen av programmet.

15 Kommissionens förslag

Enligt kommissionens mening finns det omfattande kunskaper om hur alkoholmissbruk i familjen påverkar och skadar familjemedlemmarna. I synnerhet är skadorna på barnen oroande. Konsekvenser för anhöriga har dock inte uppmärksammats tillräckligt i utbildning, forskning och verksamheter. Det kan vara en följd av att anhörigproblematiken är mångfacetterad och svårfångad och att problemets omfattning är oklar som en följd av det dolda missbruket. Skadorna/konsekvenserna för anhöriga exponeras inte heller som en följd av att ämnet är tabubelagt, en "familjehemlighet". De svenska studier som gjorts indikerar dock att mer än 10 procent av alla barn växer upp i miljöer med alkoholmissbruk.

Kommissionens inventering har visat att de insatser som görs för att hjälpa och stödja anhöriga till missbrukare är blygsamma i förhållande till behovet. Även om medvetenheten om de anhörigas behov har ökat kvarstår hinder för att förverkliga intentioner och utveckla insatser.

15.1 Anhöriga

Stöd till anhöriga är i första hand kommunens och landstingets ansvar. Det är också de kommunala huvudmännens ansvar att sörja för att den personal som möter anhöriga, har kunskap om och förståelse för problematiken och beredskap att hantera den.

För kunskaps- och metodutveckling, avseende såväl stödinsatser som preventiva insatser och för en allmän kunskapsspridning på området, bör det övergripande ansvaret delas mellan Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen.

För de *förebyggande insatserna* bör Folkhälsoinstitutet ha ett särskilt ansvar. Institutet bör bl.a. sprida information och svara för breda utbildningsinsatser rörande ett preventivt arbete med alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser.

För att stimulera och utveckla de *behandlingsinriktade insatserna*, har Socialstyrelsen det övergripande ansvaret. Att förbättra utbildningen för behandlare inom anhörigområdet är likaså en uppgift som faller inom Socialstyrelsens ansvarsområde. Inom ramen för sitt tillsynsansvar har Socialstyrelsen också att följa utvecklingen av verksamheter för de anhöriga.

Det bör åvila Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet att stimulera försöksverksamhet och bevilja verksamhets- och projektstöd till anhöriginsater (främst barn) och stöd till utbildning av nyckelpersoner som i sin verksamhet kommer i kontakt med anhöriga i behov av stöd. Huvudprincipen bör härvid vara att Folkhälsoinstitutets stöd i första hand riktas mot förebyggande och allmän kunskapshöjande projektverksamhet medan Socialstyrelsen huvudsakligen bör

ansvara för stöd till behandlingsinriktad projektverksamhet.

På nationell nivå kan det i vissa fall finnas skäl till en samordning av dessa båda inriktningar, t.ex. i form av regionala konferenser, mediakampanjer eller liknande. I dessa fall bör insatserna samordnas av Folkhälsoinstitutet.

15.2 Grundutbildning och fortbildning

Stora personalgrupper inom barnomsorg, skola, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg etc. möter barn och andra anhöriga till missbrukare i sitt dagliga arbete. Trots att det finns omfattande kunskaper om alkoholmissbrukets konsekvenser för anhöriga och om det skadepanorama som missbrukares barn riskerar att möta visar inventeringen av kunskapsförmedlingen att grundutbildningarna för vård-, omsorgs- och läraryrken ej alls, eller i mycket liten utsträckning, behandlar missbruk och missbrukets konsekvenser i undervisningen.

Anhörigområdet uppmärksammas inte heller nämnvärt i det fortbildningsutbud som erbjuds av större kurs- och konferensanordnare eller i lokalt anordnad fortbildning.

Till den faktiska kunskapsbristen kan fogas att alkohol och skadeverkningar av alkohol är ämnen som många personligen berörs av och relaterar till egna upplevelser och personliga värderingar. För att möta andra i samtal om alkohol måste eget känslomässigt motstånd mot ämnet först övervinnas.

Kommissionen föreslår:

- *Grundutbildningar för vård-, omsorgs- och läraryrken bör ge grundläggande kunskap om alkohol, missbruk och missbrukets familjesociala konsekvenser. Förutsättningarna härför bör närmare utredas av Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet.*
- *Fort- och vidareutbildning bör erbjudas på högskolenivå för fördjupning och komplettering. Utbildningen bör ge omfattande kunskaper om alkohol, missbrukets konsekvenser och om stöd- och behandlingsformer. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ge förslag till en sådan utbildning.*
- *Lokal fortbildning bör erbjudas alla som möter anhöriga till missbrukare. Särskilt angeläget är det med fortbildning för dem som möter barn i sina verksamheter. Utbildningen bör inriktas på att uppmärksamma barnen och konkret belysa tecken och signaler som barnen visar samt ge information om samarbetspartners och stödformer.*
- *Studiecirklar bör lokalt erbjudas som utbildningsform för ökad kunskap och kompetens för arbete med anhöriga. Uppläggningen med diskussioner över en längre tid och i en sluten krets medger successivt kunskapsinhämtande och möjlighet till diskussion av eget förhållningssätt och egna attityder till alkohol.*

15.3 Samarbete - samverkan

Kommissionens intervjuer, redovisning av verksamheter för barn och vuxna och beskrivning av hinder och möjligheter visar brister i samarbetet mellan olika verksamheter och yrkeskategorier. Resursknapphet har inte varit incitament till samarbete för bibehållen och utvecklad kvalitet och service utan har i en del fall i stället lett till minskad samverkan och revirbevakning.

Samarbetssvårigheterna mellan olika yrkeskategorier och företrädare för olika kompetens hänförs bl.a. till kunskapsbrist. Okunskap om yrkes- och kompetensområden och olika yrkeskategoriers ansvar, möjligheter och begränsningar skapar felaktiga förväntningar och ibland misstroende. Folkhälsoinstitutet bör i samverkan med Socialstyrelsen verka för att olika samarbetsformer initieras och stöds samt svara för att pågående aktiviteter beskrivs och utvärderas.

Kommissionen föreslår:

- *Gemensam utbildning (fortbildning) för olika personalkategorier bör anordnas för att uppnå ökad förståelse för varandras insatser och möjligheter. En gemensam kunskapsbas underlättar verksamheternas planering av insatser för de olika familjemedlemmarna.*
- *Lokala samarbets- eller samverkansgrupper med representanter för flera verksamheter bör stimuleras för fortbildning, information och stöd till kollegor. De s.k. BIM-grupperna (Barn I Missbruksfamiljer) har i flera kommuner bidragit till kunskapsutvecklingen med kompetenshöjande effekt.*
- *Uppsökande, förebyggande arbete i samverkan mellan individ- och familjeomsorg och mödra- och barnhälsovård bör stimuleras med syfte att tidigt upptäcka missbruk, identifiera behov och erbjuda stöd. Olika modeller av sådan samverkan har prövats men erfarenheterna behöver sammanställas och konkretiseras.*
- *Samverkan bör intensifieras och utvecklas mellan olika kommunala och landstingskommunala verksamheter och mellan offentlig förvaltning, frivilligorganisationer och andra intressenter för att kunna erbjuda verksamhet (t.ex. gruppverksamhet), direkt anpassad för vuxna anhöriga, tonåringar eller barn. Pågående gruppverksamheter för barn visar att olika bakgrund i utbildning och erfarenheter berikar och befrämjar arbetet.*

15.4 Program - planer

Få kommuner har särskilda program för att stödja vuxna anhöriga och barn till alkoholmissbrukare. Individuellt stöd kan erbjudas men ofta först efter förfrågan från den anhörige. Ett "latent" stöd är otillräckligt med kännedom om att anhöriga i allmänhet döljer de verkliga förhållandena och flertalet därmed ej efterfrågar något stöd.

Kommissionen föreslår:

- *Bristfällig kunskap om hur många och vilka de anhöriga är till alkoholmissbrukare talar för ett kommunalt inventeringsansvar. En kartläggning är också en utgångspunkt för ett kommunalt alkoholpolitiskt program. Kartläggningen bör innefatta vilka resurser olika organ förfogar över och hur olika verksamheter arbetar och samarbetar.*
- *I ett övergripande alkoholpolitiskt program bör ingå ett delprogram för barn till missbrukare. Kommissionen presenterar en idéskiss till ett sådant delprogram. Gravida missbrukare och nyblivna föräldrar är särskilt viktiga målgrupper i en lokal handlingsplan för barn och föräldrar.*
- *Lämpligt undervisningsmaterial bör framställas för den personal som i enlighet med ett delprogram kommer att arbeta med alkoholfrågan. Förutom tidigare nämnd fortbildning kan det krävas pedagogiskt utformade hjälpmedel som underlättar anamnestagande och samtal. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen bör överväga behov och utformning av sådant material i anslutning till sina insatser.*

15.5 Anhörigsyn

Med beaktande av skadorna/konsekvenserna för missbrukarens familj kan det övervägas om inte anhöriga bör tillförsäkras möjligheter till stöd och hjälp i lagstiftningen. Ett skäl som talar för "klientstatus" för anhöriga i lagstiftningen är att anhöriga till missbrukare, som inte söker vård och behandling för sitt missbruk, har mycket små möjligheter att få hjälp. Ett annat skäl är att resurstilldelning begränsas till klienter, likställt med missbrukare. Trots att skyldigheten regleras i lagstiftningen, bl.a. i 6 § socialtjänstlagen, är stödet för anhöriga svagt genom att de inte utpekas som målgrupp.

Även inom sjukvården kan nuvarande lagstiftning i vissa fall försvåra hjälp till anhöriga eftersom de saknar "patientstatus". Bestämmelser i flera nu gällande lagar kan förhindra såväl dialog som journalanteckningar rörande anhöriga.

Kommissionen föreslår:

- *Frågan om anhörigsyn och skyldigheten för kommunen att ge hjälp och stöd till anhöriga till alkoholmissbrukare bör för övervägande överlämnas till Socialtjänstkommittén och den pågående översynen av socialtjänstlagen.*

15.6 Forskning - utvärdering

Forskningen rörande anhöriga till missbrukare har gett kunskap om skador och konsekvenser av missbruket. I vissa avseenden är den dock ännu eftersatt och den är i synnerhet bristfällig när det gäller behandlingsmetoder och effekter av olika stödinsatser. Delegationen för social forskning (DSF) uppmärksammade 1988 anhöriga genom att anta forskningsprogrammet Missbrukarna och deras familjer. Programmet betonade vikten av forskning som inriktas på att analysera och värdera metoder och utvärdera effekter av olika försök med stöd till anhöriga. Det är också främst den forskning som efterfrågas av praktiker. Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), efterföljare till DSF, beviljar dock inte forskningsanslag till utvärderingsforskning.

Enligt kommissionens mening är utvärdering och effektmätning av förebyggande och behandlande insatser och metoder synnerligen angelägen. Kunskapen är otillräcklig om hur stöd och hjälp bör utformas för att nå bästa möjliga resultat och när olika insatser bör göras för att bäst tillgodose behoven. Utvärderingar eller uppföljningar från enskilda verksamheter bygger ofta på begränsade erfarenheter och medger sällan jämförelser eller slutsatser som kan vara underlag för bedömning av resultat, utvecklingsbehov etc. i större skala. För Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen är det angelägna uppgifter att initiera och stimulera forskning som rör metodutveckling och utvärdering. Genom Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vilar ett särskilt ansvar på Socialstyrelsen men även forskningsrådens prioritering är av stor betydelse.

Kommissionen föreslår:

- *Tvärvetenskaplig forskning rörande missbrukets anhörigproblematik bör stimuleras genom särskilda forskningsanslag. Den sammansatta problembilden medför att insatser krävs från flera forskningsområden.*
- *Utvärderings- och behandlingsforskning är en förutsättning för fortsatt och utvecklat arbete. Forskningen är särskilt viktig för att undvika kostsamma felsatsningar när resurserna är begränsade eller stöd och hjälp inte erbjuds på grund av att behandlingsresultat är okända. Forskning rörande värdering av metoder och effekter måste tillförsäkras särskilda forskningsmedel.*
- *För att stimulera verksamheter lokalt och underlätta för dessa att göra egna uppföljningar och utvärderingar bör utvärderingsinstrument och anvisningar för utvärdering utformas som hjälpmedel. Beroende på verksamhetens art bör Folkhälsoinstitutet eller Socialstyrelsen svara för att sådana hjälpmedel kommer verksamheter tillhanda.*

15.7 Specialisering och samordning

Förändringar i organisationen och minskade ekonomiska resurser har i många kommuner medfört förändringar för specialiserade enheter och/eller personer med speciell kompetens. Om kompetens förloras genereras inte ny kunskap till generella verksamheter. Med hänsyn till bristerna i grund- och fortbildning riskerar missbruksarbetet, inkluderat anhörigstödet, att stagnera istället för att utvecklas.

Specialiserade enheter med kompetent personal medger kunskapsuppbyggnad och utveckling av arbetet med missbrukare och anhöriga. Uppgiften att samordna insatserna och ansvara för lokal utveckling, utbildning, information, utvärdering etc. kan åvila t.ex. alkoholklinik som inom sin organisation svarar för såväl öppen som sluten vård för missbrukaren och insatser för vuxna anhöriga och barn till missbrukare eller en rådgivningsbyrå med lokalt ansvar för insatser för såväl missbrukare som anhöriga. Missbruksgrupp inom individ- och familjeomsorgen, behandlingshem, särskilda verksamheter för missbrukare och anhöriga etc. är andra exempel på samordningsansvariga som kan svara för kunskapsproduktion och fungera som handledare, fortbildare och informatörer utifrån ett helhetsperspektiv på alkoholmissbruk och missbrukets konsekvenser.

Kommissionen föreslår:

- *Enhet eller person(er) tilldelas lokalt samordningsansvar för stöd och behandling till missbrukare och deras anhöriga. Barn - och vuxenaspekter integreras även om insatserna erbjuds i olika verksamheter. Syftet är att bättre utnyttja kompetens och erfarenheter inom olika verksamheter, att tillvarata resurser från olika områden och att höja kvaliten i stöd- och behandlingsarbetet till alla parter.*

Referenser

2 Alkoholberoende och dess konsekvenser för den kroppsliga och psykiska hälsan, familjen och yrkeslivet

Alkohol – ett evigt problem. 1989. Särtryck ur Läkartidningen.

Berglund, M., Allebeck, P., Balldin, J., Romelsjö, A., Öjehagen, A. 1992. Fem punkter för bättre behandling av alkoholberoende patienter inom sjukvården. Läkartidningen 89: 2379 – 2381.

Broadening the base of treatment for alcohol problems. 1990. Institute of medicine. National academy press, Washington DC.

Moos, R.H., Finney, J.W., Cronkite, R.C. 1990. Alcoholism treatment. Context, Process and Outcome. Oxford University Press, UK.

3 Föräldraskap och missbruk

Berg Brodén, M. 1989. Mor och barn i Ingenmansland, Almqvist & Wiksell, Stockholm.

Drogmissbruk och föräldraskap. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:6.

Eenfeldt, M. 1989. Barn och föräldrar i samspel, Liber, Stockholm.

Eriksson, E.H. 1963. Barnet och samhället, Natur & Kultur, Stockholm.

Killén, K. 1991. Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar, Kommuneforlaget, Oslo.

Winnicott, D.W. 1983. Barnet, familjen och omvärlden, Natur & Kultur, Stockholm.

4 Anhörigperspektivet

Bailey, M.B., Haberman, P. and Alksne, H., Outcomes of Alcoholic Marriages: Endurance, Termination or Recovery, Quarterly Journal of studies on Alcohol, 23 (1962) 610 – 623.

Booz-Allen & Hamilton Inc. 1974. An assessment of the needs and resources of alcoholic parents. National Institute of Alcohol and Alcoholism, Springfield VA: National Technical Information Service.

Collins R.L., Leonard, K.E., Searles J.S. (eds), 1990. Alcohol and the family, Research and Clinical Perspectives, Kap. 5 – 14, Guilford Press, New York.

Galanter, M., (edt), 1989. Reasent developments in alcoholism, Treatment Research, Vol 7, Kap 6–9, Plenum Press, New York.

Hester and Miller, 1984. Handbook of alcoholism treatment and approaches, effective alternatives, Kap. 12, Pergamon Press.

Kissin, B. and Begleiter, H., (eds), 1976. The biology of alcoholism, Social Aspect of Alcoholism Vol 4, Kap. 6, Plenum Press, New York.

Kissin, B. and Begleiter, H., (eds), 1977. Treatment and rehabilitation of the cronic alcoholic, Kap. 6 – 7, Plenum Press, New York.

Mansell, P.E., Llamas R. and Hurd, G., Social Network Mediation of Anxiety, Psychiatric Annals, 9 (1979) 474 –482.

Miller, W.R. and Rollnick, S. 1991. Motivational interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior, Kap. 16, Guilford Press, New York.

Moos, R.H., Finney J.W., Cronkite, R.C. 1990. Alcoholism treatment, Context, Process and Outcome, Kap. 9, Oxford University Press.

Noel, N.E., McCrady, B.S., Stout R.L., and Fisher–Nelson, H., Predictors of Attrition from an Outpatient Alcoholism Treatment Program for Couples, Journal of Studies on Alcohol, vol 48, No 3,(1987) 229 – 235.

Norström, T. 1993. Familjevåld och totalkonsumtion av alkohol. Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen, Stockholms universitet.

Orford, J. The Prevention setting: A review of work carried out in English speaking countries, Alcohol and Alcoholism, vol 19 No 2 (1984) 109 – 122.

Orford, J. Alcohol and the Family In: Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol 10, Kislowski L et al (eds), New York Plenum Press, (1990) 81 – 153.

Orford, J. Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives, Journal of Community and Applied Social Psychology Vol 2 (1992) 163 – 183.

Smith, C.G., Alcoholics – Their Treatment and their Wives, Brit Journal Psychiatry 115 (1969) 1039 – 1042.

Storm Haugland, B. 1993. Familjebehandling innen rusomsorgen i Norden, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet, Bergen.

Thomas, E.J., Santa, Cathleen, Bronson, Denise and Oyserman, Daphna, Unilateral Family Therapy with the Spouses of Alcoholics Journal of Social Service Research, 10 (1987) 145 – 16.

Velleman, R. 1987. A Study of the relationship between childhood, family and parental drinking problems and adult adjustment. Unpublished Ph. D. thesis, University of Exeter U.K.

5 Barn till alkoholiserade föräldrar – en kunskapsöversikt

1. Warner, R., Rosett H. 1975. The effects of Drinking in Offspring. An historical survey of the American and British literature. J Stud Alcohol, 36:1395–1420.
2. Ritson, B. 1975. Children and alcohol. Child Care Health Dev, 1:263–269.
3. El-Guebaly, N., Offord, D.R. 1977. The Offspring of alcoholics. A critical review. Am J Psychiatry, 134:357–365.
4. Wilson, C., Orford, J. 1978. Children of alcoholics. J Stud Alcohol, 39:121–142.
5. El–Guebaly, N., Offord, D.R. 1979. On being the offspring of an alcoholic. An Update. Alcoholism (N.Y.), 3:148–157.
6. Strömland, K. 1987. Ocular involvement in the fetal alcohol syndrom. Survey of Ofthalmology , 31:277–284.
7. Bohman, M. 1978. Some genetic aspects of alcoholism and criminality. Archs. gen. Psychiat. 35:269–276.
8. Ulleland, C., Wennberg, R.P., Igo, P., Smith, N.J. 1970. The offspring of alcoholic mothers. Paediatr Res, 4:474.
9. Jones, K.L., Smith, D.N. 1973. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet, 2: 999–1001.
10. Lemoine, P., Harousseau, H., Bortreyru, J-P., Menuet, J-C. 1968. Les Enfants de parents alcoholiques. Anomalies observée. Apropos de 127 cas. Quest. Méd, 25:476–82.
11. Dulniev, B. 1965. Apropos of the role of paternal alcoholism in the ethiology of mental deficiency in offspring. Pediatrica, 44;68–69.
12. Swiecicki, A. 1969 (På polska). Adult adjustment of children from alcoholic and non-alcoholic families. Probl. Alkzmu. Wars., 17:1–7.
13. Nylander, I. 1960. Children of alcoholic fathers. Acta Paediatrica Scandinavica Suppl. No 121. (Thesis. Karolinska Institutet, Department of Child and Adolescent Psychiatry.)
14. Steinhausen, H-C., Göbel, D., Nestler, V. 1984. Psychopathology in the Offspring of Alcoholic Parents. Journal of the American of Child Psychiatry, 23, 465–471.

15. Nylander, I. 1979. A 20-year Prospective Follow-up Study of 2164 Cases at the Child Guidance Clinics in Stockholm. Acta Paediatrica Scandinavica, Suppl. No 276.

16. Baldwin, JA., Oliver, JE. 1979. Severe Child abuse. Implications of the epidemiology. Int. J. of Mental Health, 7:78–95.

17. von Knorring, A–L. 1991. Annotation: Children of alcoholics. J Child and Psychol Psychiatry, 32:411–421.

18. Bennet, L., Wolin, S., Reiss, D. 1988. Deliberate Family Process: a strategy for protecting children of alcoholics. British Journal of Addiction, 83:821–829.

19. Blane, H. 1988. Prevention Issues with Children of Alcoholics. British Journal of Addiction, 83:793–798.

20. Drake, R., Vaillant, G. 1988. Predicting Alcoholism and Personality Disorder in a 33-year Longitudinal Study of Children of Alcoholics. British Journal of Addiction, 83:799–807.

21. Edwards, G. 1988. Children of Alcoholics: an important symposium. British Journal of Addiction, 83:783.

22. Johnson, J., Rolf, J. 1988. Cognitive Functioning in Children from Alcoholic and Non-alcoholic Families. British Journal of Addiction, 83:849–857.

23. Rolf, J., Johnson, J., Israel, E., Baldwin, J., Chandra, A. 1988. Depressive Affect in School-aged Children of Alcoholics. British Journal of Addiction., 83:841–848.

24. Reich, W., Earls, F., Powell, J. 1988. A Comparison of the Home and Social Environments of Children of Alcoholic and Non-alcoholic Parents. British Journal of Addiction, 83:831–839.

25. Wilson, J., Nagoshi, C. 1988. Adult Children of Alcoholics: cognitive and psychomotor characteristics. British Journal of Addiction 83:809–820.

26. Woodside, M. 1988. Research on Children of Alcoholics: past and future. British Journal of Addiction 83:785–792.

27. Robinson, G., Armstrong, R. (eds.) 1988. Alcohol and Child/Family Health. A conference with particular reference to the prevention of alcohol-related birth defects. Vancouver, British Columbia.

28. Sher, K.J. 1991. Children of alcoholics. A Critical Appraisal of Theory and Research. The University of Chicago Press.

29. Nordén, Å. (red). 1988. Alkohol som sjukdomsorsak. Almqvist & Wiksell, Norstedts Förlag.

30. Shurygin, G.E. 1978 (På ryska). Psychogenic pathologic personality formation in children and adolescents with alcoholic fathers. Zh Nevropatol Psikhiatr, 78:1566–1569.

31. McKenna, T., Pickens, R. 1983. Personality Characteristics of Alcoholic Children of Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 44, No. 4:688–700.

32. Bauman, P., Levine, S. 1986. The Development of Children of Drug Addicts. The International Journal of the Addictions, 21:849–863.

33. Nylander, I., Rydelius, P-A. 1973. The relapse of drunkenness in non-asocial teen-age boys. Acta Psychiat. Scand., 49:435–443.

34. Nylander, I., Rydelius, P-A. 1979. Drunkenness in children and teenagers. International Journal of Mental Health, 7:117–131.

35. Rydelius, P-A. 1983. Alcohol-abusing teenage boys. Testing a hypothesis on the relationship between alcohol abuse and social background factors, criminality and personality in teenage boys. Acta Psyhiatr. Scand. 68:368–380.

36. Rydelius, P-A. 1983. Alcohol-abusing teenage boys. Testing a hypothesis on alcohol abuse and personality factors, using a personality inventory. Acta Psychiatr. Scand. 68:381–385.

37. Rydelius, P-A. 1981. Children of Alcoholic Fathers. Their Social Adjustment and Their Health Status over 20 Years. Acta Paediatrica Scandinavica, Suppl. No 286. (Thesis. Karolinska Institutet, Dept. of Child and Adolescent Psychiatry.)

38. Jonsson, G. 1967. Delinquent boys, their parents and grandparents. Acta Psychiatrica Scand. No 195. (Thesis. Karolinska Institutet. Dept. of Child and Adolescent Psychiatry.)

39. Jonsson G., Kälvesten, A-L. 1964. 222 Stockholmspojkar. Almqvist & Wiksell.

40. Andersson, M., Jonsson, G., Kälvesten, A-L. 1976. Hur går det för 50-talets Stockholmspojkar? Stockholms monografier No 38.

41. Nylander, I., Rydelius, P-A. 1982. A comparison between children of alcoholic fathers from excellent versus poor social conditions. Acta Paediatr Scand. 72:809–813.

42. Nylander, I., Zetterström R. 1983. Home environment of Children in a New Stockholm Suburb. A Prospective Longitudinal Study. Acta . Paediatrica Scandinavica Suppl. No 310.

43 Nordberg, L., Rydelius, P-A., Zetterström, R. 1993. Children of alcoholic parents: Health, growth, mental development and psychopathology until school age. Results from a prospective longitudinal study of children from the general population. Acta Paediatrica. Vol. 82. Suppl. 387.

44. Werner, E. 1986. Resilient Offspring of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age 18. J Stud Alcohol, 47:34–40.

45. Sexuella övergrepp mot barn, 1993. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:3, andra upplagan, reviderad 1993.

6 Barns reaktioner på missbruk och stödinsatser – några erfarenheter

Arnell, A. m.fl. 1993. De glömda barnen. Ett samarbetsprojekt mellan Lidingös alkoholpoliklinik och PBU-mottagning. Rapport, Lidingö.

Bengtsson, A-B. & Gavelin, I. 1992. Glömda barn och föräldrar i familjer ned alkoholmissbruk. Rapport från ett projekt i Trollhättan, Vänersborg, Söderhamn och Sundsvall 1990-1991. Socialstyrelsen.

Dunkars, S. & Önnestam, Å-M. 1993. Opublicerat material. Skarpnäcksfätets barngruppsverksamhet, Enskede.

10 Verksamheter och insatser för barn till alkoholmissbrukare

Arnell, A. m.fl. 1993. De glömda barnen. Ett samarbetsprojekt mellan Lidingös alkoholpoliklinik och PBU-mottagning. Rapport, Lidingö.

Barn till alkoholmissbrukare, 1993. SoS-rapport 1993:18, Socialstyrelsen.

Bengtsson, A-B. & Gavelin, I. 1992. Glömda barn och föräldrar i familjer ned alkoholmissbruk. Rapport från ett projekt i Trollhättan, Vänersborg, Söderhamn och Sundsvall 1990–1991. Socialstyrelsen.

Cork, M R. 1989. De glömda barnen. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 5:e uppl.

Hägertz, K. 1992. Barnet i alkoholistfamiljen. En sammanställning över forskning, böcker och artiklar. Rädda barnen, Stockholm.

Missbruk i familjen. 1990. Om barn, syskon och föräldrar till missbrukare. Alkohol och narkotika, nr 3–4 1990, temanummer. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

Missbrukarnas barn. Socialt Stoff, nr 2, 1990. Socialstyrelsen.

Rydelius, P-A. 1985. Barn till alkoholiserade fäder. Forskning och Fakta nr 3/85. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) – Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning (SAD).

12 Grundutbildning och fortbildning om barn till alkoholmissbrukare

Christensson, I., Ottenblad, C. & Telerud, K. 1992. Från sex till 6. Vilka möjligheter finns för prevention inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst? Uppsats i alkohol- drogepidemiologi samt prevention. Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus.

Frihet Ansvar Kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan (SOU 1992:1). Betänkande av högskoleutredningen.

Jenner, H. & Svartengren, C. 1989. Fortbildning och handledning av personal inom missbrukarvården. Redovisning av ett regeringsuppdrag. Byrå S 3, Socialstyrelsen.

Kompetensutveckling – en utmaning (SOU 1991:56). Delrapport från kompetensutredningen.

Kompetensutveckling – en nationell strategi (SOU 1992:7). Slutbetänkande från kompetensutredningen.

Svensson, I. 1991. Högskoleutbildning i missbrukarvård. En utbildning för praktiskt verksamma inom missbrukarvården. IKM, Socialstyrelsen.

Utbildningsplaner, kursplaner, utbildningskataloger från bl.a. socionomutbildningarna i Stockholm, Lund och Göteborg, psykologutbildningarna i Lund och Stockholm, förskollärarutbildningen i Stockholm, vårdhögskolornas utbildning, läkarutbildningen i Lund.

13 Hinder och möjligheter

Christensen, R. 1993. Missbrukarnas barn på daghem och fritidshem, i skolan och vården. Prisma.

Barn i kris – personal i behov av särskilt stöd. Förskoletidningen 1/1991, sid. 6–13.

Förskolor, fritidshem och familjedaghem den 31 december 1992, Statistiska meddelanden, S 10 SM 9301, Statistiska centralbyrån.

Sundell, K. m.fl. Se till mig som liten är. En undersökning av socialtjänstens samverkan kring utsatta förskolebarn. FoU-rapport 1992:9, Stockholms socialtjänsts Forsknings- och Utvecklingsbyrå.

Kommittédirektiv

Alkoholpolitisk kommission

Dir. 1991:124

Beslut vid regeringssammanträde 1991-12-19

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med uppgift att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a.i ett EG-perspektiv. Kommissionen skall även kartlägga alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser och göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare.

Bakgrund

En alltför hög konsumtion av alkohol för med sig omfattande sociala och medicinska problem. Missbruk medverkar till social utslagning, problem på arbetsmarknaden och familjeproblem. Missbruket har en stark koppling till våld och andra former av brott, det ligger bakom en lång rad olyckor och sjukdomar och orsakar för tidig död. Missbruket av alkohol fungerar också ofta som en inkörsport till andra slag av missbruk. Samhällets kostnader för t.ex. socialtjänst och sjukvård, produktionsbortfall och arbetsrehabilitering är mycket höga. Härtill kommer det psykiska, sociala och ekonomiska lidande som drabbar enskilda missbrukare och deras anhöriga.

Genom 1977 års alkoholpolitiska beslut lade riksdagen under stor enighet fast grunderna för den alkoholpolitik som i det väsentliga alltjämt tillämpas (prop.1976/77:108, SkU 40, rskr. 231). Det innebär att hanteringen av alkoholdrycker omgärdas med ett regelsystem vars syfte är att begränsa alkoholens skadeverkningar. Det sker bl.a. genom prispolitiken och genom att Systembolaget har monopol på huvuddelen av detaljhandeln med alkoholdrycker. Dessutom regleras restaurangserveringen av alkoholdrycker i syfte att den skall ske återhållsamt, under kontrollerade former och med socialt ansvar. Social hänsyn skall tas framför allt för att skydda ungdomar. Samhället satsar dessutom avsevärda medel för att genom information och opinionsbildning begränsa konsumtionen och alkoholskadorna.

Hösten 1989 uttalade riksdagen i enlighet med socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. att alkoholfrågan måste sättas i blickpunkten. En större medvetenhet om alkoholens skadeverkningar och en

större förståelse för behovet av alkoholpolitiska åtgärder måste enligt utskottet skapas. Vidare ansåg utskottet att åtgärderna borde utgå från 1977 års alkoholpolitiska beslut. Dock borde insatserna i vissa avseenden anpassas till samhällsförändringar och ny kunskap inom alkoholforskningen.

Alkoholkonsumtion och alkoholskador

Vid en internationell jämförelse är den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige relativt låg. De alkoholbetingade medicinska skadorna är också av betydligt mindre omfattning än i länder med högre genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Ändå ger alkoholen upphov till avsevärda sociala, samhällsekonomiska och medicinska problem även i vårt samhälle. Enligt en vanlig uppskattning dricker 300 000 svenskar så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

De senaste decenniernas internationella alkoholforskning har gett en i huvudsak entydig bild av ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och dödligheten i alkoholbetingade sjukdomar. Inte minst högkonsumenterna, den grupp om ca 10 procent av befolkningen som konsumerar 50 procent av alkoholen, utgör ett stort problem. En stegrad total alkoholkonsumtion åtföljs med stor sannolikhet av en ökning också av antalet högkonsumenter, vilket i sin tur som regel leder till att den alkoholrelaterade sjukligheten och dödligheten stiger. Omvänt gäller att en minskning av den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle leder till färre alkoholskador och lägre dödlighet.

Från andra världskriget och framåt har den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige, som den framgår av den officiella försäljningsstatistiken, ökat påtagligt. Under de tre första efterkrigsdecennierna praktiskt taget fördubblades konsumtionen per invånare. Under perioden 1976 –1984 minskade alkoholförsäljningen med drygt 20 %. Därefter kom en ny period av relativt kraftig konsumtionsökning. Under de två senaste åren har återigen en viss mindre tillbakagång kunnat registreras. Fortfarande ligger emellertid alkoholkonsumtionen per invånare (15 år och äldre) ca 60 % över 1946 års nivå (4,0 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre år 1946, jämfört med 6,4 liter år 1990).

Härtill kommer den konsumtion som inte registreras i officiell försäljningsstatistik, det s.k. mörkertalet. Hit räknas bl.a. hemtillverkat vin, privat införsel av alkohol, olovlig tillverkning av spritdrycker och konsumtion under utlandsvistelser.

Alkoholfrågan i Sverige och i Europa

Våra dryckestraditioner är en del av den svenska kulturtraditionen och livsstilen. Sverige tillhör av tradition de s.k. spritländerna. Det typiska för spritländerna är att drickandet i stor utsträckning är koncentrerat till veckosluten och

vissa högtider. Man dricker sig ofta berusad. Våldsbrottslighet och olycks-händelser har starka samband med denna typ av drickande.

I vinländer som t.ex. Frankrike, Italien, Portugal och Spanien dricks vin i stor utsträckning som vardaglig måltidsdryck och det är inte kulturellt accepterat att dricka sig redlöst berusad. Att alkoholbruket är en integrerad del av vardags-livet leder till höga konsumtionsnivåer, vilket i sin tur för med sig utbredda medicinska skador och alkoholrelaterad dödlighet.

Under efterkrigstiden har vi kunnat se en tydlig tendens till att dryckes-mönstren internationaliseras, särskilt inom EG-länderna. Men även i Sverige har det skett en långsiktig förändring av dryckesvanorna, bl.a. mot minskad spritkonsumtion och ökad vin- och ölkonsumtion.

Under det senaste årtiondet har man i bl.a. en rad europeiska länder blivit alltmer medveten om att alkoholskadorna utgör ett av de stora folkhälsoproble-men. Som en del av den s.k. Hälsa för alla-strategin har det inom Världshälso-organisationen (WHO) framförts som ett mål att alkoholkonsumtionen skall pressas tillbaka med minst 25 % under perioden 1980 – 2000, vilket Sverige ställt sig bakom. I flera europeiska länder förs nu diskussioner om möjlighe-terna att reducera alkoholkonsumtion och -skador genom både utökade informa-tionsinsatser och åtgärder för att begränsa utbudet av alkohol, t.ex. genom förbud mot eller inskränkningar i rätten att sprida reklam för alkoholdrycker. Även dryckesskatternas betydelse för folkhälsan har uppmärksammats.

EG och alkoholpolitiken

Riksdagen har vid flera tillfällen slagit fast att det europeiska integrations-arbetet från svensk sida inte får bedrivas så att en effektiv svensk alkohol-politik försvåras.

Den svenska alkoholpolitikens mål att pressa tillbaka alkoholkonsumtion och alkoholskador ligger fast. Medlen för att nå detta mål måste även i fort-sättningen vara dels en kombination av insatser för att förbättra kunskaper om alkoholbruket och påverka attityder till det, dels åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet.

På längre sikt är det emellertid sannolikt att den europeiska integrations-processen får återverkningar även inom detta område. Det gäller främst pris-politiken. Sverige hör sedan länge till de länder som har en relativt sett hög, alkoholpolitiskt motiverad, beskattning av alkoholdrycker. Det finns i och för sig inga planer inom EG att genom bindande direktiv åstadkomma att skatten på alkohol ligger på samma nivå i alla medlemsländer. Å andra sidan är det tro-ligt att harmoniseringen på sikt kommer att påverka medlemsländernas alkohol-priser i utjämnande riktning. En friare handel och minskade gränskontroller kan under alla förhållanden leda till att det blir svårare att använda priset som alkoholpolitiskt instrument.

Vad gäller den svenska alkohollagstiftningen i övrigt, finns det för närva-rande ingen anledning att förmoda att den i något avgörande hänseende skulle vara oförenlig med EG:s regelsystem. Hittills har det emellertid inte utförts

någon samlad genomgång av de olika alkohollagarna och av ev. behov av revideringar med hänsyn till kravet på anpassning till EG:s regelsystem. Det framstår som angeläget att en sådan genomlysning nu kommer till stånd.

Onödiga regler bör utmönstras

Även om det för närvarande inte finns anledning att göra någon total översyn av alkohollagstiftningen, kan det finnas skäl att granska bestämmelserna också från en annan synvinkel. Riksdagen har vid flera tillfällen uttalat att de restriktioner som finns på alkoholområdet måste begränsas till sådana som allmänheten uppfattar som meningsfulla för att inte förtroendet för alkoholpolitikens grunder skall minska. Samtidigt som vi bör slå vakt om de delar av regelverket som har alkoholpolitisk betydelse, bör sådana bestämmelser som inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion kunna utmönstras. Härigenom kan lagstiftningen vinna i trovärdighet. Av samma skäl bör man ta vara på de möjligheter som kan finnas att åstadkomma en förenklad och förtydligad lagstiftning.

I detta sammanhang bör kommissionen särskilt uppmärksamma reglerna om tillstånd till servering av alkoholdrycker enligt lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD), liksom bestämmelserna om serveringens bedrivande och andra frågor som gäller alkoholserveringen. Kommissionen bör även analysera hur denna lagstiftning tillämpas i praktiken.

Att påverka efterfrågan

Om åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet kan sägas utgöra alkoholpolitikens ena grundsten, så är insatser för att påverka människornas efterfrågan på alkoholdrycker den andra. Härmed avses såväl förebyggande insatser, t.ex. att skapa drogfria fritidsmiljöer för ungdomar, som informations- och opinionsbildande verksamhet för att påverka människors alkoholvanor. Hit hör även positiv information om de olika alkoholfria festdrycker som finns som alternativ.

Stora insatser har gjorts och görs inom detta område. I ett läge där det till följd av internationaliseringen och den europeiska integrationen kan bli svårare att begränsa alkoholens tillgänglighet genom prispolitiken, finns det emellertid skäl att lägga ännu större vikt vid detta attityd- och opinionsbildande arbete.

Alkohol- och drogområdet kommer att bli det mest omfattande verksamhetsområdet i det folkhälsoinstitut som inrättas den 1 juli 1992. I den proposition som låg till grund för riksdagens beslut underströks starkt att information, opinionsbildning och andra förebyggande åtgärder bör ges en mer framträdande roll i den svenska alkoholpolitiken. Det rör sig både om insatser som riktar sig till befolkningen i stort och om mer selektiva satsningar riktade till t.ex. ungdomar eller gravida kvinnor. Det handlar vidare om såväl allmänt förebyggande insatser som åtgärder riktade till människor vilka befinner sig i riskzonen för att utveckla ett skadligt bruk av alkohol. Institutets verksamhet skall bygga på vetenskapligt väl förankrat underlag.

Vården av alkoholmissbrukare

Socialberedningen konstaterade i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget att de tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Överdödligheten bland dessa alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt, särskilt bland de yngre.

De missbrukare som har kontakt med socialtjänsten har det ofta under långa tidsperioder, men kontakterna är som regel sporadiska och oplanerade. Det saknas en kontinuitet i behandlingen, något som också gäller för de institutionsvårdade missbrukarna. Den öppna socialtjänstens uppföljning efter institutionsvård fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes. Samarbetet mellan socialtjänsten, sjukvården och andra samhällsinstitutioner är ibland dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Även socialstyrelsen har i olika rapporter redovisat att missbrukarvården i dag står inför stora problem. Det finns en brist på institutionsplatser för tunga missbrukare och det finns ett stort behov av att utveckla vårdens innehåll.

I många kommuner saknas det effektiva metoder för att klara vården av klienter med sammansatta problem, t.ex. psykiskt störda missbrukare och missbrukare med invandrarbakgrund. Det behövs bättre kunskap och kompetens för att arbeta med dessa grupper och bättre samarbete med landstingens psykiatriska vård.

Tvångsvården av vuxna missbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) dras vidare med såväl kvantitativa som kvalitativa brister.

Utredningen (S 1991:09) Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården har bl.a. som uppgift att belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation vad avser tvångsvårdens institutioner. Utredningen skall enligt direktiven vara slutförd den 15 januari 1992.

Kvinnors missbruk är ytterligare ett problemområde som kräver särskild belysning. Dryckesmönstret för kvinnor och män har blivit alltmer likartat. Missbruket bland kvinnor har ökat. Mycket tyder på att kvinnor som missbrukar snabbare blir utslagna och att de också fortare får såväl medicinska som sociala skador av sitt missbruk. Att nå dem med stöd eller vårdinsatser på ett tidigt stadium är därför särskilt viktigt.

Missbrukarvården har traditionellt utformats med utgångspunkt från männens behov. Under senare år har man blivit mer medveten om de problem som kvinnor möter i en manlig behandlingsmiljö. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig, framför allt kunskapen om de särskilda behov som kvinnliga missbrukare har och som kan kräva speciella behandlingsinsatser. En utveckling inom detta område skulle underlätta för kvinnor att själva söka vård.

En fråga som måste uppmärksammas särskilt i detta sammanhang är gravida kvinnors alkoholvanor. Varje år föds det alltjämt ett hundratal barn med grava och bestående skador till följd av moderns missbruk. Det finns undersökningar som visar att missbrukande kvinnor föder fler barn än genomsnittet. Det förhållandet att alkoholkonsumtionen ökar bland unga kvinnor kan innebära risker för att även antalet skadade barn ökar.

Missbrukets familjesociala konsekvenser

Alkoholmissbrukets ekonomiska, sociala och psykologiska följder för missbrukarens familj har bara i mycket begränsad utsträckning varit föremål för forskningens intresse. Det gäller inte minst frågan om vad det innebär för barn att leva med vuxna som har alkoholproblem.

De vuxnas alkoholmissbruk finns med som en av de vanligaste orsakerna till beslut om placering av barn i samhällsvård. Alkoholen spelar emellertid en destruktiv roll i långt fler fall än så. Det är rimligt att anta att det finns ett stort antal barn och ungdomar som far illa i det tysta på grund av föräldrarnas missbruk. Olika studier visar också att alkoholen ofta finns med i bilden vid såväl kvinnomisshandel som barnmisshandel och andra övergrepp mot barn.

En av de allvarligaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil miljö, vilket kan leda till störningar i barnets identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund.

Olika metoder för att stödja missbrukares anhöriga har under senare år börjat utvecklas i flera länder. I Sverige har det t.ex. under 1980-talet skett en utbyggnad av familjebehandling inom institutionsvården. Även inom öppenvården har det familjeinriktade arbetet börjat utvecklas framför allt inom ramen för olika försöks- och utvecklingsprojekt. Det är angeläget att dessa nya vårdformer utvärderas kontinuerligt och att man därvid särskilt beaktar i vilken mån barnens behov tillgodoses.

Kommissionens uppdrag

Sett i ett längre tidsperspektiv har alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna i Sverige ökat påtagligt. Konsumtionsutvecklingen under senare delen av 1980-talet innebar vidare att vi då år från år avlägsnade oss från det mål om en minskning av alkoholkonsumtionen med minst 25 procent under perioden 1980 – 2000, som Sveriges regering och riksdag har ställt sig bakom.

Redan detta utgör skäl för att nu se över alkoholpolitiken, i syfte att finna mer effektiva vägar att förverkliga de alkoholpolitiska målen. Härtill kommer den europeiska integrationsprocessen. Den innebär i detta sammanhang bl.a. att utbytet kommer att öka dramatiskt på alla plan – ekonomiska, sociala, kulturella – mellan Sverige och länder som av tradition för en mindre restriktiv alkoholpolitik än den hos oss etablerade och som också har en avsevärt högre alkoholkonsumtion och fler alkoholskador.

Jag vill mot denna bakgrund föreslå att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med främsta uppgift att formulera en strategi för att nå målet att minska den totala alkoholkonsumtionen och att begränsa alkoholens skadeverkningar.

Till grund för kommissionens överväganden bör bl.a. ligga en utvärdering av den hittills förda alkoholpolitikens effekter. Kommissionen bör därvid också jämföra den svenska alkoholpolitikens mål och medel med den politik som andra jämförbara länder för på detta område. Kommissionen bör även beskriva skillnader i konsumtions- och skadenivåer mellan länderna och i möjligaste mån analysera effekterna av den förda politiken i olika länder. Kommissionen bör ha möjlighet att anlita såväl svensk som utländsk expertis i detta kartläggnings- och analysarbete.

I den mån kommissionen finner att delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk, bör kommissionen lägga fram förslag till sådan reviderad lagstiftning. Kommissionen kan även av andra skäl föreslå förändringar i lagstiftningen, om den t.ex. finner att vissa bestämmelser kan förenklas eller helt utmönstras för att de inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion. I andra fall kan reglerna behöva förtydligas eller skärpas för att bättre fylla ett alkoholpolitiskt syfte.

Kommissionen bör även lämna förslag till metoder att löpande följa även den icke registrerade alkoholkonsumtionen, för att ge regering och riksdag ett bättre underlag för alkoholpolitiska ställningstaganden.

Kommissionen bör vidare kartlägga och redovisa de ökade svårigheter att uppfylla de alkoholpolitiska målen som en svensk anpassning till EG kan inrymma. Kommissionen skall presentera förslag till insatser som medför att de alkoholpolitiska målen kan uppnås, även inom ramen för EG-integrationen. Kommissionen bör överväga hur det opinionsbildande och attitydpåverkande arbetet inom detta område kan förstärkas.

Kommissionen bör bedöma hur såväl de primär- som de sekundärpreventiva insatserna kan utvecklas ytterligare. Kommissionen bör i dessa delar samråda med organisationskommittén för det blivande folkhälsoinstitutet och med institutet, sedan detta bildats den 1 juli 1992. Kommissionen bör lägga fram förslag till långsiktig inriktning av folkhälsoinstitutets arbete med alkoholfrågorna.

Kommissionen skall vidare genomlysa de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll. De kvinnliga missbrukarnas vårdbehov skall därvid uppmärksammas särskilt.

Kommissionen skall också kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd.

Kommissionen bör avsluta sitt arbete före utgången av år 1993.

För utredningen gäller direktiven (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning samt direktiven (dir. 1988:43) om beaktande av EG-aspekten.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

- att tillkalla en kommission – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst 11 ledamöter, med uppdrag att utvärdera alkoholpolitiken och utforma en ny alkoholpolitisk strategi, att göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare och att genomföra en analys av alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser,
- att utse en av ledamöterna att vara ordförande, samt
- att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommissionen.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning

Ordförande

Ingemar Mundebo, generaldirektör	förordnad	1992-02-13

Ledamöter

– Ingrid Andersson, riksdagsledamot (s)	förordnad	1992-02-13
	entledigad	1993-06-15
– Karin Israelsson, riksdagsledamot (c)	förordnad	1992-02-13
– Bert-Inge Karlsson, socionom (kds)	förordnad	1992-02-13
– Peter Kling, riksdagsledamot (nyd)	förordnad	1992-02-13
– Owe Larsson, politisk sekreterare (v)	förordnad	1992-02-13
– Ulla Orring, riksdagsledamot (fp)	förordnad	1992-02-13
– Sverre Palm, riksdagsledamot (s)	förordnad	1992-02-13
– Anita Persson, riksdagsledamot (s)	förordnad	1993-06-15
– Gabriel Romanus, verkställande direktör i Systembolaget AB	förordnad	1992-02-13
– Sten Svensson, riksdagsledamot (m)	förordnad	1992-02-13
– Claes Örtendahl, generaldirektör vid Socialstyrelsen	förordnad	1992-02-13

Sakkunniga:

– Karin Berensson, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad	1993-09-15
– Dag Juhlin-Dannfelt, departementssekr. vid Utrikesdepartementet	förordnad	1993-05-01
– Johan Enegren, departementssekr. vid Utrikesdepartementet	förordnad	1992-05-12
	entledigad	1993-05-01
– Christina Gynnå-Oguz, departementsråd vid Socialdepartementet	förordnad	1992-11-01
– Jakob Lindberg, överdirektör vid Folkhälsoinstitutet	förordnad	1992-03-20

- Bo Netz, departementssekr. vid Finansdepartementet	förordnad	1993-07-01
- Anita Sundin, sekr. vid Svenska Kommunförbundet	förordnad	1992-03-20
- Gunilla Wallgrund, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad	1992-03-20
	entledigad	1993-09-15

Experter:

- Björn Hibell, direktör vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)	förordnad	1992-03-20
- Leif Lindgren, chefsjurist vid Datainspektionen	förordnad	1992-03-20
- Anders Romelsjö, docent vid Karolinska Institutets avd. för socialmedicin	förordnad	1992-05-12

Sekretariat:

- Hans Noaksson, revisionsdir., huvudsekr.	förordnad	1992-03-01
- Peter Carlsten, utredningssekr.	förordnad	1992-08-10
	entledigad	1993-06-24
- Peter Gerdman, avdelningsdirektör	förordnad	1993-05-01
- Margareta Gustafsson, socionom	förordnad	1993-03-01
- Johan Hellstrand, byrådirektör	förordnad	1992-06-01
- Rolf Larsson, advokat	förordnad	1992-05-01
- Orvar Olsson, forskare	förordnad	1993-10-01
- Lillian Rydgren, assistent (anställd vid Socialdepartementet)		

Kommissionen har låtit ett antal forskare och experter utanför sekretariatet utarbeta rapporter i skilda ämnen av betydelse för kommissionens ställningstaganden.

KUNGL BIBLIOTEKET STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefsskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]